



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 486/18 – CIB/RS

Altera os artigos 3º e 6º da Resolução CIB 663/2014 e atualiza a Linha de Cuidado (LC) para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras IST no estado do Rio Grande do Sul.

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais e, considerando:

o Decreto nº 7.508/2011, 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;

a Resolução nº 663/14 – CIB/RS que Institui a Linha de Cuidado (LC) para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras DST do estado do Rio Grande do Sul;

o comportamento atual da epidemia de HIV/Aids e Hepatites Virais, que requer reordenação nas estratégias para o seu enfrentamento, de modo coordenado entre as três esferas de gestão do SUS;

a implantação de novas tecnologias de prevenção pela esfera federal, como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e o tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTb) para pessoas vivendo com HIV;

a necessidade de manter a LC para as PVHIV do estado atualizada e em consonância com os Protocolos e Diretrizes do Ministério da Saúde vigentes;

a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 13/11/2018.

RESOLVE:

Art. 1º - Alterar o Artigo 3º da Resolução nº 663/14 – CIB/RS, que passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 3º - Os municípios do estado do Rio Grande do Sul deverão estruturar, no âmbito das regiões de saúde, sua rede de atenção com base na Linha de Cuidado (LC) para as Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Art. 2º - Alterar o Artigo 6º da Resolução nº 663/14 – CIB/RS, que passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 6º - A regulação se dará no âmbito municipal, nos municípios que possuem atendimento ao usuário HIV/Aids em nível de atenção secundária e por meio de pactuação na Comissão de Intergestores Regional nos municípios que não possuem atendimento de atenção secundária em relação HIV/Aids.

Art. 3º - Atualizar a Linha de Cuidado (LC) para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras IST do estado do Rio Grande do Sul (documento em Anexo).

Art. 4º - A Linha de Cuidado tem por objetivo a garantia do cuidado integral do usuário, e para isso, mantem-se inalteradas suas atribuições, conforme constantes na Resolução nº 663/14 – CIB/RS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Art. 5º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Porto Alegre, 13 de novembro de 2018.

FRANCISCO A. Z. PAZ
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO – RESOLUÇÃO Nº 486/18 – CIB/RS

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE IST/AIDS
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA

**LINHA DE CUIDADO PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV (PVHIV) E OUTRAS INFECÇÕES
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

2ª edição

Porto Alegre - RS
2018



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

2018

Secretaria de Estado da Saúde

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

Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Francisco Antônio Zancan Paz - Secretário

Departamento de Ações em Saúde - RS

Elson Romeu Farias - Diretor

Rebel Zambrano Machado - Diretora Adjunta

Coordenação Estadual de IST/Aids – RS

Ana Lúcia Pecis Baggio – Coordenadora

Fernanda Torres de Carvalho - Coordenadora Adjunta

Maria Letícia Rodrigues Ikeda - Coordenadora Adjunta

Beatriz Maria Pereira do Canto

Carolina Pereira Montiel

Caroline Damazio da Silva

Clarice Solange Teixeira Batista

Deise da Silva Lentz

Gisleide da Silva Maria

Fátima Terezinha de O. Fadine

Guilherme Barbosa Shimocomaqui

Jessyca da Rosa Santos Barcellos

Jussara San Leon

Márcia Rosane Moreira Santana Fitz

Marlise Antunes Grahl

Maria do Carmo Almeida da Silva

Marina Gabriela Prado Silvestre

Rachel Cohen

Silvana Lopes Garcia da Rosa

Tatiana Heidi Oliveira

Organização e Revisão da 2ª edição

Aline Coletto Sortica

Deise da Silva Lentz

Marina Gabriela Prado Silvestre

Colaboradores da 2ª edição

Adriano Caetano Costa



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Aline Coletto Sortica
Carla Daiane Silva Rodrigues
Carla Adriane Jarczewski
Carlos Antonio da Silva
Carmem Lúcia Oliveira da Silva
Carol Cardoso Rodrigues

Carolina Pereira Montiel
Daniela Machado Alves
Deise da Silva Lentz
Eliani de Lourdes Moraes Soares
Fabiane Vargas de Vargas
Fernanda Torres de Carvalho
Guilherme Barbosa Shimocomaqui
Helena de Medeiros Terra Ramos
Janilce Dorneles de Quadros
José Hélio Costalunga
Jussara San Leon
Jussara Maria Silveira
Maicon de Barros Lemos
Márcia Leão
Márcia Rosane Moreira Santana Fitz
Maria Letícia Ikeda
Maurício Vieira Rodrigues
Nalu Silvana Both
Rachel Cohen
Renata Maria Dotta
Silvana Lopes Garcia da Rosa
Tainá Nicola
Tatiana Heidi Oliveira

1ª Edição publicada em: 2014 (versão digital)

2ª Edição 2018 (versões impressa e digital)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Notação dos símbolos de modelagem de processos	
Figura 2 -	Linha de Cuidado HIV/Aids - Atenção Básica	13
Figura 3 -	Linha de Cuidado HIV/Aids - Outros pontos de atenção à saúde	24
Figura 4 -	Linha de Cuidado HIV/Aids - Tratamento na Atenção Básica	26
Figura 5 -	Linha de Cuidado HIV/Aids - Tratamento na Atenção Secundária	27
Figura 6 -	Linha de Cuidado de Prevenção da Transmissão Vertical: Gestante	29
Figura 7 -	Linha de Cuidado de Prevenção da Transmissão Vertical: Gestante e Criança Exposta ao HIV, Sífilis Congênita e Hepatite B	30
Figura 8 -	Manejo da tuberculose em PVHIV	36



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Estratificação de Risco - Competências no cuidado às PVHIV nos diferentes níveis de atenção



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ARV – Antirretrovirais
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
CV – Carga Viral
EAD – Equipe de Atenção Domiciliar
EP – Educação Permanente
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GT – Grupo de Trabalho
HSH – Homem que faz Sexo com Homem
ILTB – Infecção Latente por Tuberculose
HAV – Vírus da Hepatite A
HV - Hepatites Virais
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LC – Linha de Cuidado
LGBTBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MS – Ministério da Saúde
NAAB – Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NV – Nascido Vivo
OMS – Organização Mundial de Saúde
PEP – Profilaxia Pós-Exposição
PN – Pré-Natal
PrEP - Profilaxia Pré-Exposição
PSE – Programa de Saúde na Escola
PTS – Projeto Terapêutico Singular
PVHIV – Pessoas Vivendo com HIV
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RD – Redução de Danos
RS – Rio Grande do Sul
SAE – Serviço de Atendimento Especializado em HIV e Aids
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SES/RS – Secretaria Estadual de Saúde do RS
SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SIMC – Sistema de Informação de Monitoramento Clínico
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
TARV – Terapia Antirretroviral
TB – Tuberculose



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

TDO – Tratamento Diretamente Observado

TR – Teste Rápido

UA – Unidade de Acolhimento

UD – Usuário de Drogas

UDI – Usuário de Drogas Injetáveis



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

SUMÁRIO

	Introdução	8
1	Análise Epidemiológica	10
2	Redes de Atenção Integral e Estruturação de Linhas de Cuidado em IST/HIV/AIDS	11
3	Linha de Cuidado para PVHIV e outras ISTs no Estado do Rio Grande do Sul	13
3.1	Estratificação de risco – competências no cuidado às PVHIV nos diferentes níveis de atenção	14
3.2	Acesso ao diagnóstico na Atenção Básica	19
3.3	Outros pontos de atenção à saúde	24
3.4	Tratamento na Atenção Básica	25
3.5	Tratamento na Atenção Secundária	27
4	Prevenção da Transmissão Vertical – Gestante e Criança exposta ao HIV, à Sífilis Congênita e Hepatite B	28
5	Atendimento de Situações Específicas	32
5.1	Particularidades no Atendimento a Casais Sorodiscordantes	32
5.2	Particularidades no Atendimento ao Adolescente	32
5.3	Particularidades no Atendimento as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL)	33
5.4	Particularidades no Atendimento aos coinfectados HIV e tuberculose	35
6	Monitoramento	37
	Leituras Complementares	38
	REFERÊNCIAS	40
	ANEXOS	
	Anexo A – Acesso ao diagnóstico na Atenção Básica	43
	ANEXO B – Outros pontos de atenção à saúde	44
	ANEXO C - Tratamento na Atenção Básica	45
	ANEXO D – Tratamento na Atenção Secundária	46
	ANEXO E – Prevenção da Transmissão Vertical – Gestante	47
	ANEXO F – Prevenção da Transmissão Vertical – Gestante e Criança exposta ao HIV, Sífilis Congênita e Hepatite B	48
	ANEXO G – Particularidades no atendimento aos coinfectados por HIV e tuberculose	49



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

INTRODUÇÃO

A magnitude da epidemia de HIV/Aids no Rio Grande do Sul (RS) possui características que a diferem daquelas observadas nos demais estados brasileiros. Apesar das taxas de detecção de Aids, de HIV em gestantes e de mortalidade por Aids apresentarem redução progressiva ao longo dos anos, ainda se apresentam em patamares elevados, quando comparadas com as taxas das demais unidades federativas. As razões para a gravidade da epidemia no estado ainda são alvo de estudos, mas pressupõe-se que um conjunto de fatores relacionados à prevenção, acesso ao diagnóstico, tratamento e subtipo viral influenciem para este panorama atual.

Frente a esse cenário epidemiológico, a Linha de Cuidado (LC) para pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHIV) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) é uma estratégia potente de articulação de recursos e práticas de saúde entre as Unidades de Atenção em determinado território. A LC visa à condução adequada (oportuna, ágil e singular) das diversas possibilidades de diagnóstico e terapia como resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

Para o enfrentamento da epidemia de Aids é necessário que gestores e trabalhadores do SUS protagonizem o processo de organização das ações e serviços de saúde, buscando investimentos e recursos necessários para o desenvolvimento e fortalecimento das RAS. Entre as ações necessárias, estão a promoção do diagnóstico precoce das IST/HIV/HV e a ampliação da assistência para além daquelas previstas nas ações programáticas consolidadas na Atenção Básica (AB), incluindo as situações e populações prioritárias e mais vulneráveis - gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis, transexuais e transgêneros, profissionais do sexo, usuários de drogas, população privada de liberdade e em situação de rua, que enfrentam mais dificuldades de acesso e vínculo aos serviços de saúde.

Para qualificar o cuidado às PVHIV, é necessário adequar a oferta de ações centradas nas necessidades dos sujeitos, inseridas em seus diferentes contextos de vida. Para isso é fundamental ter a AB como principal porta de entrada do sistema de saúde, sendo constituída por equipe multidisciplinar que presta atendimento a toda população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde dos usuários com apoio e retaguarda dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE).

Neste sentido, este documento tem como objetivo orientar os municípios na organização das RAS para implementação da LC. O documento apresenta diretrizes e recomendações gerais que subsidiam a definição de atribuições entre os níveis de atenção, buscando o compartilhamento do cuidado entre a Atenção Básica, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Ambulatórios e Serviços de Atendimento Especializado em HIV e Aids (SAE) como forma de garantir uma resposta mais integral à epidemia. Para que a implantação e implementação da LC seja factível, é imprescindível que se tenha como base a realidade de cada município, os recursos, as potencialidades e fragilidades das RAS.

As condutas clínicas estão baseadas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde vigentes, tais como: PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes, PCDT para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, PCDT para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV, PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais e PCDT para Atenção Integral às Pessoas



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE

com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponíveis no link:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>

A Secretaria Estadual da Saúde do RS disponibiliza, anualmente, informações epidemiológicas através do Boletim Epidemiológico de HIV/Aids e do Informe Epidemiológico da Sífilis, onde poderão ser consultadas particularidades do Estado por região de saúde e variáveis de sexo, idade, categoria de exposição, raça/cor e escolaridade. A publicação poderá ser acessada através do site: www.saude.rs.gov.br. A presente edição da Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids e outras IST é uma versão atualizada da edição publicada em 2014. Fizeram-se ajustes, incorporaram-se informações e buscou-se oferecer uma escrita resumida e de fácil consulta aos profissionais de saúde.

1 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Nos últimos anos, a taxa de detecção de Aids no Brasil vem apresentando uma redução gradativa, passando de 21,8 casos para cada 100 mil habitantes em 2011 para 18,5 em 2016, sendo que a Região Sul acompanhou a mesma tendência. O Rio Grande do Sul, apesar do progressivo declínio ao longo dos últimos anos, ainda permanece com valores acima da taxa nacional. Em 2016, a taxa foi de 31,8 para cada 100 mil habitantes, estando 60,0% dos casos concentrados na Capital, Vale do Gravataí e do Caí, Região Metropolitana e Vale dos Sinos. A taxa de mortalidade por Aids vem diminuindo nos últimos anos. No Brasil, em 2016, a taxa nacional foi de 5,2 óbitos/100.000 habitantes, enquanto no RS esse coeficiente foi de 9,6/100 mil habitantes (BRASIL, 2017a; RIO GRANDE DO SUL, 2018).

A taxa de detecção nacional de casos de Aids em menores de cinco anos, indicador utilizado para monitorar a transmissão vertical do HIV, apresentou uma tendência de queda de 34,0% nos últimos dez anos, com 2,4 casos por 100 mil habitantes em 2016. No Rio Grande do Sul, essa taxa foi de 5,4/100 mil habitantes, o primeiro lugar entre os demais estados. Enquanto a taxa de casos de HIV em gestantes no Brasil em 2016 foi de 2,6 para cada 1.000 nascidos vivos (NV), no Rio Grande do Sul essa taxa ficou em 8,8/1.000 NV, alertando para a necessidade de aumentar o monitoramento das ações para prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids, bem como qualificar a atenção no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2017a).

