

LINHA DE CUIDADO PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS (PVHA) E OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria de Estado da Saúde
Coordenação Estadual de IST/AIDS
Coordenação Estadual de Atenção Básica

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

LINHA DE CUIDADO PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS (PVHA) E OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

2ª EDIÇÃO



Porto Alegre – RS

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; Ana Lucia Pecis Baggio; Deise da Silva Lentz; Fernanda Torres de Carvalho; Maria Letícia Rodrigues Ikeda; Maria do Carmo Almeida da Silva; Marina Gabriela Prado Silvestre

Colaboradores da 2ª edição: Adriano Caetano Costa; 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 Morais Soares; Fabiane Vargas de Vargas; 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; Maurício Vieira Rodrigues; Nalu Silvana Both; Rachel Cohen; Renata Maria Dotta; Silvana Lopes Garcia da Rosa; Silvana Matos Amaro; Tainá Nicola; Tatiana Heidi Oliveira

1ª edição publicada em 2014 (versão digital)

2ª edição publicada em 2018 (versões impressa e digital)

Parceria

Fundação Médica do Rio Grande do Sul, Contrato 782/2014, Termo Aditivo 559/2018, Projeto SES/AIDS, 1286-6

Revisão textual: Felícia Volkweis

Editoração: Evangraf - (51) 3336.2466

Tiragem: 300 exemplares.

R585p

Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde.
Coordenação Estadual de IST/Aids.

Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) e outras infecções
sexualmente transmissíveis. - Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2018.

49 p. il.

ISBN 978-85-60517-24-4

ISBN 978-85-60517-23-7 e-book

1. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) 2. HIV/AIDS 3. Redes de Atenção à Saúde.
Título.

NLM WC 140

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Notação dos Símbolos de Modelagem de Processos	13
Figura 2 – Linha de Cuidado HIV/Aids – Atenção Básica	19
Figura 3 – Linha de Cuidado HIV/Aids – Outros Pontos de Atenção à Saúde	25
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 – Criança Exposta ao HIV, Sífilis Congênita e Hepatite B.....	31
Figura 8 – Linha de Cuidado HIV/Aids – Manejo da Tuberculose em PVHA.....	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Competências no Cuidado às PVHA nos Diferentes Níveis de Atenção	14
--	----

AB.....	Atenção Básica
ARV.....	Antirretroviral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CTA.....	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV.....	Carga viral
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
DST.....	Doença sexualmente transmissível
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
HAV	Vírus da hepatite A
HV.....	Hepatite viral
ILTB	Infecção latente por tuberculose
IST	Infecção sexualmente transmissível
LC	Linha de cuidado
MS.....	Ministério da Saúde
NAAB.....	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NV	Nascido vivo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia pós-exposição
PN	Pré-natal
PrEP	Profilaxia pré-exposição
PSE	Programa de Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVHA.....	Pessoas vivendo com HIV/Aids
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 Rio Grande do Sul
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
TDO	Tratamento diretamente observado
TR	Teste rápido
UA	Unidade de acolhimento
UD	Usuário de drogas
UDI	Usuário de drogas injetáveis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 Análise Epidemiológica.....	9
2 Redes de Atenção Integral e Estruturação de Linhas de Cuidado em IST/HIV/Aids	11
3 Linha de Cuidado para PVHA e Outras IST no Estado do Rio Grande do Sul.....	13
3.1 Estratificação de Risco: Competências no Cuidado às PVHA 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	26
3.5 Tratamento na Atenção Secundária	27
4 Prevenção da Transmissão Vertical: Gestante e Criança Exposta ao HIV, Sífilis Congênita e Hepatite B	29
5 Atendimento de Situações Específicas.....	33
5.1 Particularidades no Atendimento a Casais Sorodiscordantes	33
5.2 Particularidades no Atendimento a Adolescentes.....	33
5.3 Particularidades no Atendimento às Pessoas Privadas de Liberdade (PPL)....	34
5.4 Particularidades no Atendimento aos Coinfectados por HIV/Aids e Tuberculose..	36
6 Monitoramento	39
7 Leituras Complementares	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	
Anexo A – Acesso ao Diagnóstico na Atenção Básica.....	45
Anexo B – Outros Pontos de Atenção à Saúde.....	46
Anexo C – Tratamento na Atenção Básica	47
Anexo D – Tratamento na Atenção Secundária.....	48
Anexo E – Prevenção da Transmissão Vertical – Gestante	49
Anexo F – Prevenção da Transmissão Vertical – Gestante e Criança Exposta ao HIV, Sífilis Congênita e Hepatite B	50
Anexo G – Particularidades no Atendimento aos Coinfectados por HIV/Aids e Tuberculose.....	51

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 se pressupõe que um conjunto de fatores relacionados a prevenção, acesso ao diagnóstico, tratamento e subtipo viral influencie esse panorama atual.

Frente a esse cenário epidemiológico, a linha de cuidado (LC) para pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) 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 Redes de Atenção à Saúde (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), pessoas transexuais, 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 PVHA, 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 a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde dos usuários com apoio e retaguarda dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE).

Nesse 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), Ambulatórios e Serviços de Atendimento Especializado em HIV/Aids (SAE) como forma de garantir uma resposta mais integral à epidemia. Para que a implantação e a implementação da LC sejam factíveis, 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 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 Rio Grande do Sul disponibiliza, anualmente, informações epidemiológicas através do Boletim Epidemiológico de HIV/Aids e do Informe Epidemiológico da Sífilis, onde podem ser consultadas particularidades do Estado por região de saúde, variáveis de sexo, idade, categoria de exposição, raça/cor e escolaridade. A publicação pode ser acessada através do site: www.saude.rs.gov.br. A presente edição da *Linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras infecções sexualmente transmissíveis* 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.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Nos últimos anos, a taxa de detecção de Aids no Brasil vem apresentando uma redução gradativa, passando de 22,0 casos para cada 100 mil habitantes em 2011 para 18,3 em 2017, 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 2017, a taxa foi de 29,4 para cada 100 mil habitantes, estando 60% dos casos concentrados na capital, no Vale do Gravataí e do Caí, na Região Metropolitana e no Vale dos Sinos. A taxa de mortalidade por Aids vem diminuindo nos últimos anos. No Brasil, em 2017, a taxa nacional foi de 4,8 óbitos para cada 100 mil habitantes, enquanto no RS esse coeficiente foi de 9,0 a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2018a; RIO GRANDE DO SUL, 2018a).

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% nos últimos dez anos,

com 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2017. No Rio Grande do Sul, essa taxa foi de 6,0 por 100 mil habitantes, o segundo lugar entre os demais estados. Enquanto a taxa de casos de HIV em gestantes no Brasil em 2017 foi de 2,8 para cada mil nascidos vivos (NV), no Rio Grande do Sul essa taxa ficou em 9,5 por mil 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, 2018a).

As diretrizes internacionais e nacionais do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) e do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das 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 PVHA 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 DIAHV no ano de 2017 (BRASIL, 2018a).

Esses 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).

Em relação à coinfeção HIV/tuberculose (TB), percebe-se que a TB ativa em PVHA é condição de impacto na mortalidade por Aids e por TB no país. No RS, a cobertura de testagem de HIV entre os usuários com TB está acima de 80%, embora a meta pactuada seja de 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 PVHA 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 quatro semanas, no máximo em oito semanas após o diagnóstico) (BRASIL, 2013a).

Quanto à sífilis adquirida, a taxa de detecção nacional foi de 58,1 casos para cada 100 mil habitantes no ano de 2017. A região Sul registrou 29.169 casos, correspondendo a 24,3% dos casos no país, e no Estado do RS essa taxa foi de 116,2 casos. Com relação à sífilis em gestantes, a taxa nacional foi de 17,2, e no RS a taxa de detecção foi de 25,2 para cada mil nascidos vivos no ano de 2017. 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 2017, foi de 8,6 casos para cada mil NV, sendo que no estado e na capital essa taxa foi de 14,2 e 32,8 casos a cada mil NV respectivamente (BRASIL, 2018b).

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

2

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, em que a equipe de saúde se responsabiliza pelo seu cuidado (BRASIL, 2010a). Na perspectiva das RAS, o sistema se organiza, entre 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* 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/Aids (PVHA) e outras IST, acesse o link: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170208/23110836-1419963216-cibr663-14.pdf>.

LINHA DE CUIDADO PARA PVHA E OUTRAS IST NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

3

Para ilustração da linha de cuidado para PVHA e outras IST, os diagramas apresentados seguem a notação da simbologia empregada pela OMG/BPMN (*Object Management Group/Business Process Model and Notation*) (Figura 1), 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.

Para definir os níveis de atenção mais resolutivos para o cuidado das PVHA, 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.

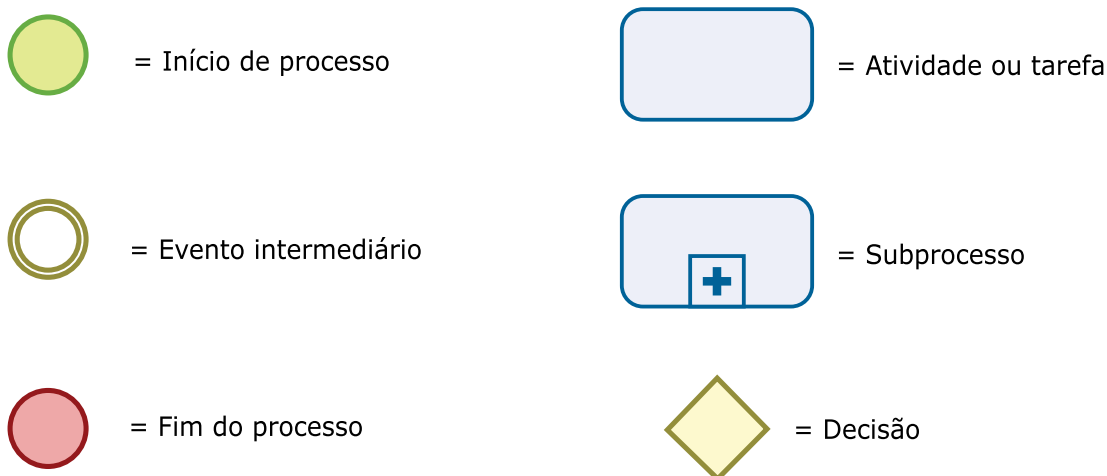


Figura 1 – Notação dos Símbolos de Modelagem de Processos
Fonte: Bizagi Process Modeler Freeware

3.1 Estratificação de Risco: Competências no Cuidado às PVHA 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 a população. - Atualizar o calendário vacinal em todas as idades, conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações. - Notificar no SINAN os casos de HIV, sífilis e hepatites B e C. 	<ul style="list-style-type: none"> Caberá ao CTA (na ausência deste, ao SAE ou Ambulatório Especializado): - 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 a população. - Realizar matriciamento e apoio a 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 e 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 e 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	<p>Soropositivos assintomáticos* (usuários com CD4+ > 200)¹.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar estadiamento e seguimento, conforme <i>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos</i> (BRASIL, 2017a). - Avaliar tratamento da infecção latente de tuberculose (ILTb), conforme Nota Informativa n.º 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 e fortalecendo o vínculo. - Atualizar o calendário vacinal em todas as idades, conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações. - Notificar no SINAN os casos diagnosticados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar matriciamento e apoio às equipes da AB através da educação permanente na temática IST, HIV/Aids. - Realizar apoio à equipe de AB e intervenção em casos imprevistos e/ou urgentes, conforme capacidade instalada e de acordo com <i>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos</i> (BRASIL, 2017a). - 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>O atendimento em nível terciário pode ser necessário. 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 virais.</p> <p>Usuários com CD4+ < 200¹.</p> <p>Usuários que necessitam modificar a terapia antirretroviral já em uso por falhas ou paraefeitos.</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 <i>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos</i> (BRASIL, 2017a). - 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 duas e oito 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento pelo SAE compartilhado com a AB. - Realizar estadiamento e seguimento, conforme <i>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos</i> (BRASIL, 2017a). - Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento. - Após estabilização clínica (dois resultados de CV indetectáveis consecutivos com pelo menos seis meses de distância entre eles e CD4+ >200) e/ou clinicamente estável, o cuidado é reassumido pela AB. 	<p>O atendimento em nível terciário pode ser necessário. No caso de internação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar ao serviço de saúde do território de origem do usuário que ele 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. - 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	Soropositivos sintomáticos necessitando de suporte clínico imediato* (independentemente do CD4).	<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 LC. - 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 LC. 	<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 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 <i>Atenção ao pré-natal de baixo risco</i> (BRASIL, 2013b). - 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 <i>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais</i> (BRASIL, 2017d). - 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 <i>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais</i> (BRASIL, 2017d).

S/E**	<p>Crianças expostas ao HIV.</p> <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 <i>Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento</i> (BRASIL, 2012). - 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 <i>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes</i> (BRASIL, 2017b). - 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 <i>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais</i> (BRASIL, 2017d). - 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.
S/E**	<p>Crianças e adolescentes portadores de HIV/Aids.****</p> <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 <i>Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento</i> (BRASIL, 2012). - 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 <i>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes</i> (BRASIL, 2017b). - Orientar e acompanhar adesão ao tratamento. - 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"> - 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, 2017a).

** Sem estratificação.

*** Gestaçã de alto risco: vide Anexo E.

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

¹ Para fins de notificação de Aids no SINAN, mantém-se o critério CDC Adaptado de CD4 <350.

Quadro 1 – Competências no Cuidado às PVHA nos Diferentes Níveis de Atenção

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

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.

gilizam ou tornam a pessoa vulnerável ao adoecimento pelo conjunto de aspectos de sua vida particular e coletiva, pelo contexto socioeconômico 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

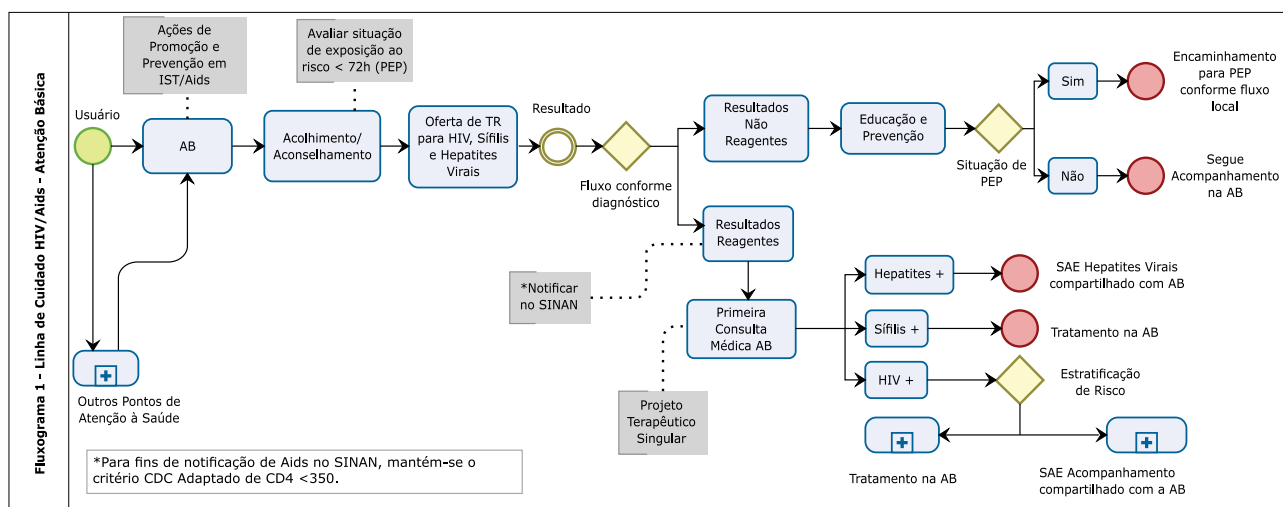


Figura 2 – Fluxograma 1: Linha de Cuidado HIV/Aids – Atenção Básica
Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

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, 2006).

No que diz respeito a IST/HIV/Aids, é necessário identificar condições que fra-

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 homens (HSH), parcerias sorodiscordantes para HIV e pessoas trans. 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 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://bvsmms.>

saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf)

A testagem para IST/HIV/HV na AB deve ser ofertada a toda a 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, 2006).

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 e 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, 2006).

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

- **TR de sífilis (treponêmicos):** são testes de triagem e necessitam de outros exames (não treponêmicos) para confirmação do diagnóstico. As gestantes com TR reagente para sífilis, sem histórico de tratamento, devem ter seu tratamento iniciado **imediatamente** com penicilina benzatina (BRASIL, 2017a). 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.º 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 este já tiver iniciado. A vacina contra hepatite B é universal, não tendo restrições de idade.

Os usuários coinfectados HIV/hepatite crônica B ou C devem ser encaminha-

dos ao 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 imunoensaios 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 nesse 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 religiosa e uso de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2006).