As diretrizes internacionais e nacionais do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) e do Departamento de IST/Aids e Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde (MS), preveem o alcance das metas 90-90-90 e zero discriminação até 2020 como resposta à epidemia do HIV. Essa meta corresponde a 90% das PVHIV com conhecimento do seu diagnóstico; 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebendo tratamento; e 90% das pessoas em tratamento antirretroviral (TARV) com carga viral indetectável. Em 2016 esses percentuais no estado do RS foram de 66,4%, 71,9% e 90,1%, respectivamente, conforme estudo realizado pelo Departamento Nacional de IST, Aids e Hepatites Virais no ano de 2017a.

Estes percentuais demonstram que ações estratégicas se fazem necessárias para aumentar o acesso ao diagnóstico precoce pela população, de forma que todas as pessoas sexualmente ativas realizem pelo menos uma testagem rápida ao ano para HIV, sífilis e hepatites virais. Também é essencial potencializar a vinculação dos usuários nos serviços de saúde, de forma a atingir e sustentar uma cobertura elevada de pessoas em tratamento e fomentar a adesão dos usuários ao tratamento antirretroviral (TARV).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE

Em relação à coinfeção HIV/tuberculose (TB), percebe-se que a TB ativa em PVHIV é condição de impacto na mortalidade por Aids e por TB no país. No RS, a cobertura de testagem de HIV entre os usuários com TB está acima de 80%, embora a meta pactuada seja 100%. Com base nesse dado, verifica-se que a taxa de coinfeção TB-HIV está em 17,2% (no ano de 2017) no estado, sendo quase o dobro da média nacional (9,2%). Esses dados impactam de maneira decisiva nos indicadores da TB, uma vez que no Brasil a taxa de cura dos usuários soronegativos para HIV está em torno de 81% (muito próxima da meta de 85% proposta pela Organização Mundial de Saúde – OMS), enquanto nos soropositivos para HIV não passa de 51%. Não se consegue estabelecer com precisão o número de PVHIV com diagnóstico de TB, uma vez que a medida desses indicadores pressupõe cruzamento de bancos de dados (SINAN, SISCEL, SICLOM), tampouco se tem clareza do número de usuários coinfectados que foram diagnosticados nos Programas de TB e que iniciaram TARV em tempo adequado (idealmente em 4 semanas, no máximo em 8 semanas após o diagnóstico) (BRASIL, 2013f).

Quanto à sífilis adquirida, a taxa de detecção nacional foi de 42,5 casos para cada 100 mil habitantes no ano de 2016. A região Sul registrou 21.204 casos, correspondendo a 24,2% dos casos no país, e no estado do RS essa taxa foi de 93,7 casos. Com relação à sífilis em gestantes, a taxa nacional foi de 12,4 e no RS a taxa de detecção foi de 20,3 para cada 1000 nascidos vivos no ano de 2016. Importante destacar que o estado apresentou um aumento de 59,0% nessa taxa de detecção entre os anos de 2014 e 2015. No que tange à sífilis congênita em menores de um ano de idade, houve um progressivo aumento na taxa de incidência tanto nacional como estadual. A taxa de detecção no país, em 2016, foi de 6,8 casos para cada 1.000 NV, sendo que no estado e capital essa taxa foi de 12,5 e 29,2 casos/mil NV, respectivamente (BRASIL, 2017a).

2 REDES DE ATENÇÃO INTEGRAL E LINHA DE CUIDADO EM IST/HIV/AIDS

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. As RAS estão compreendidas no âmbito das regiões de saúde, ou de várias delas, de acordo com as comissões intergestoras (BRASIL, 2010a).

A Atenção Básica é considerada a principal porta de entrada da RAS, constituída por equipe multidisciplinar, que integra e coordena o cuidado, assim como atende às necessidades de saúde dos usuários. A Atenção Básica opera através de diretrizes como acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe de saúde se responsabiliza pelo seu cuidado (BRASIL, 2010a). Na perspectiva das RAS, o sistema se organiza dentre outras demandas para a atenção às condições crônicas, fazendo uso intensivo da tecnologia da informação e promovendo a educação permanente dos profissionais de saúde, incentivando o trabalho multidisciplinar e monitorando os processos e os resultados (OPAS, 2011).

A Linha de Cuidado (LC) é uma ferramenta que ajuda a organizar a Rede, já que se propõe a identificar os múltiplos caminhos possíveis do cuidado, priorizando percursos mais racionais, com maior efetividade, aproximando a gestão e o cuidado e funcionando com base nos projetos terapêuticos. A LC pressupõe respostas globais e não fragmentadas dos diversos profissionais envolvidos no cuidado. Por meio desta, ocorre a coordenação do *continuum*



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

assistencial, tendo como processos estruturantes a pactuação, a contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas entre diferentes pontos de atenção e os profissionais respectivos, iniciando, preferencialmente, a partir das unidades de Atenção Básica (OPAS, 2011).

Para incorporação da LC, faz-se necessário repensar os processos de trabalho das equipes de gestão e assistência à saúde, convocando, com isso, a prática da Educação Permanente (EP) como uma ferramenta de trabalho. A EP possibilita a reflexão crítica sobre a realidade e o envolvimento entre os diversos sujeitos que compõem a rede de atenção, sendo indutora de mudanças nos processos de trabalho, rompendo com modelos instituídos e construindo novos modos de se fazer saúde. Para maiores informações sobre o histórico e o método de elaboração da Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis acessar link:

<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170208/23110836-1419963216-cibr663-14.pdf>



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

3. LINHA DE CUIDADO PARA PVHIV E OUTRAS IST NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Para ilustração da Linha de Cuidado para PVHIV e outras IST, os diagramas apresentados (Figura 1) seguem a notação da simbologia empregada pela OMG/BPMN (*Object Management Group/Business Process Model and Notation*), organismo internacional de padronização gráfica das representações e modelagens de processos, desenvolvido no aplicativo *Bizagi Process Modeler Freeware*, versão 64 bits de setembro de 2013.

Notação dos símbolos de modelagem de processos



Figura 1. Notação dos símbolos de modelagem de processos
Fonte: Bizagi Process Modeler Freeware

Para definir os níveis de atenção mais resolutivos para o cuidado das PVHIV, foram utilizados critérios relacionados à estratificação de risco, classificados em quatro estratos de acordo com suas competências.

As gestantes, crianças expostas e crianças/adolescentes infectados pelo HIV não foram incluídos na estratificação, uma vez que o cuidado a essas populações não está condicionado a critérios clínicos, ou seja, são situações específicas que necessitam de acompanhamento tanto nas Unidades Básicas de Saúde como pelo serviço especializado, independentemente da severidade do agravo.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

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

Estrato	Situação	Atenção Básica	Atenção Secundária	Outros Pontos de Atenção
1	População geral: pessoas sem diagnóstico ou com resultados não reagentes, com a presença de fatores de vulnerabilidade individual, social e/ou programática.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar ações de promoção e prevenção direcionadas a fatores de vulnerabilidade, comportamento e estilo de vida. - Ampliar oferta do diagnóstico, associado aos demais atendimentos prestados, preferencialmente por TR para HIV, hepatites e sífilis na população em geral, populações-chave e prioritárias, mediante demanda espontânea, evitando realização de agendamento. - Realizar TR em gestante e parceiro(s) sexual(is). - Realizar acolhimento e aconselhamento. - Orientar a população sobre novas tecnologias de prevenção (PEP e PrEP, entre outras) e demais informações sobre IST/HIV/Aids e HV. - Avaliar e encaminhar, quando necessário, os casos de PEP. - Ofertar insumos de prevenção (preservativo masculino, feminino e gel) para população. - Atualizar o calendário vacinal em todas as idades, conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações. - Notificar no SINAN os casos de HIV, sífilis, hepatites B e C. 	<p>Caberá ao CTA (na ausência deste caberá ao SAE ou Ambulatório Especializado):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar ações de promoção e prevenção direcionadas a fatores de vulnerabilidade, de comportamento e estilo de vida. - Estabelecer novas estratégias para testagem das populações mais vulneráveis. - Realizar acolhimento e aconselhamento. - Ofertar insumos de prevenção (preservativo masculino, feminino e gel) para população. - Realizar matriciamento e apoio às equipes de AB e demais pontos de atenção da RAS através da Educação Permanente na temática IST, HIV/Aids. - Avaliar, prescrever profilaxia e realizar seguimento dos casos que necessitem de PEP e PrEP. - Notificar no SINAN os casos de HIV, sífilis, hepatites B e C. 	<ul style="list-style-type: none"> - A AB e o SAE/CTA devem promover articulação para ações de promoção e prevenção com os demais pontos de atenção aos usuários, como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), serviços de referência em TB e equipes de saúde prisional. - UPA, emergências e hospitais devem ampliar o acesso ao diagnóstico da população e encaminhar usuários com diagnóstico positivo para seu território de origem. - UPA, emergências hospitalares devem ofertar o primeiro atendimento para situações de PEP: Acolher, aconselhar, realizar TR, avaliar, prescrever profilaxia e realizar encaminhamento para o SAE para seguimento do caso. - UPA e demais pontos de atenção onde for realizado o diagnóstico deverão notificar os casos no SINAN.
2	Soropositivos assintomáticos* (usuários com CD4+ > 200) ¹ .	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar estadiamento e seguimento conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar matriciamento e apoio às equipes da AB através da Educação Permanente na 	<p>O atendimento em nível terciário pode ser necessário!</p>



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

		<p>Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2017b).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar tratamento da Infecção Latente de Tuberculose (ILTb), conforme Nota Informativa nº 11/2018-.DIAHV/SVS/MS. - Elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS). - Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento. - Orientar e prescrever TARV, esclarecendo riscos e benefícios. - Realizar busca ativa dos casos de abandono do tratamento, promovendo a vinculação dos usuários aos cuidados em saúde fortalecendo o vínculo. - Atualizar o calendário vacinal em todas as idades, conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações. - Notificar no SINAN os casos diagnosticados 	<p>temática IST, HIV/Aids.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar apoio à equipe de AB e intervenção em casos imprevistos e/ou urgentes, conforme capacidade instalada e de acordo com Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2017b). - Realizar atendimento ao usuário em caso de dificuldades de manejo pela AB, incluído o manejo da falha terapêutica. - Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento e manejo de eventos adversos relacionados à TARV, incluindo neste trabalho a teleconsultoria e outras ferramentas de discussão de casos à distância, conforme capacidade instalada da rede de serviços. - Notificar no SINAN os casos diagnosticados 	<p>No caso de internação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento. - Realizar contato/informação previamente à alta do usuário para o serviço de saúde no território de origem, para encaminhamento conforme o fluxo local. - A alta deverá ser programada com a família, favorecendo que o usuário seja acolhido ao sair do hospital. - Elaborar plano de seguimento dos cuidados e nota de alta detalhada incluindo resultados dos exames realizados na internação, fornecimento das receitas para tratamento das doenças identificadas, quando for o caso, e formulário de TARV, se necessário. - Notificar no SINAN os casos diagnosticados.
3	<p>Soropositivos sintomáticos* com doenças oportunistas, condição clínica complexa, coinfeção TB e hepatites.</p> <p>Usuários com CD4+ < 200¹.</p> <p>Usuários que necessitem modificar a terapia antirretroviral já em uso por falhas ou parafeitos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O usuário deverá ser atendido pela AB nos cuidados que competem a esse nível de atenção à saúde. - No caso de evento adverso relacionado ao primeiro esquema de TARV, inicialmente promover discussão via matriciamento, para aprimorar o manejo antes de tentar a transferência para o SAE. - Identificar as situações de falha virológica, encaminhando ao SAE após solicitação de genotipagem. - Realizar encaminhamento para o SAE conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para 	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento pelo SAE compartilhado com a AB. - Realizar estadiamento e seguimento conforme: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2017b). - Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento. - Após estabilização clínica (dois resultados de CV indetectáveis consecutivos com pelo menos 6 meses de distância entre eles e CD4+ >200) e/ou clinicamente estável o 	<p>O atendimento em nível terciário pode ser necessário!</p> <p>No caso de internação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar ao serviço de saúde do território de origem do usuário que o mesmo está internado. - Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento. - Realizar contato/informação previamente à alta do usuário para o serviço de saúde no território de origem, para encaminhamento conforme o fluxo local.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

		<p>Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2017b).</p> <ul style="list-style-type: none"> - No caso de coinfeção com tuberculose, iniciar imediatamente o tratamento da tuberculose na AB e encaminhar ao SAE para seguimento. Usuários que não tenham iniciado TARV, devem iniciar entre 2-8 semanas após início do tratamento de TB. O tratamento não deve ser postergado enquanto se aguarda consulta no SAE. - Elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS). - Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento. - Atualizar o calendário vacinal em todas as idades, conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações. - Realizar visitas domiciliares e/ou consultas programadas, com o objetivo de manter o vínculo do usuário e equipe. - Notificar no SINAN os casos diagnosticados. 	<p>cuidado é reassumido pela AB.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A alta deverá ser programada com a família, favorecendo que o usuário seja acolhido ao sair do hospital. - Elaborar plano de seguimento dos cuidados e nota de alta detalhada incluindo resultados dos exames realizados na internação, fornecimento das receitas para tratamento das doenças identificadas, quando for o caso, e formulário de TARV, se necessário. - Notificar no SINAN os casos diagnosticados.
4	<p>Soropositivos sintomáticos necessitando de suporte clínico imediato* (independentemente do CD4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar o usuário para a Rede de Urgência e Emergência (RUE), conforme fluxo padrão local. - Realizar busca ativa do usuário após alta do serviço RUE - Estratificar usuário conforme L.C. - Notificar no SINAN os casos diagnosticados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar o usuário para a Rede de Urgência e Emergência (RUE), conforme fluxo padrão local. - Estratificar usuário conforme L.C. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento. - Realizar contato/informação previamente à alta do usuário para o serviço de saúde no território de origem, para encaminhamento conforme o fluxo local. - A alta deverá ser programada com a família, favorecendo que o usuário seja acolhido imediatamente ao sair do hospital. - Elaborar plano de seguimento dos cuidados e nota de alta detalhada incluindo resultados