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 PVHA. Os profissionais devem ser capacitados para investigar sintomas sugestivos de TB (febre, tosse, sudorese noturna e emagrecimento) em todas as consultas das PVHA, para 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.

É importante reforçar que casos de 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 (SINAN), pois são doenças de notificação compulsória, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação n.º 4, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017c).

Todos os usuários com resultados reagentes devem ser encaminhados para a **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. O risco não é apenas clínico, mas 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 da 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 a 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, 2014).

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 especialis-

tas, 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 a IST/HIV/Aids e a ampliação dos fatores de proteção (BRASIL, 2014).

3.3 Outros Pontos de Atenção à Saúde

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

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 extramuros e na vinculação e retenção dos usuários vivendo com HIV.

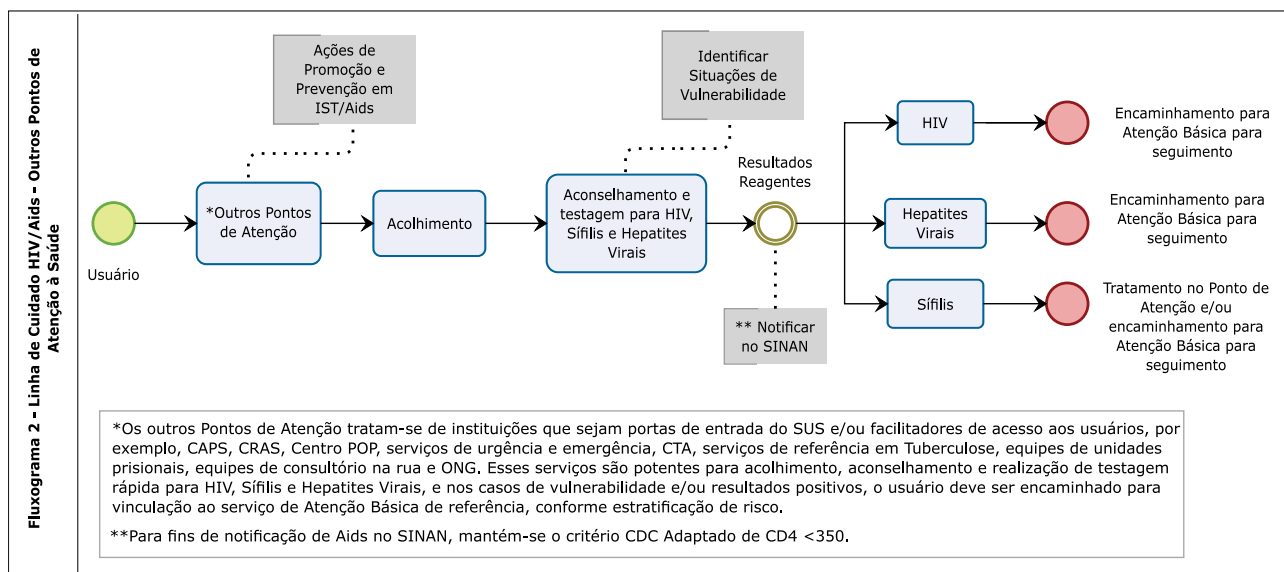


Figura 3 – Fluxograma 2: Linha de Cuidado HIV/Aids – Outros Pontos de Atenção à Saúde
 Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

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, 2017f).

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 diagnósti-

co 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 (propedêuticas 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 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são dispositivos importantes para trabalhar questões ligadas ao seu processo de cuidado com relação às IST/HIV/Aids com

os usuários e 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, ilustra a recomendação do tratamento do usuário HIV positivo na AB.

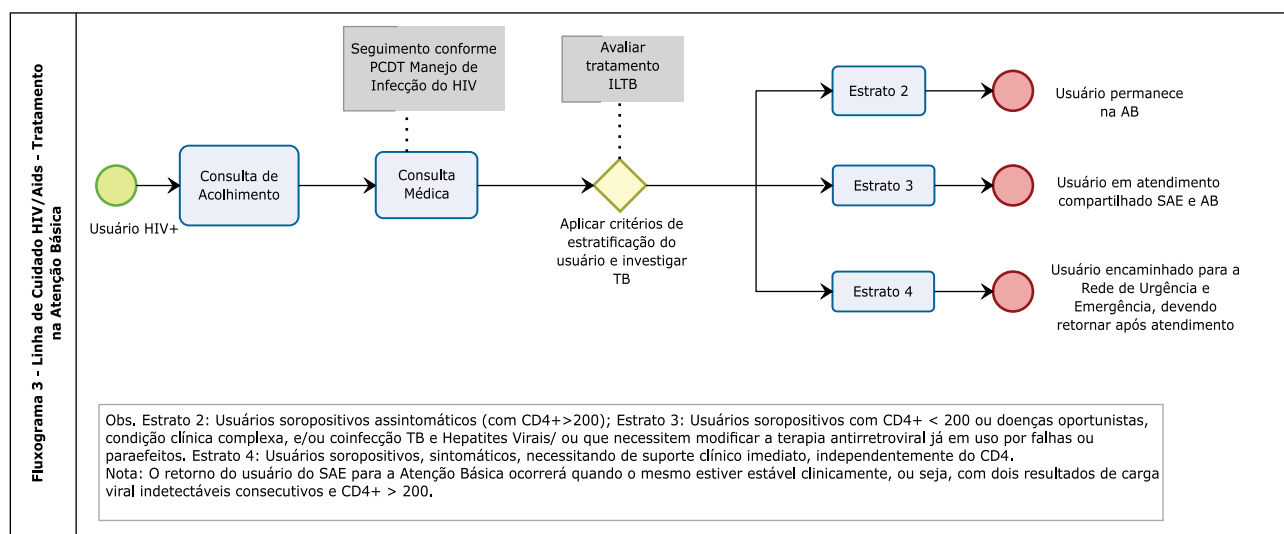


Figura 4 – Fluxograma 3: Linha de Cuidado HIV/Aids – Tratamento na Atenção Básica
Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

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 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, 2017a). 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 relevância da tomada contínua e correta do medicamento, a fim de atingir adequada supressão da replicação virológica (BRASIL, 2017a).

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, 2013a).

3.5 Tratamento na Atenção Secundária

A Figura 5, a seguir, ilustra o fluxograma para o tratamento do usuário HIV positivo na Atenção Secundária.

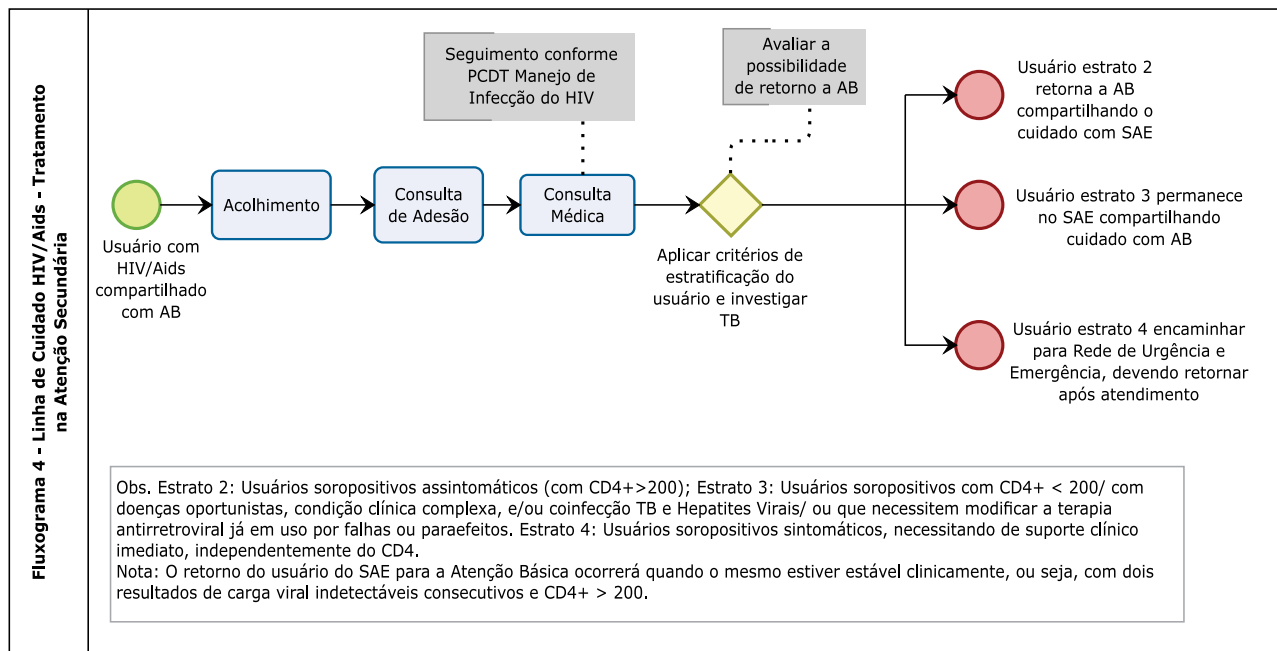


Figura 5 – Fluxograma 4: Linha de Cuidado HIV/Aids – Tratamento na Atenção Secundária

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

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 nessa 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 (BRASIL, 2017a, 2017b). O retorno do usuário do SAE para a Atenção Básica ocorrerá quando ele estiver estável clinicamente, ou seja, com dois resultados de cargas virais indetectáveis consecutivos em intervalo de 60 meses, CD4+ > 200 e/ou clinicamente estável. 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 terapêu-

tica, 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 a fim de intensificar o trabalho de adesão ao tratamento com o usuário (BRASIL, 2013a).

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.

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL: GESTANTE E CRIANÇA EXPOSTA AO HIV, SÍFILIS CONGÊNITA E HEPATITE B

4

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 de HIV, sífilis congênita e hepatite B (figuras 6 e 7).

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

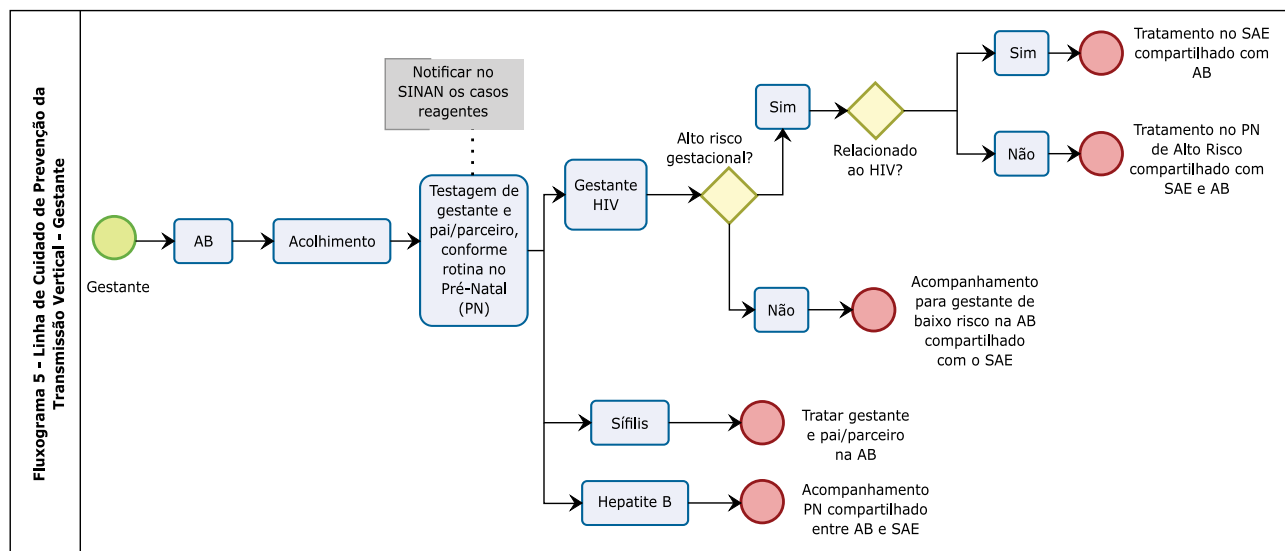


Figura 6 – Fluxograma 5: Linha de Cuidado HIV/Aids – Transmissão Vertical – Gestante
Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

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. importante para captar esses sujeitos, testá-los e aconselhá-los. Através dessa

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 acompanhamen-

to 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, 2012).

No que se refere à sífilis congênita, a Atenção Básica cumpre papel imprescindível em seu controle e prevenção, devendo garantir o acolhimento e 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 n.º 3.161/2011, pela Nota Técnica COFEN/CTLN n.º 03/2017 e pelo *PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais* (BRASIL, 2017d).

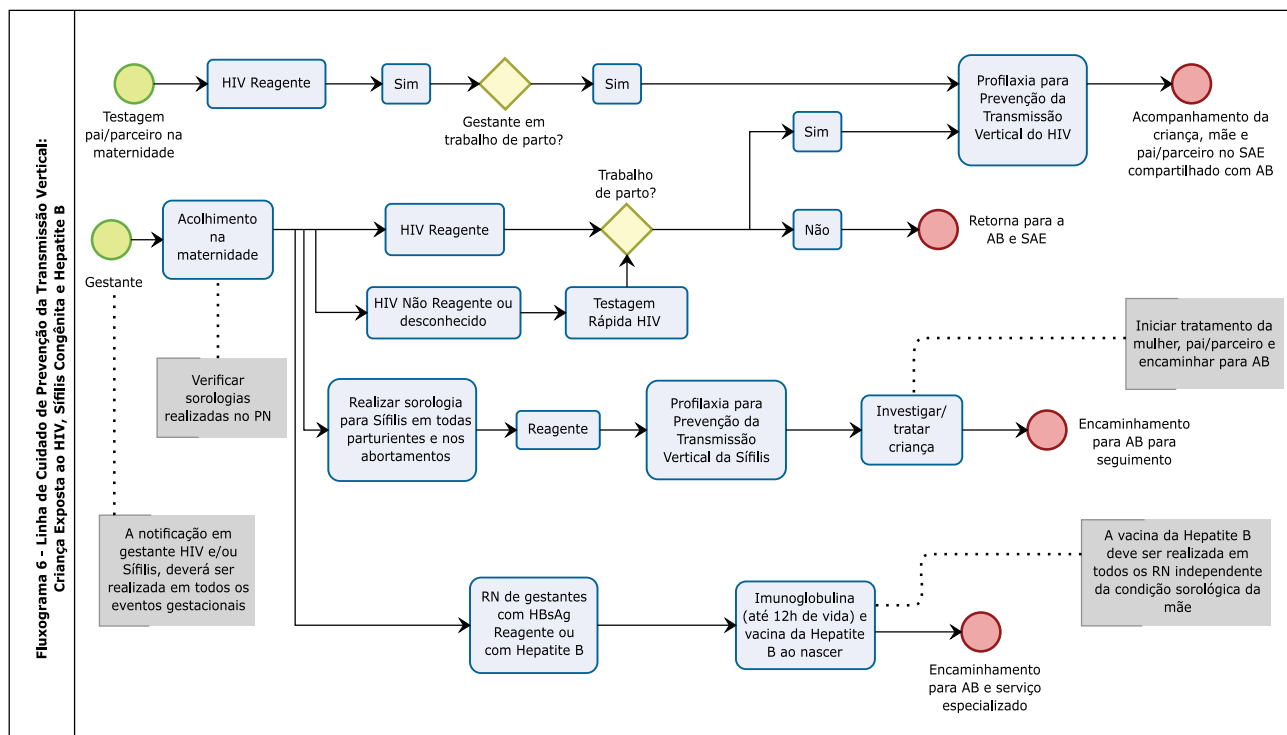


Figura 7 – Fluxograma 6: Linha de Cuidado HIV/Aids – Transmissão Vertical – Criança Exposta ao HIV, Sífilis Congênita e Hepatite B

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, 2017d). 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 n.º 01/2018 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, 2017d).

Considerando a possibilidade de transmissão de HIV durante o período de aleitamento materno, destaca-se a necessidade de 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. 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 n.º 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, 2017a). 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. Se o resultado for negativo, a Atenção Básica reassume o caso em sua integralidade; se o

resultado for 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 esse mesmo protocolo, iniciando imediatamente o tratamento na mulher e em seu parceiro e encaminhando-os para seguimento na Atenção Básica. Além disso, deve-se investigar e tratar a criança exposta ao *Treponema pallidum* e encaminhá-la 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* (BRASIL, 2017d).

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://bvsms.](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_therapeuticas_profilaxia_exposicao_HIV_IST_hepatites_virais.pdf)

[saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_therapeuticas_profilaxia_exposicao_HIV_IST_hepatites_virais.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_therapeuticas_profilaxia_exposicao_HIV_IST_hepatites_virais.pdf)) e o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV* (<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>).

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 precisam ser consideradas, no que diz respeito à forma e à idade em 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 são 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, 2017b).

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 n.º 1.865/1996 do Conselho

Federal de Medicina e no Parecer Técnico PN-DST-Aids, de 7 de maio de 1997, no qual a testagem e a 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 duas a dez 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 (PRELLWITZ et. al., 2013). São diversos os fatores de risco adicionais que influenciam a incidência de doenças nesses ambientes, entre 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. Nesse contexto, entende-se como prioritário o fortalecimento da linha de cuidado quanto às especificidades dos cuidados às pessoas privadas de liberda-

de, para o alcance das metas 90-90-90 e zero discriminação como resposta à epidemia do HIV nas prisões.

a) 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 LC em relação a 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 disponi-

bilização 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 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 microbactérias 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

apenados com má adesão. Portanto é fundamental a identificação e o 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 devem ser realizados 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 de os profissionais de saúde envolvidos no cuidado orientarem a PPL quanto ao serviço de referência para continuidade de tratamento após saída do sistema prisional.

b) Recomendações para estabelecimentos prisionais sem Equipes de Atenção Básica de Saúde Prisional e para pessoas privadas de liberdade em regime semiaberto

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 semiaberto, o atendimento da pessoa vivendo com HIV/Aids deve seguir os fluxos de atendimento da LC das PVHA. Nesse contexto, ressalta-se a importância do acesso aos serviços e da 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 a confidencialidade, o respeito aos direitos humanos, além de proporcionar acesso a todos os meios e as tecnologias assistenciais existentes.

5.4 Particularidades no Atendimento aos Coinfectados por HIV/Aids e Tuberculose

As PVHA 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, 2017a).

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 bacilos-

copia 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, que 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:

- a) realização da prova tuberculínica (PT) (Reação de Mantoux) e acesso ao tratamento da infecção latente da tuberculose (ILTB), conforme Nota Técnica n.º 11/2018-DIAHV/SVS/MS (BRASIL, 2018c);
- b) diagnóstico precoce da tuberculose ativa e tratamento imediato, preferencialmente através do tratamento diretamente observado (TDO), que deverá ser ofertado e pactuado com o paciente;
- c) em caso de usuários que não iniciaram TARV, iniciar o tratamento entre duas e oito 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. Nesses 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, independentemente do 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/Aids.

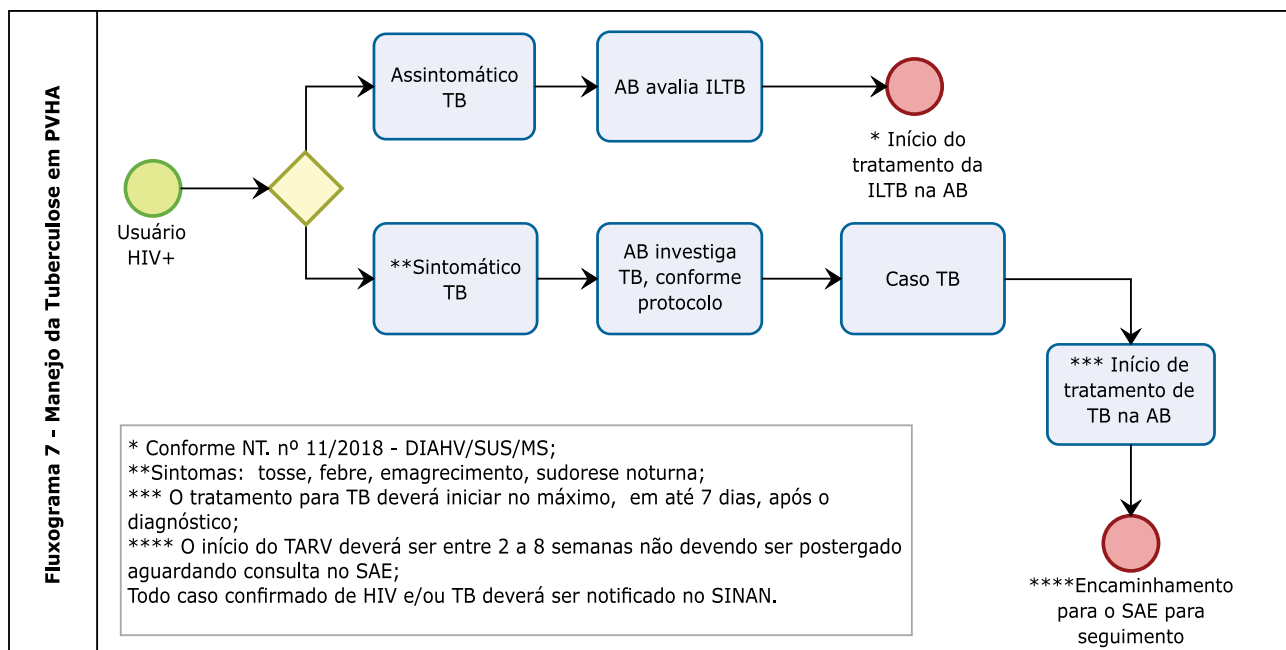


Figura 8 – Fluxograma 7: Linha de Cuidado HIV/Aids – Manejo da Tuberculose em PVHA
 Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

O paciente coinfetado TB-HIV/Aids deverá ser abordado, sempre que possível, por uma equipe multidisciplinar, garantindo 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.

A Coordenação Estadual de IST/Aids realiza monitoramento anual da LC das PVHA 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 TB-HIV; além de implantação e implementação de tecnologias de prevenção e vigilância.

A análise desse instrumento possibilita o diagnóstico acerca da estrutura dos serviços municipais de HIV/Aids e evidencia os avanços e desafios na implantação e 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.

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

- 5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica – Guia para gestores, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>
- Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hiv-aids-na-atencao-basica>.
- Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica – Manual para a equipe multiprofissional, 2015. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/80_91f4edca7e2dcfdc8179d1e244c34fc5
- Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde, 2016. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf
- Prevenção Combinada do HIV - Sumário Executivo, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-sumario-executivo>
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_hepatite_c_coinfeccoes.pdf
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST, Hepatites Virais, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>

BELO HORIZONTE. Coordenação Municipal de DST/Aids. *Protocolo de atendimento sindrômico das intercorrências clínicas em HIV/Aids*. Belo Horizonte: CM-DST/Aids, 2012.

BLANC, F. X. et al. Earlier versus Later Start of Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Adults with Tuberculosis. *New England Journal of Medicine*, v. 20, n. 16, p. 1471-81, Oct. 2011.

BRASIL. *Estatuto da criança e do adolescente*. 7. ed. Brasília: Câmara de Deputados, 2010b. (Série Legislação, n. 25).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 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. 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, 2013b. (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. *Cadernos de Atenção Básica: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*, Brasília, v. 1, n. 39, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *HIV/Aids, hepatites e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Mi-

nistério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

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, 2017e.

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, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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, 2015b.

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, 2017d.

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 pelo HIV em Adultos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

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 pelo HIV em Crianças e Adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

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 (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017f.

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 2018*, Brasília, ano VI, n. 1, 2018a.

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 2018*, Brasília, v. 49, n. 45, 2018b.

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, 2018c.

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, 2013a.

BRASIL. Portaria de Consolidação n.º 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2017c.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. 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.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – CO-

FEN. *Nota Técnica Cofen/CTLN nº 03/2017*. Brasília: Cofen, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *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).

PRELLWITZ, I. M. HIV behind Bars: Human Immunodeficiency Virus Cluster Analysis and Drug Resistance in a Reference Correctional Unit from Southern Brazil. *PLoS ONE*, v. 8, n. 7, e69033, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Ações em Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Nota Técnica n.º 02/2015*. 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. Porto Alegre: DAS/SES, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. *Nota Técnica 01/2016*. Dispõe sobre a distribuição da formula láctea infantil para crianças expostas ao HIV até os 12 meses de idade. Porto Alegre: SES, 2018a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. *Nota Técnica 01/2018*. Dispõe sobre a realização de testagem rápida de HIV e exame para sífilis em 100% das gestantes/parturientes, pai/parceiro, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, independente de internação pelo Sistema Único de Saúde, sistema privado ou outros convênios. Porto Alegre: SES, 2018b.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de IST/Aids. *Boletim epidemiológico: HIV/Aids 2018*, Porto Alegre, 2018a

ANEXO A – Acesso ao Diagnóstico na Atenção Básica

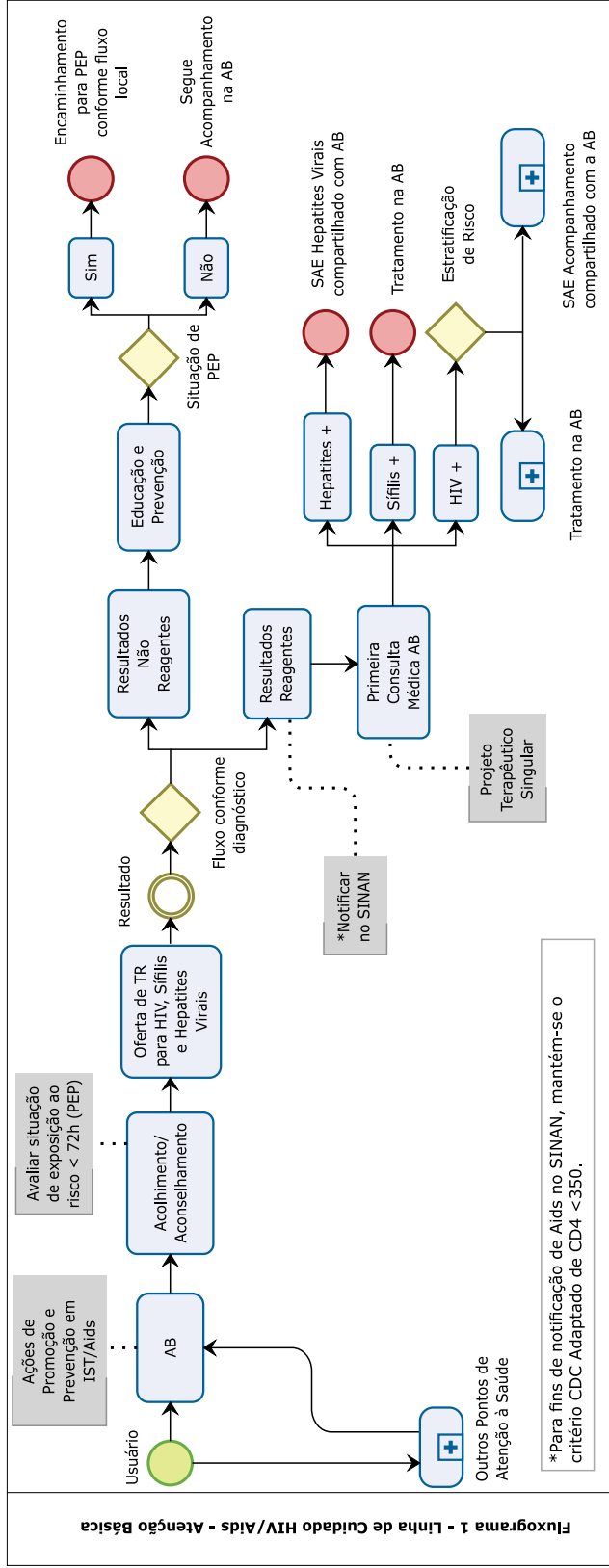


Figura 2 – Fluxograma 1: Linha de Cuidado HIV/Aids – Atenção Básica
Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

ANEXO B – Outros Pontos de Atenção à Saúde

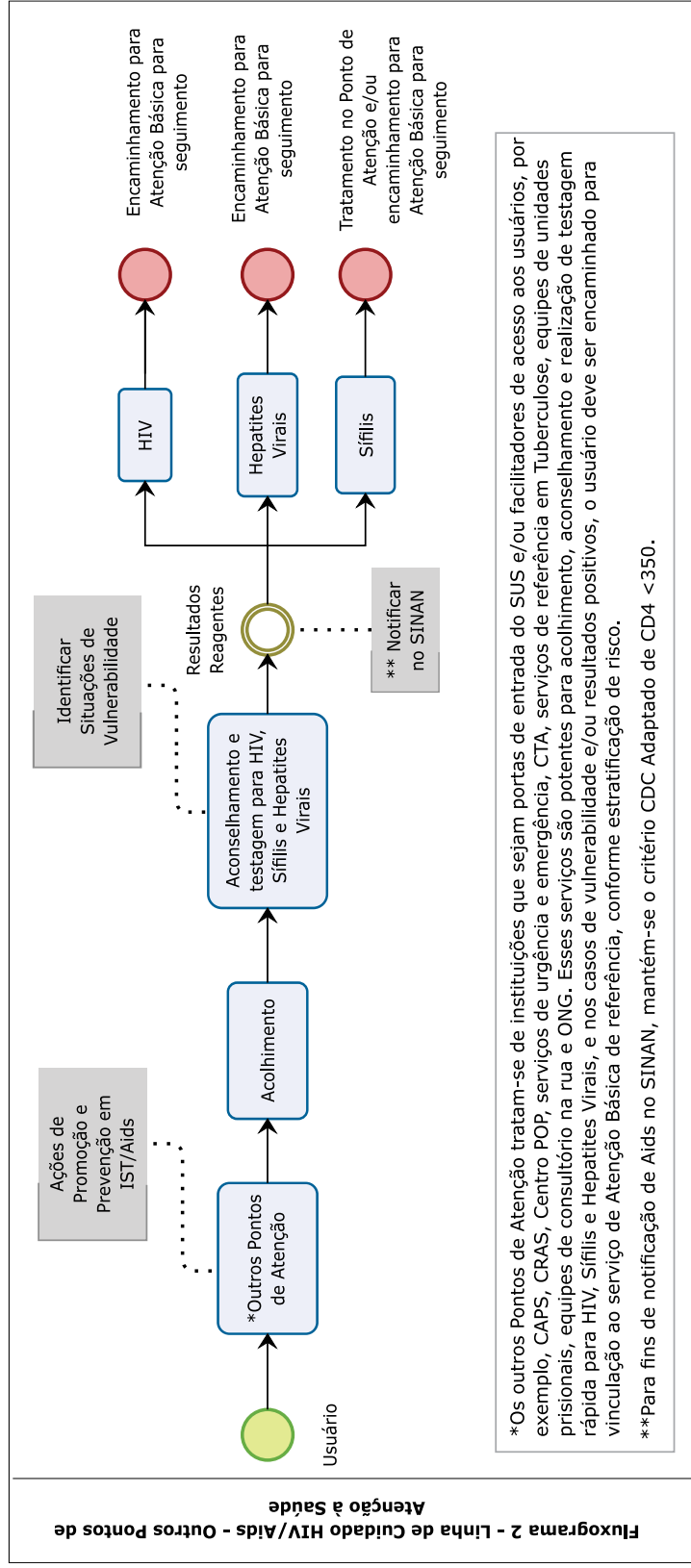


Figura 3 – Fluxograma 2: Linha de Cuidado HIV/Aids – Outros Pontos de Atenção à Saúde
 Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

ANEXO C – Tratamento na Atenção Básica

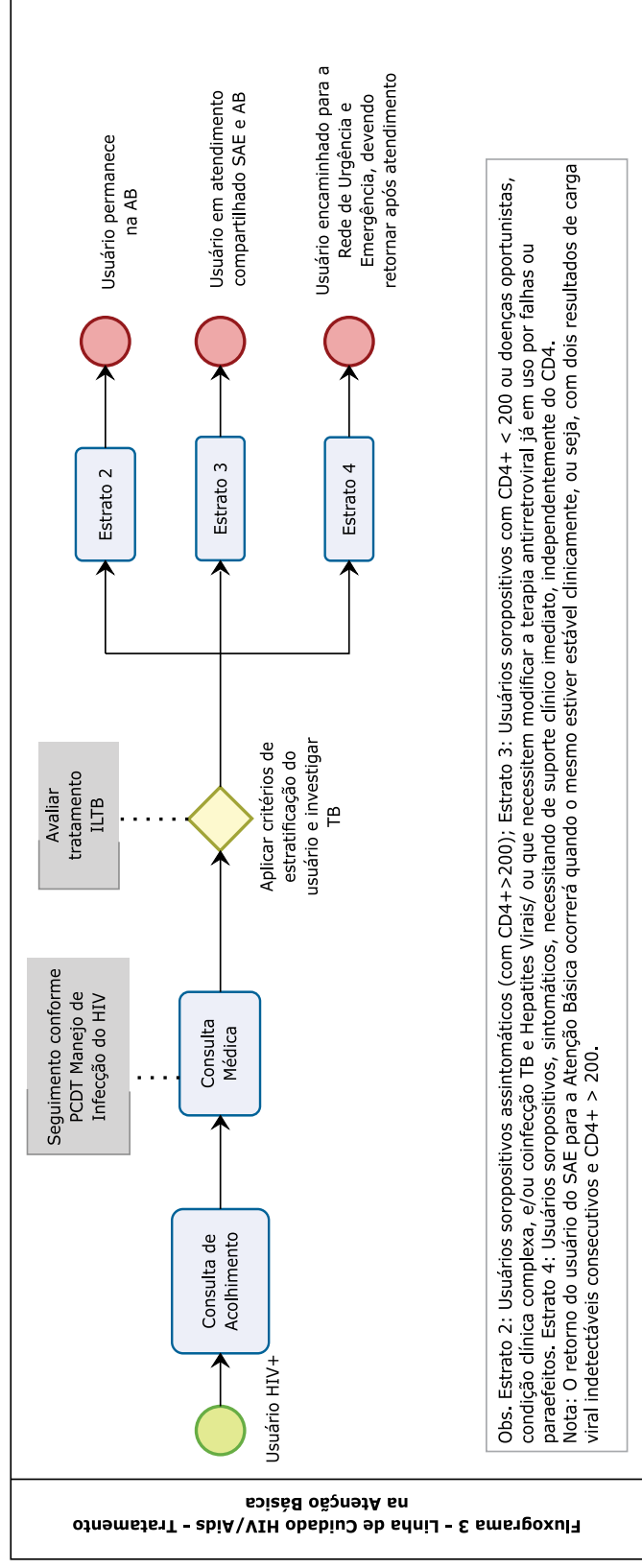


Figura 4 – Fluxograma 3: Linha de Cuidado HIV/Aids – Tratamento na Atenção Básica
 Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

ANEXO D – Tratamento na Atenção Secundária

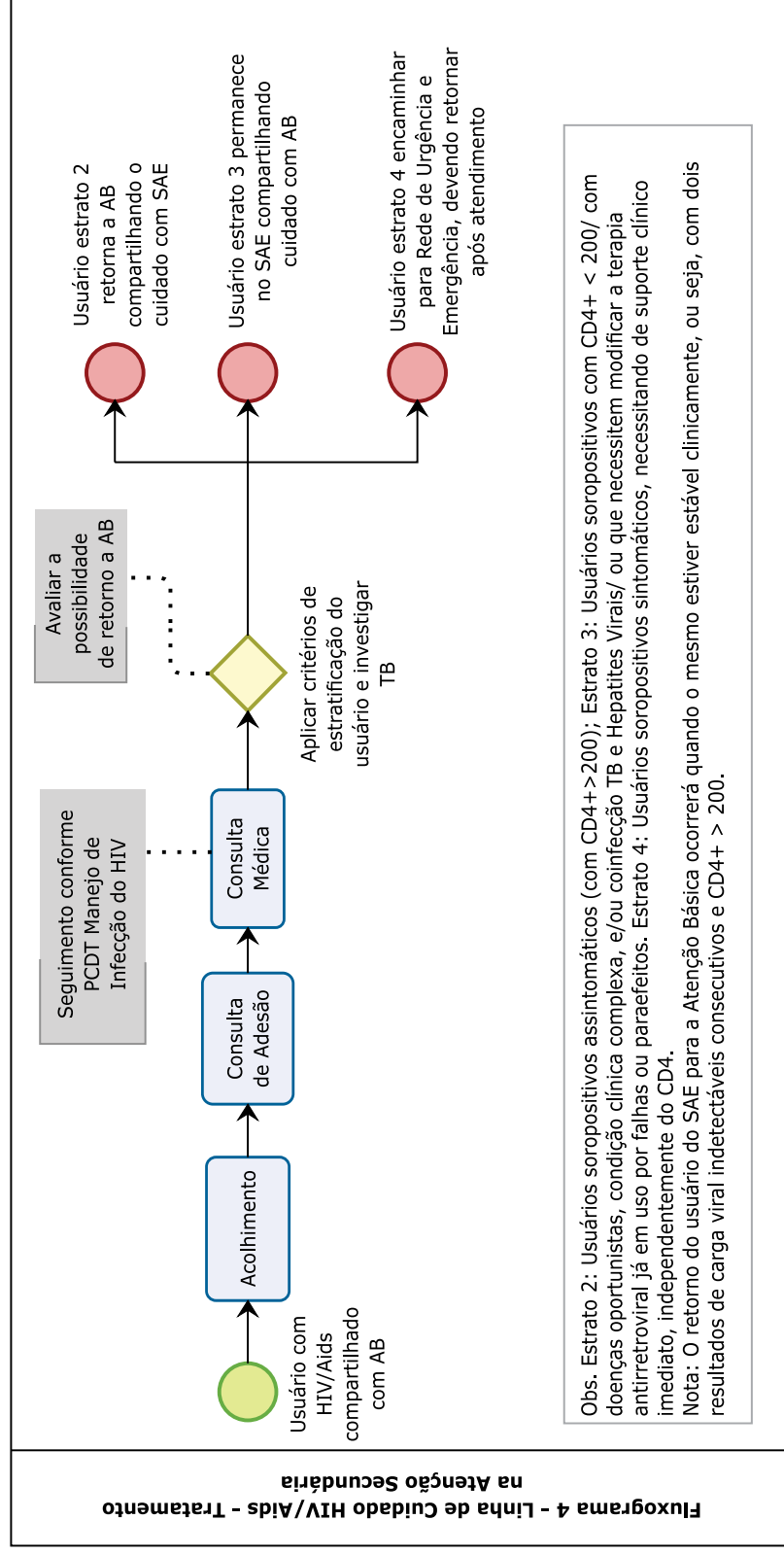


Figura 5 – Fluxograma 4: Linha de Cuidado HIV/Aids – Tratamento na Atenção Secundária
 Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

ANEXO E – Prevenção da Transmissão Vertical – Gestante

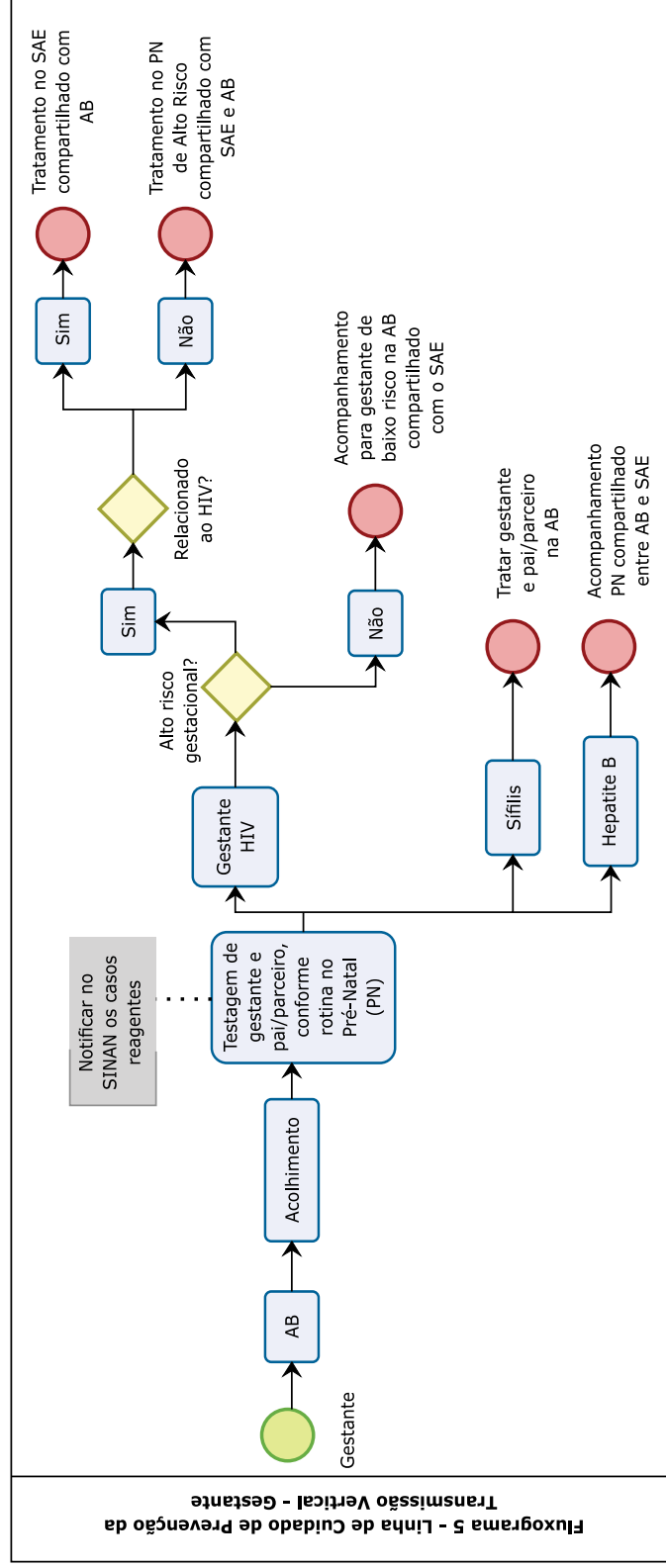


Figura 6 – Fluxograma 5: Linha de Cuidado HIV/Aids – Transmissão Vertical – Gestante
 Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

ANEXO F – Prevenção da Transmissão Vertical – Gestante e Criança Exposta ao HIV, Sífilis Congênita e Hepatite B

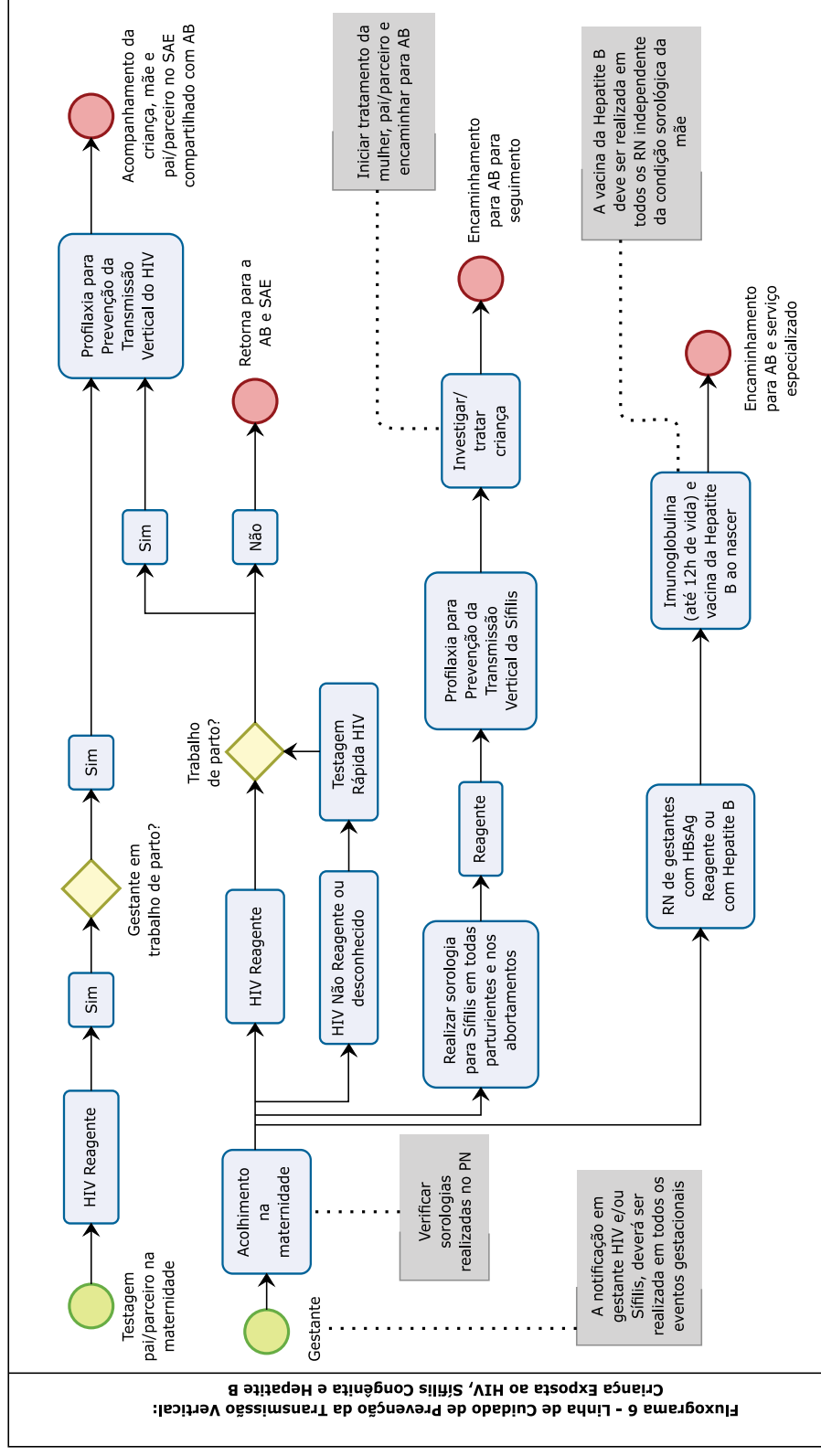


Figura 7 – Fluxograma 6: Linha de cuidado HIV/Aids – Transmissão Vertical – Criança Exposta ao HIV, Sífilis Congênita e Hepatite B
Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

ANEXO G – Particularidades no Atendimento aos Coinfectados por HIV/Aids e Tuberculose

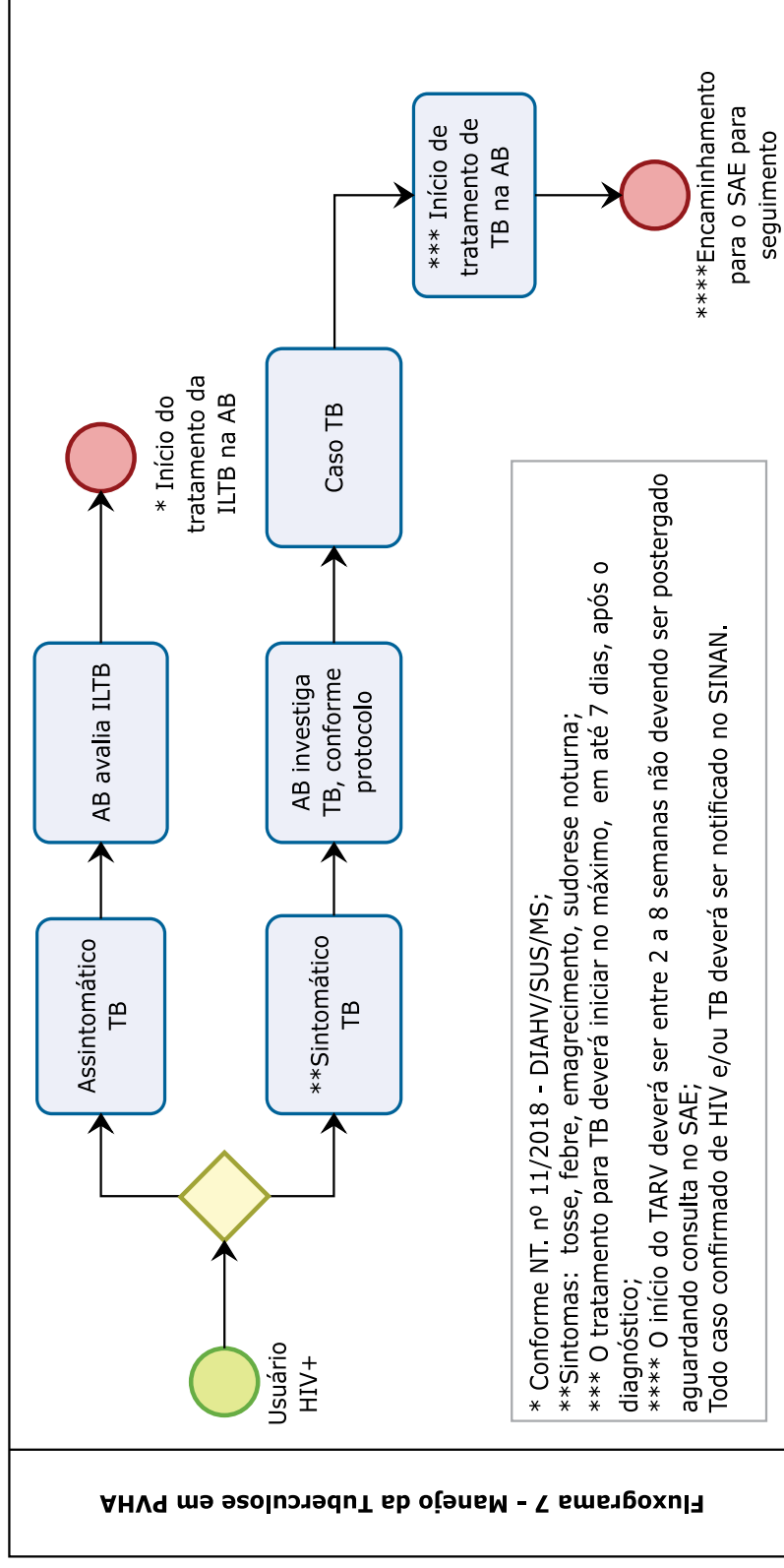


Figura 8 – Fluxograma 7: Linha de Cuidado HIV/Aids – Manejo da Tuberculose em PVHA
 Fonte: Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul