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

				dos exames realizados na internação, fornecimento das receitas para tratamento das doenças identificadas, quando for o caso, e formulário de TARV, se necessário.
S/E**	Gestantes portadoras de HIV sem comorbidades que definam alto risco.***	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado compartilhado entre AB e SAE. - Realizar o atendimento ao pré-natal conforme o Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2013g). - Elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS). - Orientar e acompanhar adesão ao tratamento. - Realizar busca ativa dos casos de abandono do tratamento, assim como o fortalecimento do vínculo. - Atualizar o calendário vacinal em todas as idades, conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações. - Realizar abordagem de planejamento familiar no pós-parto, disponibilizando método anticoncepcional adequado às necessidades da puérpera. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado compartilhado entre AB e SAE. - Realizar estadiamento e monitoramento conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais (BRASIL, 2017). - Realizar genotipagem (nos casos de início de tratamento no pré-natal), prescrição de TARV e acompanhar adesão ao tratamento. - Realizar abordagem de planejamento familiar no pós-parto disponibilizando método anticoncepcional adequado às necessidades da puérpera. 	<ul style="list-style-type: none"> - As gestantes podem necessitar de acompanhamento em outros serviços, conforme critérios de definição de gestação de alto risco. Nessas situações, o cuidado deve ser compartilhado entre AB, SAE e ambulatório de alto-risco. - As maternidades devem realizar o atendimento às gestantes e parturientes conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais (BRASIL, 2017).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

S/E**	Crianças expostas ao HIV.	<ul style="list-style-type: none">- Cuidado compartilhado entre SAE e AB.- Realizar consultas de puericultura, consultas de rotina e demais cuidados, visando à integralidade do cuidado conforme o Caderno de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (BRASIL, 2012c).- Elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS).- Orientar e acompanhar adesão ao tratamento.- Realizar busca ativa dos casos de abandono do tratamento, assim como o fortalecimento do vínculo.- Orientar e monitorar a vacinação conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações.- Disponibilizar a fórmula láctea, conforme organização da rede local.	<ul style="list-style-type: none">- Cuidado compartilhado entre SAE e AB.- Realizar atendimento à criança exposta ao HIV/Aids conforme Protocolo clínico e diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. (BRASIL, 2017c).- Realizar o acompanhamento do caso até a confirmação diagnóstica. Caso o resultado seja negativo, a AB assume o caso em sua integralidade. Se resultado positivo, as crianças permanecerão em atendimento no SAE com compartilhamento do cuidado com a AB.- Disponibilizar a fórmula láctea, conforme organização da rede local.	<ul style="list-style-type: none">- As crianças expostas podem necessitar de acompanhamento em outros serviços, conforme o quadro clínico.- As maternidades devem realizar o atendimento às crianças expostas conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais (BRASIL, 2017).- Em caso de internação hospitalar, o serviço de origem deve ser informado sobre o evento.- Realizar contato/informação previamente à alta para o serviço de saúde no território de origem, para encaminhamento.- A alta deverá ser programada com a família, favorecendo acolhimento ao sair do hospital.
-------	---------------------------	--	--	--



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

S/E**	Crianças e adolescentes portadores de HIV/Aids. ****	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado compartilhado entre SAE e AB. - Realizar consultas de rotina e demais cuidados, visando à integralidade do cuidado conforme o Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (BRASIL, 2012c). - Elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS). - Orientar e acompanhar adesão ao tratamento. - Realizar busca ativa dos casos de abandono do tratamento, assim como o fortalecimento do vínculo. - Orientar e monitorar a vacinação conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações. - Discutir e orientar planejamento familiar, quando for o caso. - Investigar sorologia de parcerias sexuais, quando for o caso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado compartilhado entre SAE e AB. - Realizar o atendimento a crianças e adolescentes com HIV/Aids conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2017c). - Orientar e acompanhar adesão ao tratamento. - Orientar e monitorar a vacinação conforme Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação do Programa Nacional de Imunizações. - Discutir e orientar planejamento familiar, quando for o caso. - Investigar sorologia de parcerias sexuais, quando for o caso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crianças e adolescentes portadores de HIV atendidos em UPAs, emergências e hospitais ou que tenham seu diagnóstico nesses serviços devem ser contrarreferenciados para SAE após alta para acompanhamento. - Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento. - Realizar contato/informação previamente à alta para o serviço de saúde no território de origem, para encaminhamento. - A alta deverá ser programada com a família, favorecendo acolhimento ao sair do hospital. - Notificar no SINAN os casos diagnosticados.
-------	--	---	---	---

*Os critérios para definição de portadores assintomáticos e sintomáticos estão descritos no Capítulo 8 – “Quando Iniciar o Tratamento Antirretroviral” – do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2017).

**Sem estratificação.

***Gestação de alto-risco: vide Anexo XI.

****Considera-se como adolescência a faixa etária entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS).

¹Para fins de notificação de Aids no SINAN, mantem-se o critério CDC Adaptado de CD4 >350

Quadro 1. Competências no cuidado às PVHIV nos diferentes níveis de atenção

Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

3.2 Acesso ao diagnóstico na Atenção Básica

O primeiro fluxograma da Linha de Cuidado, apresentado na Figura 2, está relacionado ao acesso ao diagnóstico de HIV, Sífilis e Hepatites Virais na **Atenção Básica**, que se refere às equipes como: Equipe de Estratégia Saúde da Família, Equipe de Atenção Básica, Equipe de Saúde Bucal, Equipe de Atenção Domiciliar (EAD), Equipe de Redução de Danos e Equipe de Consultório na Rua.

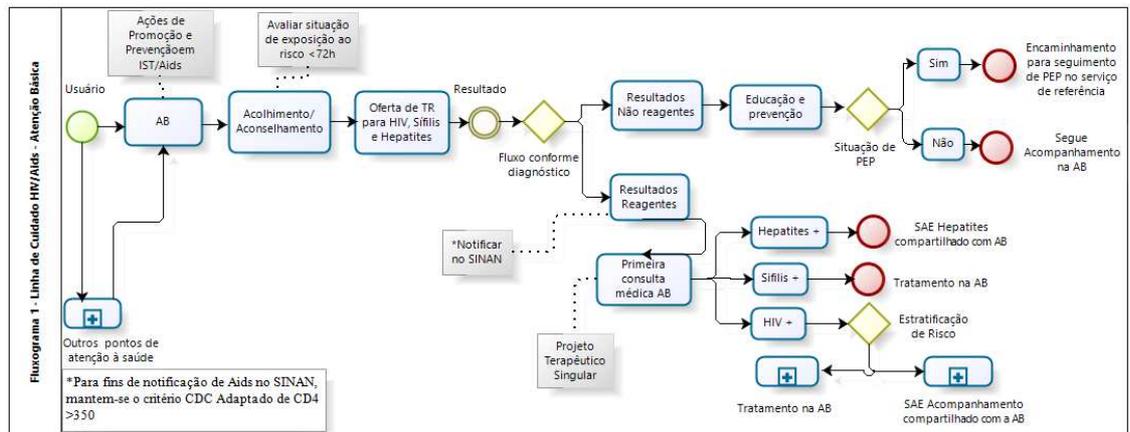


Figura 2. Fluxograma 1 - Linha de Cuidado HIV/Aids - Atenção Básica
Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

Os serviços devem estar estruturados para possibilitar o cuidado integral dos usuários, envolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, cuidado e reabilitação das condições de saúde, buscando uma atenção contínua e longitudinal (BRASIL, 2006a).

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

As ações de prevenção para IST/HIV/Aids podem ser identificadas em diversos espaços dentro do território e das comunidades, como, por exemplo, a inclusão de acolhimento e aconselhamento na rotina de trabalho das unidades de saúde, a oferta de testagem para HIV, Sífilis e Hepatites Virais (B e C), a identificação e avaliação de casos de PEP no tempo máximo de 72 horas transcorridas da exposição de relação sexual desprotegida (sem preservativo ou com rompimento do preservativo), bem como em casos de violência sexual, a identificação e o encaminhamento aos serviços especializados de populações que podem se beneficiar da PrEP, como profissionais do sexo, gays e outros homens que fazem sexo com outros homens (HSH), parcerias sorodiscordantes para HIV, pessoas transexuais. Incluem-se ações intra e intersetoriais e com a sociedade civil sobre a prevenção da discriminação, do estigma e do preconceito, com enfoque às populações-chave e prioritárias. Salienta-se a oferta de grupos temáticos de educação em saúde na comunidade, bem como a distribuição de insumos de



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

prevenção para IST/Aids (preservativos femininos, masculinos e gel lubrificante) na abordagem de gestão de risco. Além disso, propõem-se ações conjuntas com o setor da Educação através do Programa de Saúde na Escola (PSE), com o objetivo de garantir o acesso das crianças e dos adolescentes às ações de saúde sexual e reprodutiva e atividades em grupo. Reforça-se também a importância do diagnóstico precoce das IST, assim como o tratamento correto, diminuindo as chances de infecção pelo HIV. É fundamental a busca de parcerias sexuais para testagem e tratamento, quando necessário.

Maiores informações estão disponíveis no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2015/57800/miolo_pcdt_ist_22_06_2016_web_pdf_28406.pdf?file=1&type=node&id=57800&force=1)

A testagem para IST/HIV/HV na AB deve ser ofertada a toda população, preferencialmente por livre demanda, em todos os ciclos vitais e associado aos demais atendimentos prestados à população. Nesse processo, o **aconselhamento** deverá se desenvolver de forma espontânea e natural, iniciado oportunamente no acolhimento, evitando formatos burocratizados e com roteiro preestabelecido. É um momento estratégico para ações de prevenção, de educação em saúde e para a detecção precoce de agravos, sendo necessário reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações durante esse processo. O aconselhamento deve ser um diálogo baseado em uma relação de confiança, que visa proporcionar à pessoa condições para que identifique e avalie suas vulnerabilidades, adote práticas mais seguras, tome decisões e encontre formas de enfrentamento dos seus problemas. Os usuários devem ser esclarecidos sobre a importância de comunicar seus parceiros sexuais no caso de infecção existente, trazendo-os para o aconselhamento, diagnóstico e tratamento adequados, obedecendo aos princípios da confidencialidade, ausência de coerção e proteção contra a discriminação (BRASIL, 2006a).

A escolha do **método de diagnóstico** deve ser feita levando em consideração a oportunidade, agilidade necessária e disponibilidade nas diversas portas de entrada dos serviços de saúde. Recomenda-se a priorização do uso da Testagem Rápida (TR), visto que essa tecnologia está disponível para todos os serviços de saúde que possuem e que não possuem estrutura laboratorial e garante um resultado seguro em menor tempo, sem necessitar de encaminhamentos para realização da coleta de exames. Os testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e C deverão ser realizados por profissionais da saúde devidamente capacitados (BRASIL, 2016).

O momento de entrega de **resultados não reagentes** deve ser aproveitado para realizar ações de prevenção. Em conjunto com o usuário, deve-se definir um plano viável de gestão de riscos que leve em consideração as questões de gênero, vulnerabilidade, diversidade sexual, cultural e religiosa, uso de drogas lícitas e ilícitas, pessoas em situação de rua, pessoas em situação de privação de liberdade e planejamento sexual e reprodutivo. Se faz necessário explicar para o usuário que nos resultados não reagentes é preciso considerar o período de janela imunológica, com a realização de novo teste, caso seja necessário (BRASIL, 2006a).

Os casos de **resultados reagentes** deverão ser manejados conforme cada situação:

- **TR de sífilis (treponêmicos):** são testes de triagem e necessitarão de outros exames (não-treponêmicos) para confirmação do diagnóstico. As gestantes com TR reagente para sífilis,



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

sem histórico de tratamento, devem ter seu tratamento iniciado **imediatamente** com penicilina benzatina (BRASIL, 2017b). Destaca-se que o tratamento de sífilis do usuário e de sua parceria sexual deve ser realizado pelos profissionais da equipe de AB, mediante prescrição **médica ou de enfermagem**. Cabe destacar que a ausência do médico na unidade de saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da penicilina benzatina por profissionais de enfermagem, conforme Nota Técnica COFEN/CTLN N°03/2017.

- **TR Hepatites B e C:** Resultados reagentes nos TR para hepatite B e C são de triagem, sendo que o diagnóstico de hepatite B é estabelecido com a sorologia (HBSAg) e para o diagnóstico de hepatite C é necessária a sorologia (anti- HCV) ou carga viral. Todos esses exames devem ser solicitados pela Atenção Básica. Os usuários que apresentarem HBsAg não reagente devem ser orientados a realizar a vacinação contra hepatite B ou completar o esquema vacinal se o mesmo já tiver iniciado. A vacina contra hepatite B é universal, não tendo restrições de idade.

Os usuários coinfectados HIV/hepatites crônicas B ou C devem ser encaminhados para o serviço especializado para acompanhamento clínico e laboratorial, bem como para o seguimento do tratamento e reforçar a vacinação contra hepatite A, conforme trâmites dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

- **Hepatite A:** Atualmente verifica-se um novo cenário, devido ao aumento expressivo do número de casos entre homens na faixa etária dos 20 aos 39 anos. A principal via de contágio do HAV é a fecal-oral, por contato inter-humano ou por meio de água e alimentos contaminados. Contribuem para a transmissão a estabilidade do HAV no meio ambiente e a grande quantidade de vírus presente nas fezes dos indivíduos infectados.

O diagnóstico da hepatite A é realizado por meio de imunoenaios que detectam IgM anti-HAV. Para maiores informações acesse o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais (BRASIL, 2015b).

- **TR HIV:** O diagnóstico do HIV pode ser obtido com a realização de dois TR de fabricantes diferentes validados pelo Ministério da Saúde. Caso o primeiro teste tenha resultado reagente, este deve ser confirmado com um segundo teste (BRASIL, 2016). É importante permitir ao usuário o tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos, assim como reafirmar que resultado reagente para HIV não significa estar doente de Aids e reforçar as possibilidades de tratamento e cuidado à sua saúde no geral. Exercer o processo de escuta ativa neste momento se faz essencial. Além disso, é importante contribuir para a construção de um plano viável de gestão de riscos que leve em conta questões de gênero, vulnerabilidade, planejamento sexual e reprodutivo, diversidade sexual, cultural e religioso e uso de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2006a).

A elevada prevalência da coinfeção tuberculose e HIV no Brasil impõe a necessidade de ampliar o acesso da população, garantindo aos portadores de TB o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, bem como o rastreamento precoce de TB nas PVHIV. Os profissionais devem ser capacitados para investigar sintomas sugestivos de TB (febre, tosse, sudorese noturna e emagrecimento) em todas consultas das PVHIV, para instituir o tratamento adequado com enfoque para o Tratamento Diretamente Observado (TDO) para tuberculose e estabelecer estratégias para adesão ao tratamento de ambas patologias.

É importante reforçar que a infecção pelo HIV/Aids, HIV em gestantes ou puérperas, crianças expostas ao HIV, hepatites virais, sífilis adquirida, gestantes e congênita, além da tuberculose, devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE

(SINAN), pois são doenças de notificação compulsória, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 (MS, 2017).

Todos os usuários com resultados reagentes devem ser encaminhados para **primeira consulta médica**, que é um momento fundamental para avaliação clínica e abordagem laboratorial. Esse atendimento deve ser realizado no início do acompanhamento clínico, para avaliação da condição geral de saúde, de início de TARV e a pesquisa de comorbidades. Nesse momento inicia-se também a elaboração do Projeto Terapêutico Singular do usuário.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso (BRASIL, 2014). O PTS é o conjunto de atos assistenciais pensados e compartilhados com o usuário com o objetivo de resolver determinado problema de saúde, com base em uma avaliação de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2010a). O risco não é apenas clínico, mas é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde, que vai considerar todas essas variáveis na avaliação do risco. Com base na estratificação de risco, é definido o PTS e, a partir dele, o trabalhador de saúde vai orientar o usuário, conforme referência e/ou matriciamento, para utilização dos recursos necessários ao atendimento a sua necessidade na rede de serviços. Todo PTS deve ser elaborado pela equipe com a participação do usuário, pois este é cogestor e corresponsável pelo sucesso do seu tratamento (BRASIL, 2010a).

Outra ferramenta é a Educação Permanente, que deve ser potencializada para efetividade das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde. No que se refere às IST/HIV/Aids, é importante incluir nas temáticas a serem abordadas a prevenção, diagnóstico, tratamento, coinfeções, sexualidade, violência, relações de gênero, exposição em populações específicas, discriminação e estigma. A equipe do SAE terá o papel de apoiar e matriciar a Atenção Básica, assegurando retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico (BRASIL, 2014d).

O contato entre essas equipes de saúde (SAE e Atenção Básica) pode se dar através de encontros periódicos e regulares para discutir casos ou problemas de saúde elencados pela equipe, sendo que se procura elaborar projetos terapêuticos e pactuar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Além disso, em casos imprevistos e urgentes, em que não seria recomendável aguardar a reunião regular, a equipe de saúde poderá acionar o apoio matricial, por meios diretos de comunicação, solicitando-se algum tipo de intervenção. Essa dinâmica presta-se tanto para ordenar a relação entre os níveis hierárquicos de atenção quanto para facilitar a comunicação e integração de equipes da Atenção Básica e especialistas, ou mesmo entre distintas especialidades e profissões de saúde que trabalhem em um mesmo serviço, hospital ou centro de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Além disso, para o fortalecimento e apoio matricial das equipes de Atenção Básica, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que buscam, especialmente, apoiar a mudança de modelo de atenção à saúde, ampliando as ofertas de saúde na rede, assim como a resolutividade, a abrangência e o escopo das ações. Dessa forma, podem estar inseridas também questões relacionadas às IST/HIV/Aids e a ampliação dos fatores de proteção (BRASIL, 2014d).

3.3 Outros pontos de atenção à saúde

Os outros pontos de atenção à saúde (conforme Figura 3) tratam-se de locais, serviços e/ou instituições que sejam portas de entrada do SUS e/ou facilitadores de acesso aos usuários,



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

como, por exemplo, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) serviços de urgência e emergência, CTA, serviços de referência em tuberculose, equipes de atenção básica implantadas em unidades prisionais e equipes de consultório na rua. Esses serviços são potentes para acolhimento, aconselhamento e realização de testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites virais, e nos casos de resultados positivos, o usuário deve ser encaminhado para o serviço de Atenção Básica de referência para seguimento do tratamento, conforme estratificação de risco. Cabe a esses serviços a notificação no SINAN dos casos diagnosticados.

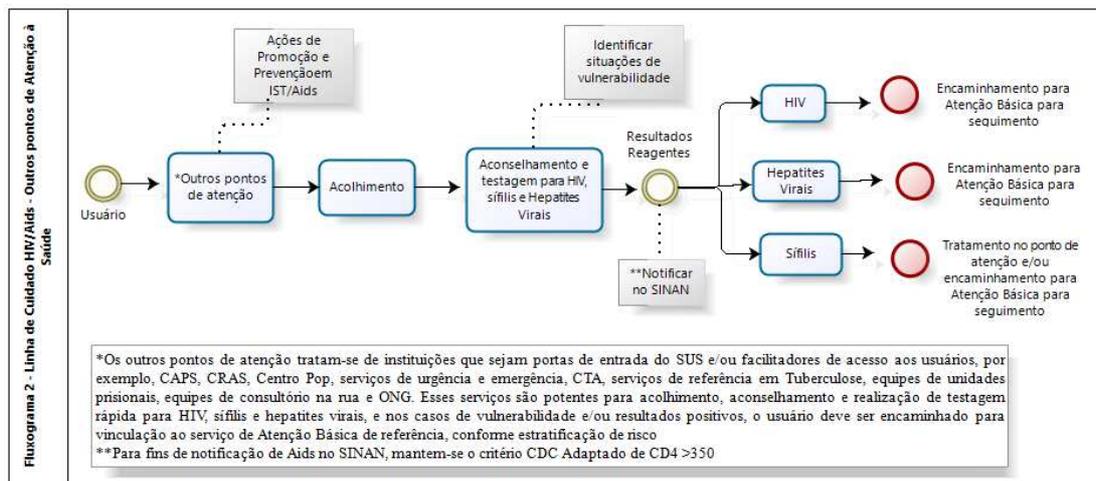


Figura 3. Fluxograma 2 - Linha de Cuidado HIV/Aids - Outros pontos de atenção à saúde

Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

Os **Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)** são importantes pontos de atenção à saúde, pois são espaços de acolhimento e prevenção, principalmente para segmentos populacionais mais vulneráveis, levando-se em conta os contextos epidemiológicos, socioeconômicos e culturais. Nesse sentido, exerce papel central na efetivação do princípio da equidade no SUS (BRASIL, 2010a). Atualmente, além de testagem e aconselhamento, os CTA têm ampliado seu escopo de atuação para oferecer ações de prevenção combinada, com foco no matriciamento de outras equipes, na captação e cuidado de populações-chave e prioritárias, na educação permanente em saúde, no oferecimento de PEP e PrEP, na redução de danos, em ações extra-muros, e na vinculação e retenção dos usuários vivendo com HIV.

A inclusão das “novas” tecnologias de prevenção possibilita ampliar a discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos, sendo a **Prevenção Combinada** uma estratégia que faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e estrutural) aplicadas em múltiplos níveis (individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário, social) para responder a necessidades específicas de determinados segmentos populacionais e de determinadas formas de transmissão (BRASIL, 2017).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

O atendimento ao usuário nos **serviços de urgência e emergência** é outro importante ponto de atenção e porta de entrada, uma vez que muitos indivíduos infectados têm procurado a assistência nesses locais em virtude de complicações/agravos da própria patologia. Esse também deve ser um momento de diagnóstico de IST/HIV/Aids e hepatites virais B e C, sendo estimulada, sempre que necessário, a testagem, visto que diagnosticar prontamente a infecção pode redirecionar condutas (propeleuticas e/ou terapêuticas) nas intercorrências agudas. Nas situações em que os resultados forem reagentes para IST/HIV/Aids, é importante sensibilizar o usuário a chamar parceria(s) sexual(is) para testagem e aconselhamento. Esses serviços são potentes para implantação e primeiro atendimento de PEP, quando a situação assim indicar, referenciando a Atenção Secundária para seguimento do cuidado (BELO HORIZONTE, 2012).

Os componentes que fazem parte da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) são dispositivos importantes para trabalhar questões relacionadas ao seu processo de cuidado com relação às IST/HIV/Aids com os usuários e com as equipes de referência na Atenção Básica. São eles: Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica, Equipes de Redução de Danos (RD), Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

3.4 Tratamento na Atenção Básica

O fluxograma apresentado na Figura 4, a seguir, apresenta a recomendação do tratamento do usuário HIV positivo na AB.

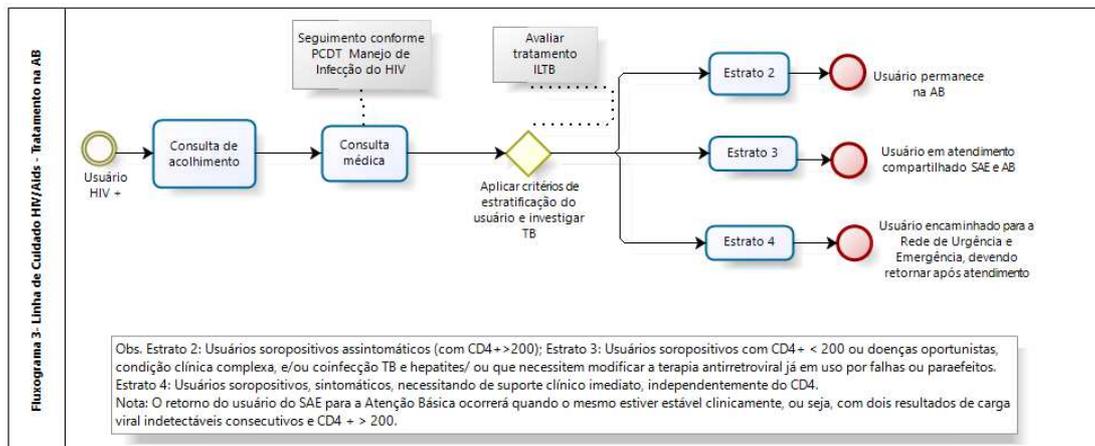


Figura 4. Fluxograma 3 - Linha de Cuidado HIV/Aids - Tratamento na Atenção Básica
Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

Ao usuário com **resultado reagente para HIV** é de fundamental importância o acesso a uma primeira consulta de acolhimento. É essencial que o usuário receba informações sobre a doença, as formas de transmissão, o significado e a utilidade dos exames laboratoriais (como a contagem de linfócitos T-CD4 e a carga viral) e os possíveis efeitos adversos em curto e longo prazos relacionados à TARV. Tendo acesso às informações e promovendo a própria autonomia, o usuário se fortalece para enfrentar as adversidades trazidas pela infecção e seu tratamento. A



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

avaliação clínica e psicossocial do usuário permite identificar os modos de enfrentamento, além das possíveis dificuldades de aceitação e de viver com o diagnóstico positivo para HIV (BRASIL, 2017b). Esse processo tem sua continuidade na consulta médica, para que seja preparado para o início do tratamento, com o objetivo de promover adesão e estimular o estreitamento do vínculo.

A adesão é um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, e que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede social. É muito importante que o usuário conheça as características da infecção, entenda claramente o objetivo da terapia antirretroviral e participe da decisão de iniciá-la, compreendendo a importância da tomada continuada e correta do medicamento, a fim de atingir adequada supressão da replicação virológica (BRASIL, 2017b).

A decisão de iniciar a TARV, bem como a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, deve ser de responsabilidade compartilhada entre o usuário e a equipe de saúde. Usuários classificados no **estrato 2** (soropositivos assintomáticos com $CD4 > 200$) devem manter o tratamento na Atenção Básica. O início precoce de TARV é recomendado devido aos benefícios relacionados à redução de morbimortalidade e diminuição da transmissão do vírus, porém deve ser considerada a motivação da pessoa. O quadro clínico do usuário deve sempre ser reavaliado para definir possíveis mudanças na conduta (BRASIL, 2013e).

3.5 Tratamento na Atenção Secundária

O fluxograma a seguir (Figura 5) ilustra o fluxograma para o tratamento do usuário HIV positivo na Atenção Secundária.

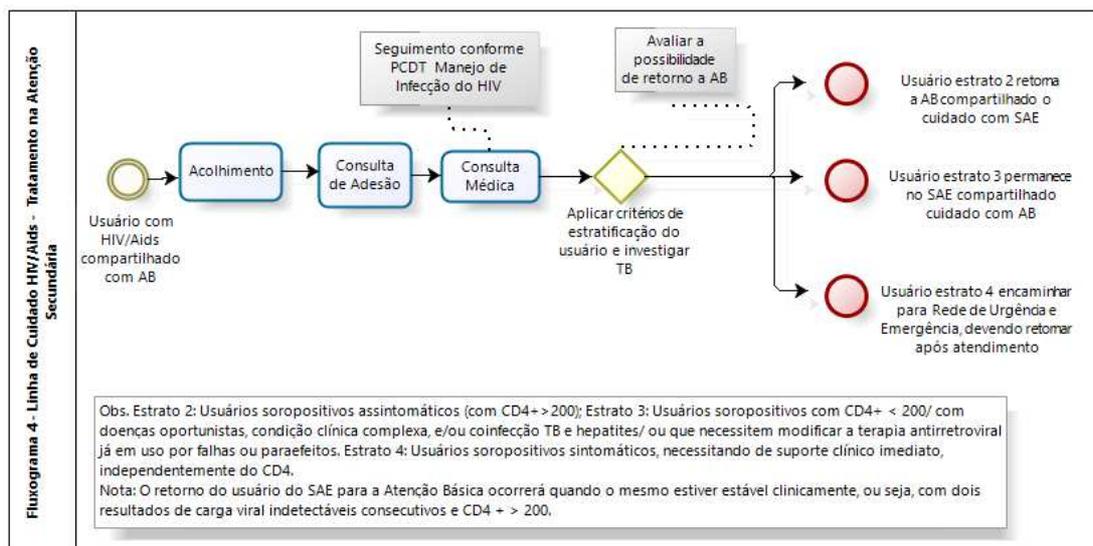


Figura 5. Fluxograma 4 - Linha de Cuidado HIV/Aids - Tratamento na Atenção Secundária
Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Os usuários classificados no **estrato 3** (portadores de HIV com CD4 <200, com doenças oportunistas, condição clínica complexa, coinfeções ou que necessitem modificar terapia antirretroviral já em uso por falhas ou paraefeitos), quando identificados pela Atenção Básica nesta situação, deverão ter solicitação de exame de genotipagem e demais exames de rotina, com posterior encaminhamento para o SAE, com vistas ao atendimento integral, através de equipe multiprofissional, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo de Infecção pelo HIV em Adultos, Crianças Expostas e Infectadas pelo HIV e Adolescentes. O retorno do usuário do SAE para a Atenção Básica ocorrerá quando o mesmo estiver estável clinicamente, ou seja, com dois resultados de cargas virais indetectáveis consecutivos, CD4 + > 200 e/ou clinicamente estável (BRASIL, 2017). Cabe salientar que o encaminhamento do usuário da AB para o SAE ou vice-versa deve ser acompanhado de nota de alta clara e concisa, com todas as informações pertinentes ao caso em letra legível.

Pessoas em uso de ARV que não estão respondendo adequadamente ao tratamento podem estar em falha terapêutica, que é caracterizada por carga viral plasmática detectável após seis meses do início ou da modificação do tratamento antirretroviral, ou ainda por detecção da CV nos indivíduos que a mantinham indetectável na vigência do tratamento. Nesses casos, devem ser avaliados fatores que possam estar associados, como baixa adesão ao tratamento, esquemas de antirretrovirais subótimos, interação medicamentosa ou resistência viral. Se forem identificadas situações de não adesão ao tratamento, a equipe de Atenção Básica deverá apoiar o SAE com intuito de intensificar o trabalho de adesão ao tratamento com o usuário (BRASIL, 2013e).

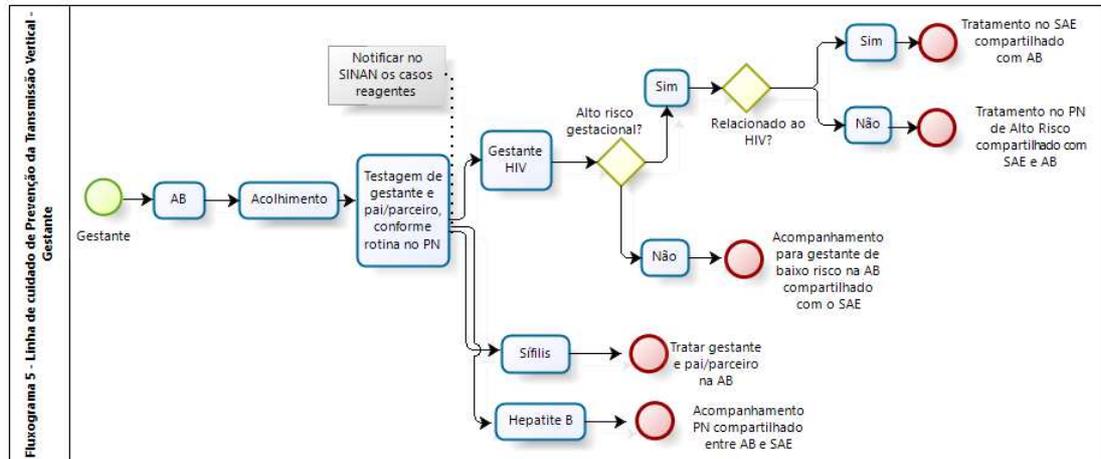
Os usuários classificados no **estrato 4** (soropositivos para HIV, sintomáticos, necessitando de suporte clínico imediato, independentemente do CD4) deverão ser encaminhados para o atendimento emergencial na Rede de Urgência e Emergência (RUE), conforme fluxo padrão local. Após alta, o usuário deverá continuar em acompanhamento no seu serviço de referência. É importante que o usuário saia com nota de alta detalhada incluindo resultados dos exames realizados na internação, fornecimento das receitas para tratamento das doenças identificadas, quando for o caso, e formulário de TARV, se necessário.

4. Prevenção da Transmissão Vertical – Gestante e Criança exposta ao HIV, Sífilis Congênita e Hepatite B

Considerando-se que a Linha de Cuidado Materno-Paterno-Infantil do estado do Rio Grande do Sul já está constituída e validada, apresentam-se aqui somente especificidades referentes à Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, da Sífilis Congênita e Hepatite B (Figuras 6 e 7).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



Powered by
bizagi
Modeler

Figura 6. Fluxograma 5 - Linha de Cuidado HIV/Aids - Transmissão vertical - gestante
Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

A solicitação de exames de HIV, Sífilis e Hepatite B já é rotina no pré-natal, na primeira consulta e no terceiro trimestre de gestação. Prioriza-se a testagem rápida para HIV e Sífilis, visto que essa tecnologia está disponível para as unidades de saúde na Atenção Básica e garante um resultado seguro no menor tempo possível.

Além disso, salienta-se que o pré-natal do pai/parceiro é uma estratégia importante para captar esses sujeitos, testá-los e aconselhá-los. Através desta proposta, busca-se diminuir os índices de reinfecção das gestantes e envolver os homens na gestação de suas parceiras.

No que se refere à Hepatite B, está preconizada a realização de sorologia HBsAg na primeira consulta de pré-natal e no terceiro trimestre de gestação. A vacinação para hepatite B está indicada no pré-natal para mães HBsAg não reagentes em qualquer idade gestacional. Quanto à Hepatite C, no que se refere às gestantes com HIV, deve-se pesquisar a sorologia anti-HCV na primeira consulta de pré-natal e no terceiro trimestre de gestação.

Gestantes portadoras de HIV sem critérios para pré-natal de alto risco e crianças expostas ao HIV devem ter seu atendimento compartilhado entre o SAE e a Atenção Básica para realização do pré-natal e puericultura, prescrição de ARV, bem como acompanhamento da adesão ao tratamento. Importante destacar que a gestação não será considerada de alto risco apenas por ocasião da infecção pelo HIV e/ou pelo vírus da hepatite B, permitindo que o pré-natal seja manejado pelas equipes de Atenção Básica com retaguarda especializada.

A caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar à Atenção Básica quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a Unidade Básica de Saúde deve continuar responsável pela gestante, mesmo que encaminhada a um diferente serviço de saúde (BRASIL, 2012c).

No que se refere à Sífilis, a Atenção Básica cumpre papel imprescindível em seu



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

controle e prevenção da sífilis congênita, devendo garantir o acolhimento, a oferta de diagnóstico precoce a todas as gestantes e seus parceiros durante o primeiro e terceiro trimestres da gestação. Cabe ressaltar que o tratamento deve ser iniciado imediatamente com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste, com a aplicação da penicilina benzatina, conforme regulamentado pela Portaria Ministerial 3.161/2011, Nota Técnica COFEN/CTLN N°03/2017 e PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

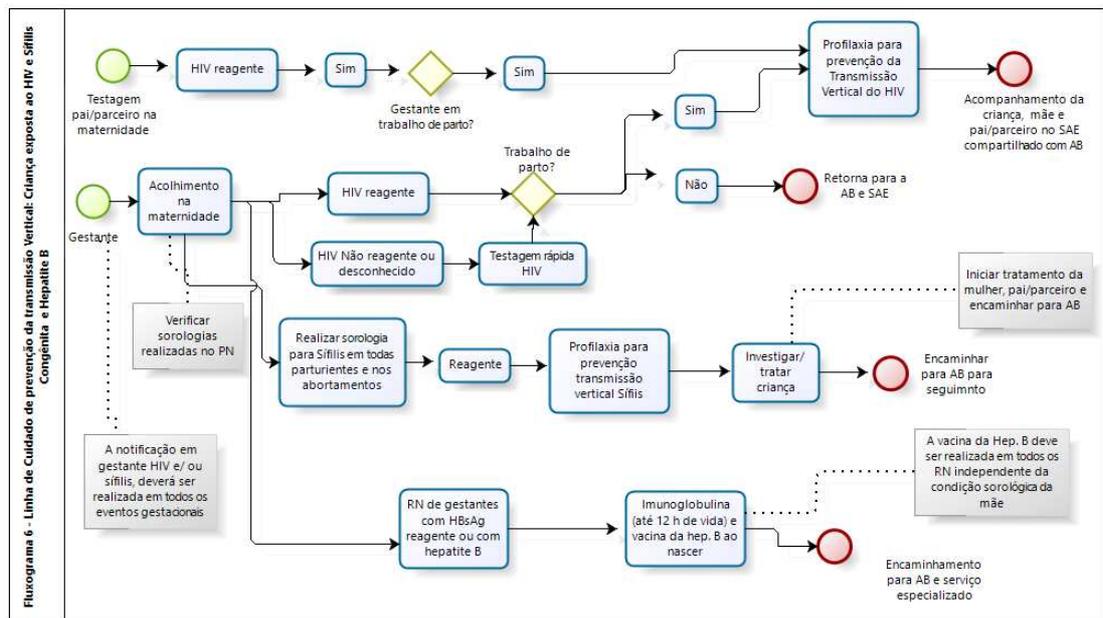


Figura 7. Fluxograma 6 - Linha de Cuidado HIV/Aids - Transmissão vertical: criança exposta ao HIV e Sífilis congênita e Hepatite B

Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

O atendimento à gestante e à criança exposta na maternidade já é estabelecido no PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (BRASIL, 2017). Às maternidades cabe realizar TR para diagnóstico de HIV e exame de Sífilis na admissão do parto em todas as gestantes, puérperas, nas internações por abortamento e nas parcerias sexuais, conforme Nota Técnica 02/2015 SES-RS/DAS, a fim de evitar oportunidades perdidas para diagnóstico, tratamento e seguimento desses agravos.

Às parturientes com sorologia positiva para HIV em trabalho de parto cabe implantar medidas de prevenção da transmissão vertical, conforme PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (Brasil, 2017).

Considerando a possibilidade de transmissão de HIV durante o período de aleitamento materno, orienta-se a necessidade do aconselhamento e orientação do uso de preservativo, assim como a realização da testagem rápida para HIV no puerpério e na puericultura, disponibilizando também a testagem ao pai/parceiro.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE

O aleitamento materno é **contraindicado** para mulheres vivendo com HIV. É direito do bebê receber o leite artificial, portanto a mãe deve ser orientada sobre a retirada da fórmula láctea infantil, conforme previsto na Nota Informativa 01/2018- SRS/DAS/CE IST/AIDS.

Nos casos em que ocorrer a amamentação por mulher sabidamente HIV ou com risco de transmissão de HIV, deve-se interromper imediatamente o aleitamento, e encaminhá-los para a realização do exame de carga viral de HIV e o início imediato da PEP (até 72 horas da última exposição) pelo bebê, simultaneamente à investigação diagnóstica (BRASIL, 2017b). Para mais informações, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes, disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

A criança exposta deve ter seu atendimento compartilhado entre a Atenção Básica e o SAE, para realização de puericultura, seguimento clínico do HIV e demais cuidados, visando à integralidade do atendimento. O SAE deve acompanhar o caso até a definição diagnóstica. Caso o resultado seja negativo, a Atenção Básica reassume o caso em sua integralidade; nos casos de resultado positivo para HIV, o cuidado, tanto da criança como do adolescente, deve ser compartilhado entre a Atenção Básica e o SAE.

Para as parturientes com sorologia positiva em exame de Sífilis, deve-se seguir o mesmo protocolo citado acima, iniciando imediatamente o tratamento na mulher e em seu parceiro e encaminhando-os para seguimento do tratamento na Atenção Básica. Além disso, deve-se investigar e tratar a criança exposta ao *Treponema pallidum* e encaminhar para a Atenção Básica e atenção secundária, para seguimento do tratamento e acompanhamento do quadro clínico (BRASIL, 2015b).

Os recém-nascidos de mães HBsAg positivas devem receber imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida, juntamente com a primeira dose do esquema vacinal para Hepatite B, conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

5. Atendimento de situações específicas

5.1 Particularidades no atendimento a casais sorodiscordantes

Nos atendimentos a casais sorodiscordantes, deve-se considerar as diferentes situações de exposição ao HIV/Aids, avaliando a indicação para a Profilaxia Pós-Exposição e a Profilaxia Pré-Exposição, conforme os Protocolos vigentes: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais (http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2015/59183/pcdt_pep_2017_web_15_01_18.pdf?file=1&type=node&id=59183&force=1) e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV (http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2017/64510/miolo_pcdt_prep_05_2018_isbn_0.pdf?file=1&type=node&id=64510&force=1).

5.2 Particularidades no atendimento a adolescentes

É importante destacar algumas peculiaridades no atendimento a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids e outras IST. Algumas diferenças no acolhimento desses indivíduos



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE

precisam ser consideradas, no que diz respeito à forma e a idade que ocorreu a transmissão, como a avaliação de sua condição clínica, imunológica, psicossocial e cultural.

É importante que os profissionais de saúde estejam atentos e atuem auxiliando os adolescentes a compreenderem e aceitarem seu diagnóstico e tratamento. Eles devem ser esclarecidos e informados por meio de linguagem acessível sobre a infecção pelo HIV e outras IST, saber quais os objetivos e a importância da adesão ao tratamento. Além disso, é muito importante que esclareçam dúvidas sobre saúde sexual e reprodutiva, bem como sobre vulnerabilidade, preconceito, discriminação, saúde mental, entre outros (BRASIL, 2017c).

Cabe ressaltar que, quando se trata de menores de 18 anos, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2010b), a testagem anti-HIV deverá ser voluntária e consentida pelo menor, sem necessidade de autorização de responsável, desde que aquele tenha capacidade de avaliar seu problema, conforme estabelecido no ofício 1.865/96 do Conselho Federal de Medicina e conforme o Parecer Técnico do PN-DST-AIDS, de 7.5.1997, no qual a testagem e entrega de exames anti-HIV podem acontecer pelo livre-arbítrio do adolescente.

Para maiores informações acesse link:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>.

5.3 Particularidades no atendimento às Pessoas Privadas de Liberdade (PPL)

A prevalência de HIV e outras IST no ambiente prisional é estimada como de 2 a 10 vezes maior que a encontrada na população em geral, chegando em alguns casos a até 50 vezes. Estima-se 6,6% de infecções pelo HIV no Presídio Central de Porto Alegre (2013). São diversos os fatores de risco adicionais que influenciam a incidência de doenças nestes ambientes, dentre eles a superlotação, a violência, más condições do cárcere, corrupção, negação, estigma, falta de proteção para as populações mais vulneráveis, falta de capacitação para as equipes de saúde e de segurança do sistema prisional, assistência médica e social deficitárias. Neste contexto, entende-se como prioritário o fortalecimento da Linha de Cuidado quanto às especificidades dos cuidados às pessoas privadas de liberdade, para o alcance das metas 90-90-90 e zero discriminação como resposta à epidemia do HIV nas prisões.

Recomendações para estabelecimentos prisionais com equipes de Atenção Básica de Saúde Prisional da rede municipal de saúde:

As equipes de Atenção Básica implantadas nos estabelecimentos prisionais têm a função de realizar os cuidados primários de atenção à saúde nas instituições prisionais. Tais equipes compõem a Atenção Básica dos municípios e devem seguir nas prisões os mesmos fluxos da L.C. em relação às IST/HIV/Aids. Isso inclui a oferta de testes rápidos com acolhimento e aconselhamento a todas as pessoas na chegada, durante as consultas e a disponibilização destes durante todo o tempo de permanência da pessoa na prisão. Recomenda-se o tratamento estratificado pelo risco, a oferta de estratégias de prevenção e promoção à saúde, com disponibilização de insumos, bem como o controle e o monitoramento da doença, de acordo com os protocolos existentes e, se necessário, através de matriciamento por profissional especializado.

A alta prevalência da coinfeção tuberculose e HIV nas PPL determina o diagnóstico



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

precoce da infecção pelo HIV, bem como o rastreamento precoce concomitante de TB. Os profissionais devem ser capacitados para investigar sintomas sugestivos de TB (febre, tosse, sudorese noturna e emagrecimento) em todas as consultas, instituir o tratamento adequado com enfoque para o Tratamento Diretamente Observado (TDO) para tuberculose e estabelecer estratégias para adesão ao tratamento de ambas as patologias. Nos sintomáticos que apresentam tosse, é indispensável a realização de duas amostras de baciloscopia de escarro, bem como a cultura de escarro para micobactérias com teste de sensibilidade, antes do início do tratamento.

Em prisões, para evitar a falha terapêutica, é necessária uma adesão ótima ao tratamento, pois estudos demonstram maior morbidade e mortalidade entre os prisioneiros com má adesão. Portanto é fundamental a identificação e manejo dos fatores de má adesão, realização de ambulatório para a adesão ao tratamento com atendimento singularizado e definido como rotina para as equipes de Atenção Básica nos casos de pessoas vivendo com HIV/Aids nas prisões. Sugere-se o TDO para os casos de má adesão, especialmente nos casos de pacientes coinfectados, ficando os finais de semana sob responsabilidade do usuário.

O acompanhamento e o monitoramento da infecção pelo HIV em gestantes privadas de liberdade deve ser realizado no SAE, cabendo às equipes de Atenção Básica dos estabelecimentos prisionais o acompanhamento conjunto com ações que garantam a adesão ao tratamento, manejo de eventos adversos e outras atividades de acompanhamento do pré-natal. A equipe de cuidado primário à gestante também deve estar atenta à presença de outras IST durante a gestação.

O SAE de referência à equipe de AB prisional tem a função de matriciamento técnico e assistencial da equipe, visando ao cuidado compartilhado da PPL. Cabe destacar a necessidade de diálogo entre as equipes envolvidas no processo do cuidado, a fim de potencializar a condução da terapia mais efetiva e eficaz.

Orienta-se que as equipes de saúde do sistema prisional notifiquem o SAE sobre a saída ou transferência da PPL do sistema prisional, a fim de que o serviço possa acompanhar e monitorar o usuário e, em caso de necessidade, realizar a busca ativa. Ressalta-se, ainda, a importância dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado orientarem a PPL quanto ao serviço de referência para continuidade de tratamento após saída do sistema prisional.

Recomendações para estabelecimentos prisionais sem Equipes de Atenção Básica de Saúde Prisional e para Pessoas Privadas de Liberdade em regime semi-aberto:

Nos estabelecimentos prisionais fechados sem uma equipe de Atenção Básica específica para prestação da atenção primária à saúde ou em estabelecimentos de regime aberto ou semi-aberto, o atendimento da pessoa vivendo com HIV/Aids deve seguir os fluxos de atendimento da L.C. das PVHIV. Neste contexto, ressalta-se a importância do acesso aos serviços e a definição juntamente com o usuário dos fluxos para a continuidade do tratamento na rede de atenção à saúde do município.

A abordagem deve ser multiprofissional, preservando o sigilo e confidencialidade, respeito aos direitos humanos, além de proporcionar acesso a todos os meios e tecnologias assistenciais existentes.

5.4 Particularidades no atendimento aos coinfectados por HIV e tuberculose



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

As PVHIV são mais vulneráveis à tuberculose, sendo esta a principal causa associada definida de óbito entre as doenças infecciosas nesse grupo, o que justifica especial atenção à coinfeção TB-HIV. Devido ao risco aumentado de adoecimento por tuberculose, em toda visita do paciente aos serviços de saúde, a presença de tosse (independentemente do tempo de evolução) deve ser questionada, uma vez que indica a possibilidade de tuberculose ativa, demandando investigação (BRASIL, 2017).

Outros sintomas, como febre, sudorese noturna ou emagrecimento (associado ou não à tosse), também podem indicar tuberculose e merecem investigação. Deve-se solicitar para essas pessoas baciloscopia e cultura com teste de sensibilidade. Nas localidades em que está disponível, deve ser realizado o Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), para diagnóstico da doença, o qual pode ser realizado em amostras respiratórias e de outros sítios, tendo como vantagem a identificação do *Mycobacterium tuberculosis* e seu perfil de sensibilidade à rifampicina (principal fármaco do arsenal terapêutico contra a TB).

As ações prioritárias destinadas aos usuários coinfectados estão relacionadas a seguir:

- realização da prova tuberculínica – PT (“Reação de Mantoux”) e acesso ao tratamento da infecção latente da tuberculose (ILTB), conforme Nota Técnica nº 11/2018-DIAHV/SVS/MS (BRASIL, 2018);

- diagnóstico precoce da tuberculose ativa e tratamento imediato, preferencialmente através do Tratamento Diretamente Observado (TDO), que deverá ser ofertado e pactuado com o paciente;

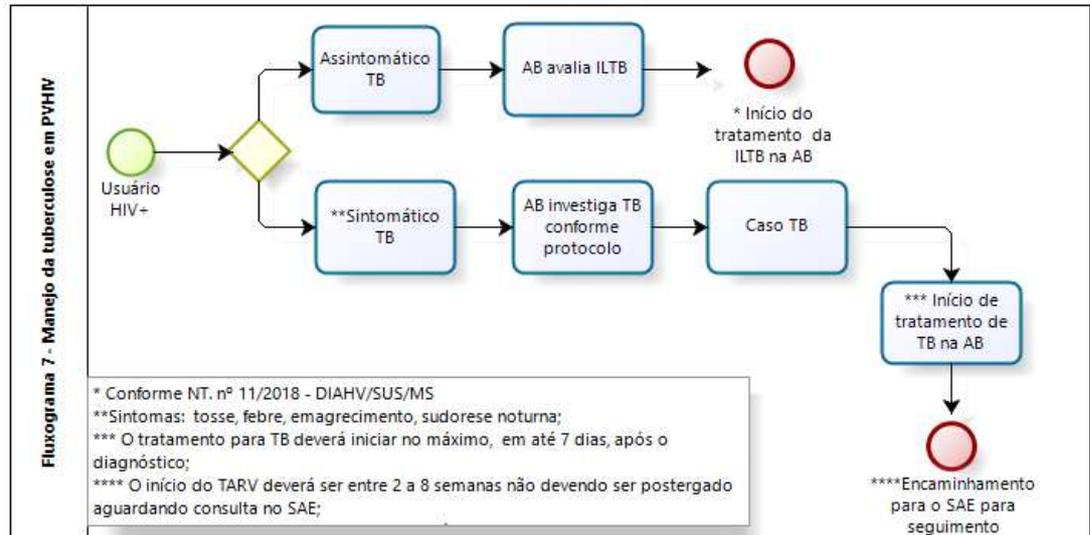
- em caso de usuários que não iniciaram TARV, iniciar o tratamento entre 2 e 8 semanas após o início do tratamento da tuberculose (BLANC, 2011).

Os pacientes testados com a PT e que já apresentaram resultado reator (enduração com 5mm ou mais), em alguma ocasião, não precisam repetir o exame, pois a PT anterior já responde que o paciente teve contato prévio com o bacilo de Koch. Nestes casos, o tratamento para infecção latente da tuberculose deve ser considerado de acordo com a exposição do paciente a indivíduos com tuberculose pulmonar bacilífera nos últimos dois anos.

Os serviços de saúde devem garantir o diagnóstico da tuberculose, a avaliação dos contatos dos pacientes, a oferta do tratamento diretamente observado (supervisão da ingestão das medicações por profissional de saúde de segunda a sexta-feira) e o tratamento da ILTB. Os pacientes com CD4 < 350 deverão iniciar tratamento da ILTB, independente de resultado da PT, desde que afastada doença em atividade. Essas são consideradas importantes estratégias para a queda da morbimortalidade na coinfeção. O Fluxograma 7 apresenta o manejo da tuberculose em pacientes portadores de HIV.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



Powered by
bizagi
Modeler

Figura 8. Fluxograma 7 - Linha de Cuidado HIV/Aids - Manejo da tuberculose em PVHIV
Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

O paciente coinfetado HIV/TB deverá ser abordado, sempre que possível, por uma equipe multidisciplinar, garantindo a adesão aos tratamentos, manejo dos eventos adversos, identificação oportuna e manejo de falhas terapêuticas, conforme protocolos vigentes. Na suspeita de resistência aos fármacos do esquema básico (RHZE), o paciente deve ser avaliado em referência terciária em TB.

6. MONITORAMENTO

A Coordenação Estadual de IST/Aids realiza monitoramento anual da L.C. das PVHIV por meio de instrumento de gestão elaborado em parceria com a Coordenação Estadual de Atenção Básica. Respondem a esse instrumento municípios considerados estratégicos para o enfrentamento da epidemia no estado. São analisadas informações sobre: realização e ampliação da oferta de testagem rápida em toda a rede de atenção, oferta de tratamento para HIV/Aids na Atenção Básica, estratégias de compartilhamento do cuidado entre Atenção Básica e Atenção Secundária, prevenção e manejo da coinfeção HIV/TB, além de implantação/implementação de tecnologias de prevenção e vigilância.

A análise deste instrumento possibilita o diagnóstico acerca da estrutura dos serviços municipais de HIV/Aids e evidencia os avanços e desafios na implantação/implementação da Linha de Cuidado. Visualizar as fragilidades e as potencialidades de cada município permite à Coordenação Estadual de IST/Aids, em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde, oferecer apoio para o fortalecimento das ações nos territórios.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

LEITURAS COMPLEMENTARES

Além das referências bibliográficas citadas nesta revisão, sugerem-se leituras complementares sobre os cuidados e orientações em relação às IST/HIV/Aids/HV

- Caderno de Boas Práticas no Manejo do HIV na Atenção Básica – Manual para Médicos, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hiv-aids-na-atencao-basica>

- Cuidado Integral das Pessoas que Vivem com HIV na Atenção Básica – Manual para a Equipe Multiprofissional, 2015. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/80_91f4edca7e2dcfdc8179d1e244c34fc5

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos - Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2013/64484/pcdt_adulto_180518_web.pdf?file=1&type=node&id=64484&force=1

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais - Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2015/57801/pcdt_tv_18_05_2018_-_final.pdf?file=1&type=node&id=57801&force=1

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções - Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2013/64484/pcdt_adulto_180518_web.pdf?file=1&type=node&id=64484&force=1

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes - Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2017/64833/capa_miolo_pcdt_infantil_04_2018.pdf?file=1&type=node&id=64833&force=1

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais - Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2015/59183/pcdt_pep_2017_web_15_01_18.pdf?file=1&type=node&id=59183&force=1

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV - Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2017/64510/miolo_pcdt_prep_05_2018_isbn_0.pdf?file=1&type=node&id=64510&force=1

Prevenção Combinada do HIV - Sumário Executivo - Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2017/65104/prevencao_combinada_web1.pdf?file=1&type=node&id=65104&force=1

- 5 Passos para a Implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica – Manual para Gestores. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>

_____. Ministério da Saúde. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde, 2016.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

REFERÊNCIAS

- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Coordenação Municipal de DTS/AIDS. Protocolo de Atendimento Sindrômico das Intercorrências Clínicas em HIV/AIDS. Belo Horizonte, 2012.
- BLANC, FX. et.at. Earlier versus Later Start Of Antiretroviral Therapy in HIV- Infected Adults with Tuberculosis. CAMELIA (ANRS 1295-CIPRA KH001) Study Team. N Engl J Med., 2011, October 20;365(16): 1471-81.
- CAMPOS, Gastão W. S; DOMITTI, Ana C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- COFEN. Nota Técnica COFEN/CTLN n° 03/2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós- Exposição de Risco (PEP) à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010a.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. 7. ed. Brasília: Câmara de Deputados (Série Legislação: 25), 2010b.
- BRASIL. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013g. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 32)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim epidemiológico: HIV/AIDS 2017. Ano V – n. 1. Brasília, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim epidemiológico: Sífilis 2017. Volume 48 – n. 36. Brasília, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação- Geral de Desenvolvimento de Epidemiologia em SERVIÇOS. Guia de Vigilância em Saúde – 2. Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Informativa nº 11/2018. Recomendações para Tratamento da Infecção Latente por Tuberculose (ILTb) em Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). Brasília: Ministério da Saúde, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção do HIV em crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. n.39. v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. 116 p.

BRASIL. Nota Técnica 02/2015. Departamento de Ações em Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Realização de testagem rápida de HIV e VDRL em 100% das gestantes e parturientes, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, independente de internação pelo Sistema Único de Saúde, sistema privado ou outros convênios. 2015. Disponível em: www.saude.rs.gov.br. Acesso em: 12 ago. 2016.

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

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução CIB n. 234, de 1 de março de 2014. Institui, dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental, álcool e outras drogas, incentivo financeiro estadual para a redução de danos em âmbito municipal. 2014b. Disponível em: www.saude.rs.gov.br. Acesso em: 19 set. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de IST/Aids. Boletim epidemiológico: HIV/Aids 2017. Porto Alegre, 2018a. Nota Informativa 01/2018- SRS/DAS/CE IST/AIDS.

Nota Técnica 02/2015 SES-RS/DAS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Anexo A – Acesso ao diagnóstico na Atenção Básica

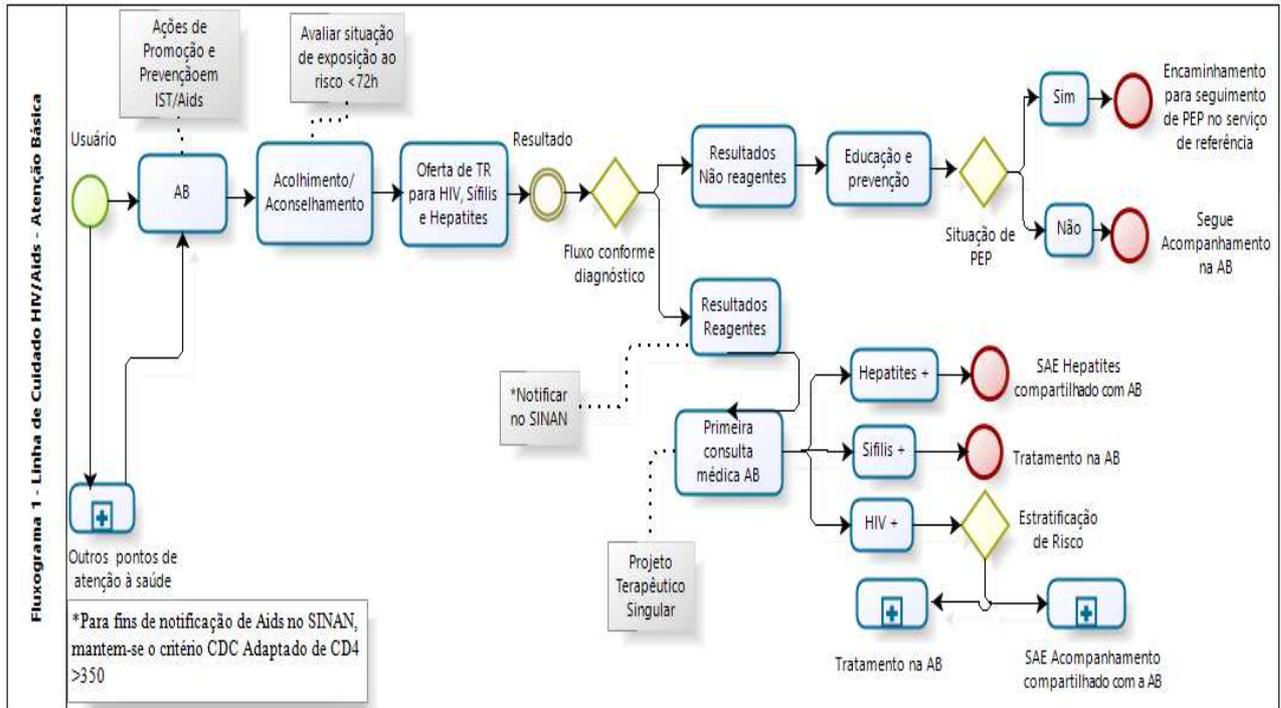


Figura 2. Fluxograma 1 - Linha de Cuidado HIV/Aids - Atenção Básica
Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

ANEXO B – Outros pontos de atenção à saúde



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

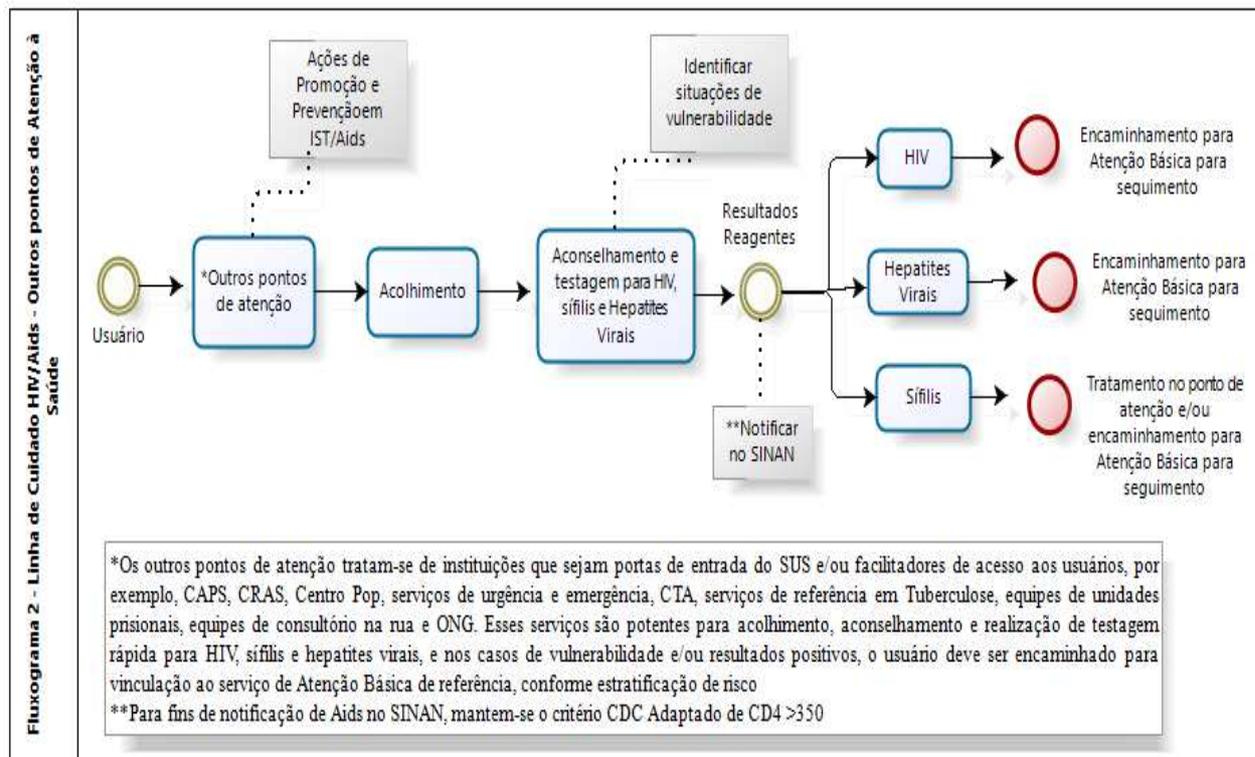


Figura 3. Fluxograma 2 - Linha de Cuidado HIV/Aids - Outros pontos de atenção à saúde
Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

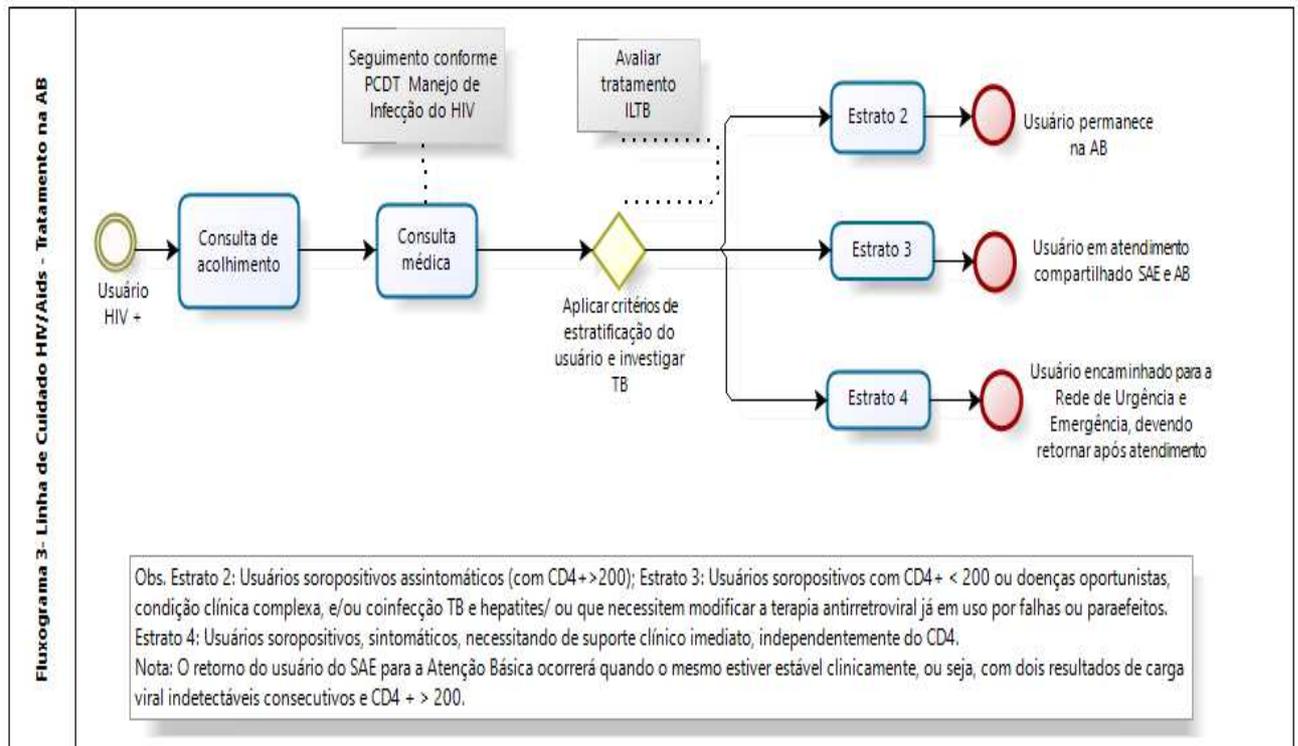


Figura 4. Fluxograma 3 - Linha de Cuidado HIV/Aids - Tratamento na Atenção Básica

Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

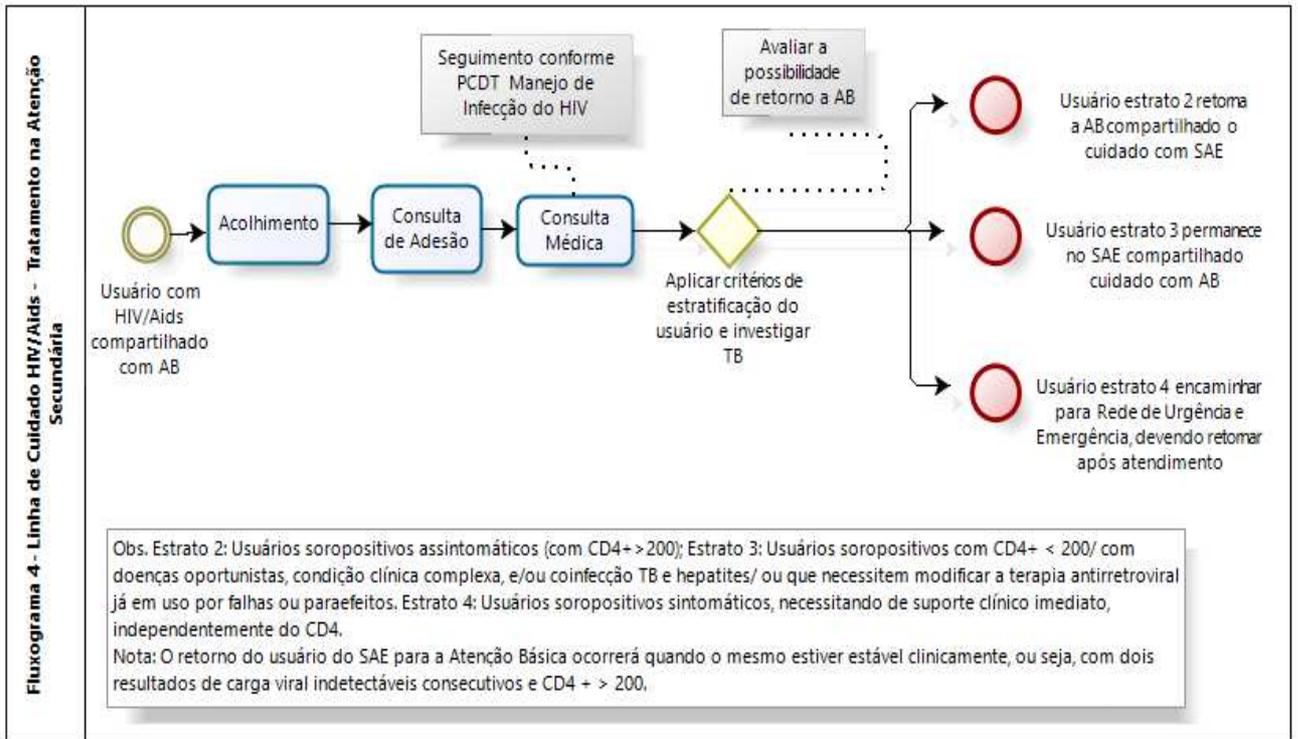
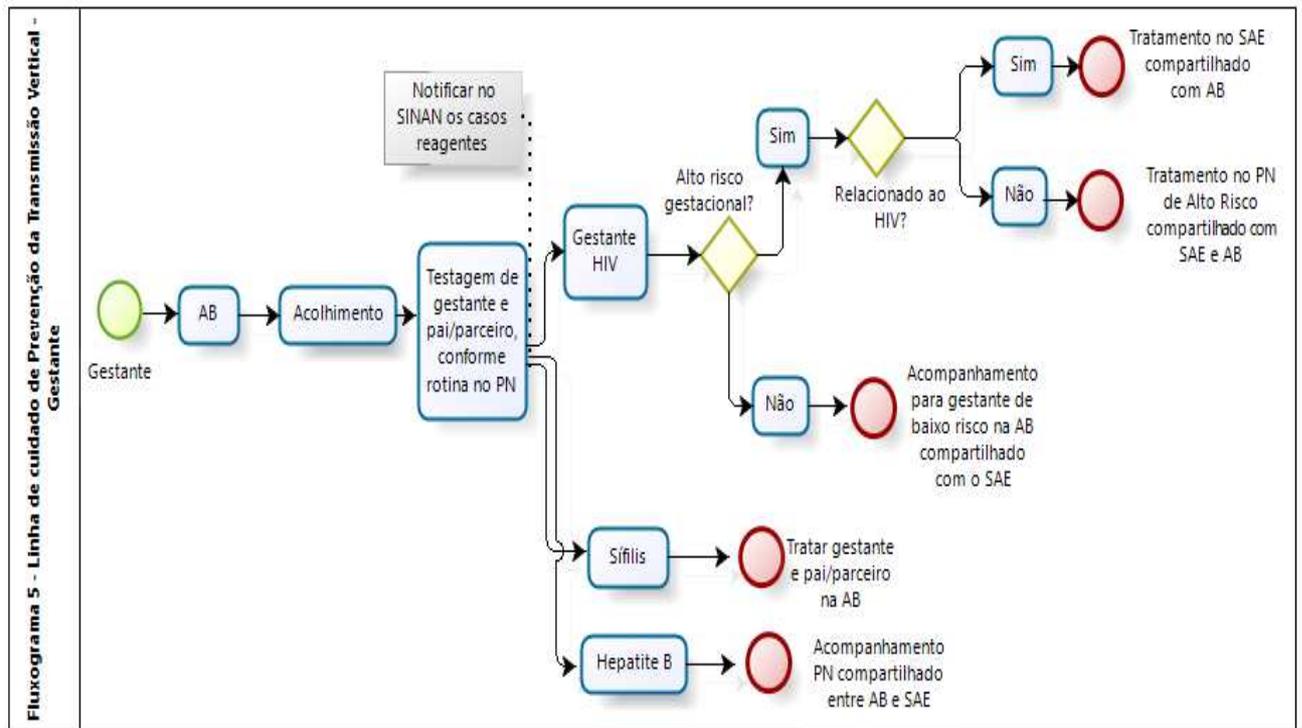


Figura 5. Fluxograma 4 - Linha de Cuidado HIV/Aids - Tratamento na Atenção Secundária

Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



Powered by
bizagi
Modeler

Figura 6. Fluxograma 5 - Linha de Cuidado HIV/Aids - Transmissão vertical - gestante

Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

e Hepatite B

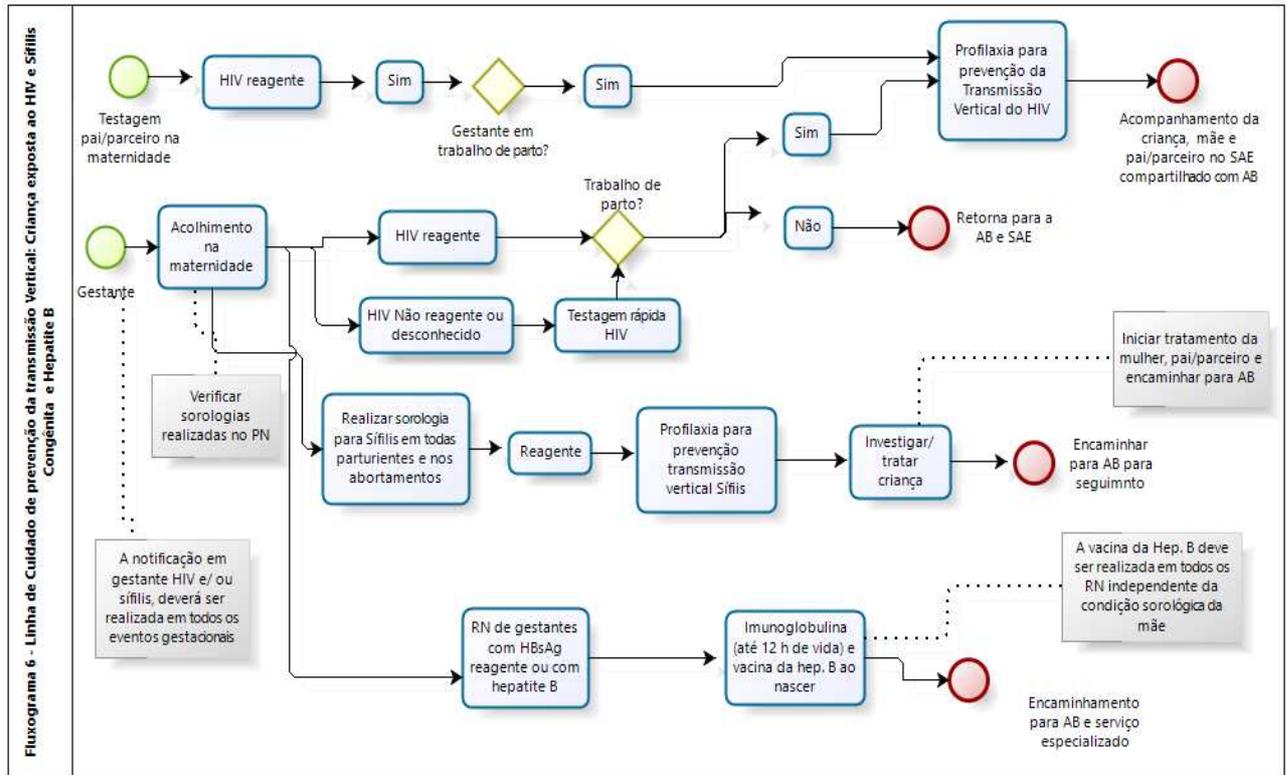


Figura 7. Fluxograma 6 - Linha de Cuidado HIV/Aids - Transmissão vertical: criança exposta ao HIV e Sífilis congênita e Hepatite B

Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

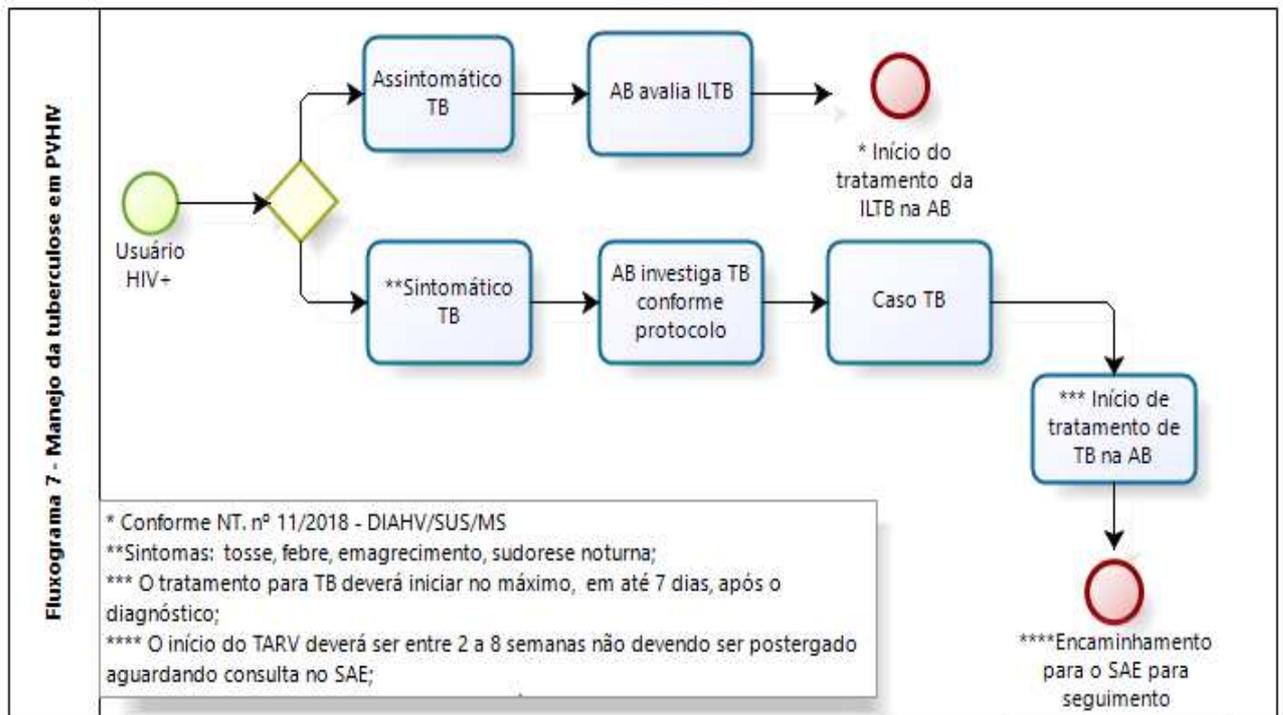


Figura 8. Fluxograma 7 - Linha de Cuidado HIV/Aids - Manejo da tuberculose em PVHIV

Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul