

MINISTÉRIO DA SAÚDE



**CINCO PASSOS PARA A
PREVENÇÃO COMBINADA AO
HIV NA ATENÇÃO BÁSICA**



Brasília - DF
2017





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



**CINCO PASSOS PARA A
PREVENÇÃO COMBINADA AO
HIV NA ATENÇÃO BÁSICA**

A horizontal bar with six colored segments: purple, red, yellow, green, blue, and dark blue.

Brasília - DF
2017



2017 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição - 2017 - 30.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

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
SAF Sul Trecho 2, Bloco F, Torre 1, Edifício Premium
CEP: 70070-600 - Brasília /DF
Site: www.aids.gov.br
E-mail: aids@bvs.gov.br

Edição:

Assessoria de Comunicação (ASCOM)
Alexandre Magno de Aguiar Amorim
Nágila Rodrigues Paiva

Revisão:

Angela Gasperin Martinazzo

Projeto Gráfico:

Milena Hernández Bendicho

Organização e Elaboração:

Adele Schwartz Benzaken
Alessandro Ricardo Cunha
Ana Francisca Kolling
Ana Luísa Nepomuceno Silva
Ana Mônica de Mello
Cintia Clara Guimarães da Silva
Deuzíria de Carvalho Soares
Elizabeth Moreira dos Santos
Fernanda Borges Magalhães
Gerson Fernando Mendes Pereira
Inocência Maria Parizi Negrão
Irene Smidt Valderrama
Juliana Uesono
Leonardo Ferreira de Almeida
Maira Taques dos Santos Christ
Márcia Rejane Colombo
Marihá Camelo Madeira de Moura
Mayara Zenni Zin
Paula Emília Adamy
Rafaela Mendes Medeiros
Rodrigo Favero Clemente
Ronneyla Nery Silva

Apoio financeiro:

Organização Mundial da Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Normalização:

Delano de Aquino Silva - Editora MS/CGDI

Equipe Técnica:

Adele Schwartz Benzaken
Alessandro Ricardo Cunha
Alessana Sposito Tresse
Alicia Krüger
Ana Francisca Kolling
Ana Luísa Nepomuceno Silva
Ana Mônica de Mello
Ana Roberta Pati Pascom
Carina Bernardes
Cintia Clara Guimarães da Silva
Clarissa Habckost Dutra de Barros
Damiana Bernardo de Oliveira Neto
Denise Serafim
Diego Agostinho Callisto
Elsiane Pasini
Elizabeth Moreira dos Santos
Fernanda Borges Magalhães
Francisca Lidiane Sampaio Freitas
Gerson Fernando Mendes Pereira
Gilvane Casimiro
Inocência Maria Parizi Negrão
Irene Smidt Valderrama
Ivo Ferreira Brito
Juliana Uesono
Kauara Rodrigues Dias Ferreira
Leonardo Ferreira de Almeida
Liliana Pittaluga Ribeiro
Maira Taques dos Santos Christ
Marcelo Araújo de Freitas
Márcia Rejane Colombo
Maria Vitória Ramos Gonçalves
Marihá Camelo Madeira de Moura
Mariana Jorge de Queiroz
Mariana Veloso Meireles
Mauritânia Fernandes Côelho Pereira
Mayara Zenni Zin
Pâmela Cristina Gaspar
Paula Emília Adamy
Rafaela Mendes Medeiros
Regina Aparecida Comparini
Rodrigo Favero Clemente
Ronneyla Nery Silva
Rosana Elisa Gonçalves Pinho
Sílvia Giugliani
Tainah Dourado de Miranda Lobo
DAB/SAS/MS
DEGES/SGTES/MS

Ficha Catalográfica

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.

Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica / 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. - Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

60 p. : il.

ISBN

1. HIV. 2. Prevenção. 3. Atenção Básica. I. Título.

CDU 616.98:578.828

Catalogação na fonte - Coordenação-Geral de Documentação e Informação - Editora MS - OS 2017/0245

Título para indexação:

Five steps to combined prevention to HIV in Primary Care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Prevenção combinada ao HIV	12
Figura 2 - 5 passos possíveis para a prevenção combinada ao HIV na AB.....	16
Figura 3 - Implantação/implementação do TR-HIV nos serviços da Atenção Básica	24
Figura 4 - Fluxo de seguimento de oferta da PEP.....	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Componentes da prevenção combinada ao HIV.....	10
Quadro 2 - Populações-chave para uma resposta efetiva ao HIV	14
Quadro 3 - Orientações pré e pós teste.....	25
Quadro 4 - Ações de aconselhamento pré-TARV.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARV	Antirretroviral
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CnR	Consultório na Rua
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga Viral
DAB	Departamento de Atenção Básica
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
eAB	equipes de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFR	Equipes de Saúde da Família Ribeirinha
GT	Grupo de Trabalho
HV	Hepatites Virais
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV/Aids

PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids
Siclom	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
Siscel	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
Qual o modelo atual de prevenção ao HIV/aids?.....	9
Quais as populações mais afetadas?	12
Quais ações desenvolver na linha de cuidado da Atenção Básica?	16
 1º passo - Realizar diagnóstico local.....	17
 2º passo - Realizar ações de prevenção clássica	19
 3º passo - Ofertar testagem	22
Teste rápido por fluido oral.....	28
Notificação dos casos de HIV, sífilis, hepatites B e C.....	29
Realização de testagem de outras IST	31
Prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis....	32
 4º passo - Ofertar PEP	33
Acolhimento para PEP.....	36
Avaliação de risco	36
Investigação sorológica da pessoa exposta ao HIV e da pessoa fonte.....	38
Prescrição de PEP.....	38
Acompanhamento clínico-laboratorial	39
Medidas para adesão à PEP	40

5º passo - Tratamento para todas as pessoas	41
Outros aspectos que devem ser considerados.....	46
Perguntas orientadoras.....	50
REFERÊNCIAS	52
BIBLIOGRAFIA	57

APRESENTAÇÃO

Qual o modelo atual de prevenção ao HIV/aids?

As ações da Atenção Básica à Saúde estão pactuadas e expressas na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2011) e consideram o sujeito do cuidado e da atenção em sua integralidade e complexidade sociocultural. Para tal, a PNAB estabelece que devem ser conjugadas ações de promoção e prevenção da saúde e tratamento de doenças, bem como a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável.

Essa mesma abordagem é adotada desde o início pela resposta brasileira ao HIV/aids, que se constitui, a exemplo da PNAB, em um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde das pessoas em relação ao vírus HIV.

Partindo-se dessa perspectiva de integralidade das ações de saúde, o Ministério da Saúde adota como estratégia para a prevenção ao HIV/aids a Prevenção Combinada, que consiste na conjugação de diferentes medidas de prevenção baseadas em intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Assim, essa estratégia de prevenção faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e socioestrutural) aplicadas em múltiplos níveis (individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário, social) para responder a necessidades específicas de determinados públicos e de determinadas formas de transmissão do HIV (UNAIDS, 2010). O Quadro 1 apresenta os diferentes componentes dessa estratégia:

Quadro 1 – Componentes da prevenção combinada ao HIV

CATEGORIA	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS DE AÇÕES
Intervenções biomédicas	São estratégias voltadas à redução do risco de exposição, mediante intervenção na interação entre o HIV e a pessoa passível de ser infectada. Essas estratégias podem ser divididas em dois grupos: intervenções biomédicas clássicas, que empregam métodos de barreira física ao vírus, já largamente usados no Brasil; e intervenções biomédicas baseadas no uso do antirretroviral (ARV).	Distribuição de preservativos masculinos e femininos; distribuição de gel lubrificante; oferta de testagem; tratamento para todas as pessoas; Profilaxia Pós-Exposição (PEP); Profilaxia Pré-Exposição (PrEP); tratamento das infecções sexualmente transmissíveis - IST; imunização.
Intervenções comportamentais	São estratégias que contribuem para o aumento da informação e da percepção do risco à exposição ao HIV e para sua consequente redução, mediante incentivos a mudanças de comportamento do indivíduo e da comunidade ou grupo social em que está inserido.	Incentivo ao uso de preservativos masculinos e femininos; Aconselhamento ao HIV/ aids e outras IST; incentivo à testagem; adesão às intervenções biomédicas; vinculação e retenção aos serviços de saúde; redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas; estratégias de comunicação e educação entre pares; campanhas de prevenção em HIV e outras IST.

Continua

Continuação

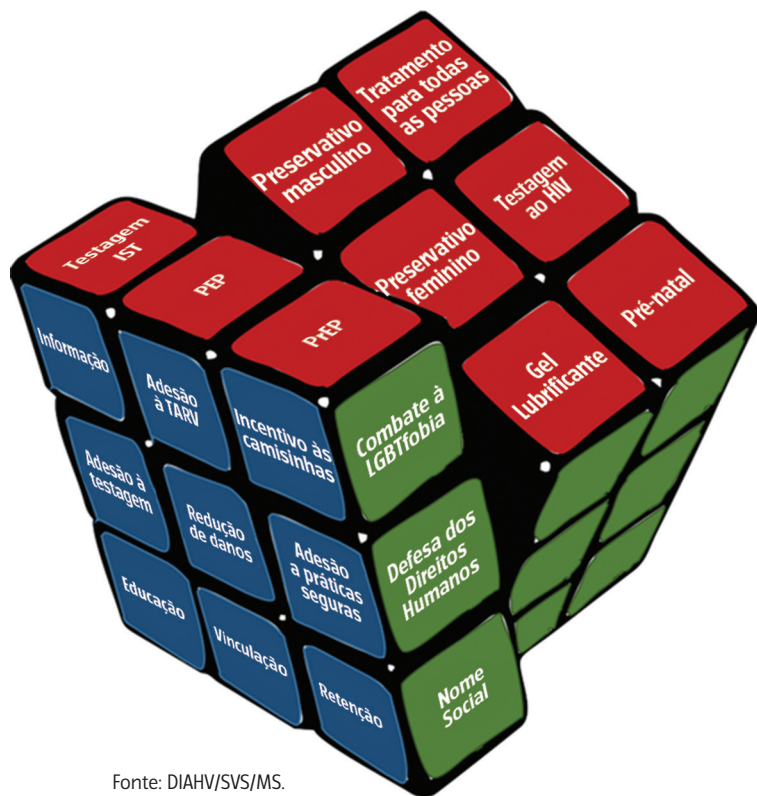
CATEGORIA	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS DE AÇÕES
Intervenções estruturais	São estratégias voltadas a enfrentar fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais específicos ao HIV, em razão de preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana.	Ações de enfrentamento ao racismo, sexismo, homofobia, transfobia e demais preconceitos; promoção e defesa de direitos humanos; campanhas educativas e de conscientização; e marcos legais e ações programáticas que impactem nos determinantes sociais.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

A combinação dessas intervenções visa reduzir as lacunas de adesão aos métodos de prevenção clássicos, ao ofertar outros métodos de prevenção; além disso, objetiva identificar precocemente o estado sorológico para iniciar o tratamento antirretroviral de modo oportuno, como forma de prevenir novos casos e melhorar a qualidade de vida das pessoas que já vivem com HIV/aids.

A Figura 1 mostra uma representação gráfica da estratégia de prevenção combinada ao HIV. Como no famoso quebra-cabeça chamado de *Cubo de Rubik* (popularmente conhecido como cubo mágico), as possibilidades de combinações são inúmeras. No cubo abaixo, a face vermelha corresponde às intervenções biomédicas, a azul corresponde às intervenções comportamentais e a verde se refere às intervenções estruturais. O princípio da estratégia de prevenção combinada baseia-se na conjugação dessas três faces, sendo essa combinação acordada pelas populações envolvidas nas ações de prevenção (população-chave, prioritária ou geral) e nos meios em que estão inseridas.

Figura 1 - Prevenção combinada ao HIV



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Quais as populações mais afetadas?

Embora estabilizado na **população geral**, o índice de novas infecções ao HIV apresenta, em alguns subgrupos populacionais, taxa de prevalência muito superior à média nacional, que é de 0,4% (BRASIL, 2016a). Entre esses grupos destacam-se, pelos níveis epidemiológicos alarmantes, as seguintes **populações-chave**:

- Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), com prevalência de 10,5% (KERR, 2009);
- Pessoas que usam drogas, com prevalência de 5,9% (BASTOS, 2009). Especificamente em pessoas que usam crack e similares (pasta base, merla e oxi), a prevalência é de 5,0% (BASTOS; BERTONI, 2014);
- Profissionais do sexo, com prevalência de 4,9% (SZWARC-WALD, 2009).

Além destas, outras duas populações que não estão contempladas nos dados oficiais, mas são consideradas pelo Ministério da Saúde como chave para a epidemia no Brasil, são as pessoas trans e as pessoas em privação de liberdade.

Assim, no contexto brasileiro de epidemia concentrada de HIV/aids, recomenda-se focar as ações de prevenção em alguns segmentos populacionais específicos. Essa recomendação não significa, de maneira alguma, que somente essas populações devam receber a atenção das equipes. Todos os(as) usuários(as) do SUS que estiverem em atendimento na Atenção Básica devem ter acesso a ações de prevenção combinada. Assim, as ações devem contemplar a população geral. O que se recomenda aqui, em consonância com o modelo de prevenção combinada, é que a cada diferente grupo populacional sejam ofertadas diferentes ações de prevenção, respeitando-se, sobretudo, as especificidades e características de cada um desses grupos. O Quadro 2 apresenta uma breve conceituação dos grupos populacionais que constituem as **populações-chave**.

Quadro 2 – Populações-chave para uma resposta efetiva ao HIV

POPULAÇÃO	DEFINIÇÃO
Profissionais do sexo	São adultos que exercem a troca consensual de serviços, atividades ou favores sexuais por dinheiro, bens, objetos ou serviços que tenham valor, seja ou não monetário, podendo assumir as mais variadas formas (UNAIDS, 2015). A prostituição pode ser realizada pela(o) profissional de forma ocasional ou regular (independentemente da frequência ou esporadicidade), e nos mais diversos espaços e situações. Pode ocorrer mediante negociação direta entre profissional e cliente, ou envolver a intermediação por um terceiro. O que a define é sobretudo o consentimento das partes engajadas na transação entre os serviços sexuais e as variadas formas de pagamento.
Pessoas que usam drogas	São aquelas que fazem uso de substâncias psicoativas por qualquer via de administração e estabelecem com estas uma relação tanto de abuso como de dependência, acarretando esse uso, quando somado a outras vulnerabilidades sociais, riscos acrescidos ao HIV.
Gays e HSH	HSH são homens que se envolvem em atividades sexuais com outros homens, independentemente de como se veem, sendo que muitos não se identificam ou reconhecem como gays, homossexuais ou bissexuais (UNAIDS, 2006). Diferentemente, o perfil de identidade dos gays é construído com base nas suas relações e manifestações de comportamentos, compartilhados com outros homens que possuem a mesma forma de se relacionar e se definir em seus respectivos grupos sociais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).
Pessoas trans	São pessoas cuja identidade e expressão de gênero não estão em conformidade com as normas e expectativas tradicionalmente associadas com sua genitália de nascimento. Inclui mulheres transexuais, homens trans e travestis.
Pessoas em privação de liberdade	São as pessoas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório, ou tenham sido sentenciadas para cumprimento de pena privativa de liberdade (nos regimes fechado, semiaberto ou aberto) ou medida de segurança.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

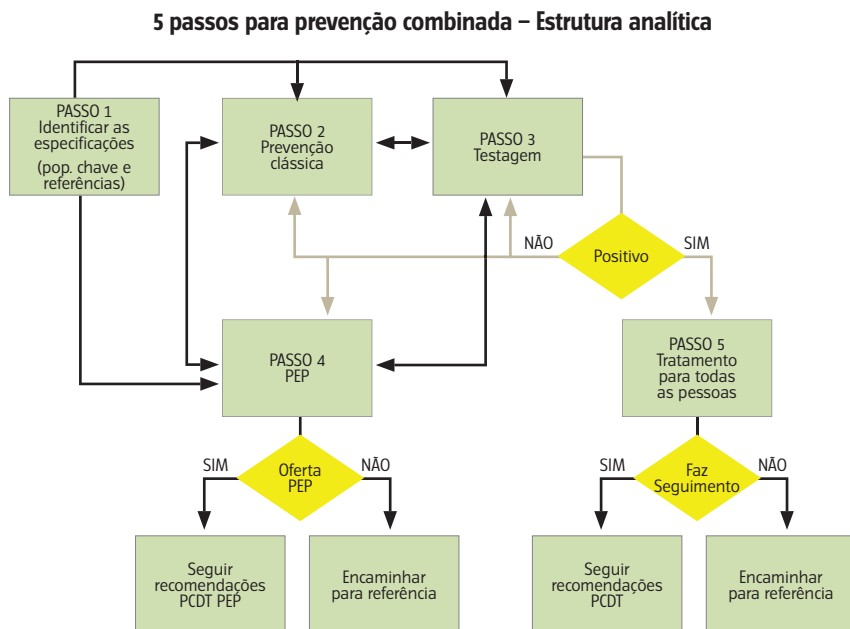
Além das **populações-chave**, que são o foco das ações nacionais, é fundamental considerar a dinâmica local da epidemia de HIV/aids e identificar quais são as **populações prioritárias** em cada município, região ou estado. As **populações prioritárias** são definidas como aquelas também afetadas desproporcionalmente pelo HIV quando comparadas à população geral. Diferentemente das populações-chave, que são reconhecidas e identificadas nacionalmente pelo Ministério da Saúde, as populações prioritárias são resultantes de dinâmicas sociais locais e, portanto, variam de acordo com o território. Suas fragilidades devem-se menos a padrões específicos de comportamento, generalizáveis nacionalmente, do que às condições sociais dos locais em que se encontram.

Assim, alguns fatores preponderam sobre as situações de maior vulnerabilidade, tais como desigualdades sociais, empobrecimento, questões de gênero, racismo, preconceito social e econômico, entre outros fatores de exclusão. Entre os grupos populacionais que se incluem nas **populações prioritárias**, podem-se destacar: população negra, população em situação de rua e população indígena. Independentemente de se tratar de **população geral**, **população-chave** ou **população prioritária** identificada localmente, recomenda-se que se levem em consideração a raça e cor dos(as) usuários(as) do SUS nas ações de prevenção, uma vez que esse aspecto tem se mostrado um fator de vulnerabilidade a mais em relação ao HIV. É sabido que o racismo institucional por vezes reforça a desigualdade no acesso às ações de saúde, ao colocar pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem e inequidade. Além disso, os dados epidemiológicos apontam para a importância de priorizar a **população jovem** nas ações de prevenção, tendo em vista que a taxa de detecção do HIV/aids vem aumentando ao longo da última década na faixa etária de 15 a 29 anos, tanto entre o sexo masculino como feminino (BRASIL, 2015a).

Quais ações desenvolver na linha de cuidado da Atenção Básica?

Conforme já estabelecido, a implementação da prevenção combinada pressupõe múltiplas possibilidades de conjugações a partir de três categorias de intervenção. Como forma de fornecer subsídio à organização das diversas ações de prevenção que podem ser estabelecidas no âmbito da Atenção Básica, são propostos, a seguir, 5 passos para a estruturação da prevenção combinada, levando-se em consideração as especificidades da AB. Esses passos não devem ser entendidos como a única forma de se estruturar a prevenção combinada na Atenção Básica, mas apenas uma das formas que o Ministério da Saúde julga adequada. A Figura 2 mostra uma representação gráfica desses passos.

Figura 2 - 5 passos possíveis para a prevenção combinada ao HIV na AB



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

1º passo – Realizar diagnóstico local

A oferta de prevenção combinada é indissociável de uma organização da Atenção Básica que garanta o acesso dos(as) usuários(as) às ações de prevenção, oferta de testagem, conclusão diagnóstica, vinculação e retenção para o manejo do HIV e outras IST. A Atenção Básica deve atuar como ordenadora do cuidado em saúde, compartilhando as ações de prevenção combinada com essas redes. Para isso, é importante que, a partir do diagnóstico realizado pelo Grupo Condutor Local, proposto no documento “5 Passos para a Construção de Linhas de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids: Guia para os Grupos Locais”, sejam identificados:

- Quais os equipamentos disponíveis das Redes de Atenção à Saúde¹ (RAS), com ações e serviços da Atenção Básica; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção especializada e hospitalar; e vigilância em saúde;
- Como estão organizadas as Unidades Básicas de Saúde que serão utilizadas como suporte para a oferta das ações de prevenção combinada, bem como suas rotinas, fluxos e linhas de cuidado desenhadas;
- Como estão organizados os equipamentos da rede de urgência e emergência e da atenção especializada e hospitalar, como CTA e SAE, para que se possam fazer encaminhamentos seguros e compartilhados de PEP (Passo 4), vinculação e retenção (Passo 5), além de ou-

¹ As diretrizes das Redes de Atenção à Saúde (RAS) constam na Portaria nº 4.279, de 30/12/2010.

tras demandas das outras redes e articulações interse-
toriais para garantir o cuidado integral;

- Quais são as Organizações da Sociedade Civil (OSC) com experiência em ações de prevenção ao HIV/aids e/ou abordagem comunitária, bem como as lideranças comunitárias que atuam no território;
- Como se dá a realidade epidemiológica, a dinâmica e os riscos que a população local enfrenta em relação ao HIV/aids (ver o documento “5 Passos para a Implementação da Vigilância Epidemiológica da Infecção pelo HIV/ Aids, Gestante HIV Positiva e Criança Exposta ao HIV”);
- Quais são os determinantes sociais que impactam nos índices epidemiológicos locais;
- Quais são os grupos populacionais mais afetados localmente pelo HIV/aids;
- Quais os espaços de sociabilidade do território adstrito da Unidade Básica de Saúde, incluindo o contexto relacionado ao uso de substâncias psicoativas, com suas dinâmicas, tipos e formas de uso, dentre outros aspectos; contextos de atividades de prostituição; e demais vulnerabilidades apresentadas pela população vinculada às equipes da Atenção Básica (ESF, eAB, ESFR, CnR, NASF);
- Como se dão os processos de educação permanente em saúde (ver o documento “5 Passos para a Elaboração de Plano de Educação Permanente em Saúde para as IST, HIV/Aids e Hepatites Virais”).

2º passo - Realizar ações de prevenção clássica

Como já mencionado anteriormente, as intervenções biomédicas clássicas são essencialmente relacionadas a métodos de barreira física ao vírus, sendo adotadas como medida de prevenção à transmissão do HIV desde o início da resposta à epidemia. Nesse sentido, os preservativos femininos e os masculinos são os métodos mais eficazes contra a infecção pelo HIV. Estudos indicam efetividade de 94% do preservativo masculino, quando usado corretamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Apesar de haver menos experimentos e dados disponíveis em relação ao desempenho dos preservativos femininos, testes laboratoriais têm mostrado que eles também fornecem uma barreira física efetiva contra a transmissão do HIV (PADIAN et al., 2008). Além disso, os preservativos femininos oferecem maior grau de prevenção contra outras IST.

Dados os altos índices de desempenho desses insumos, o SUS oferece de forma gratuita e ilimitada preservativos masculinos e femininos, além de géis lubrificantes, que devem ser ofertados aos(às) usuários(as) de forma ampla e sem barreiras de acesso. Assim, devem-se oferecer os insumos:

- Sem a exigência de apresentação de documentos ou preenchimento de ficha para retirada desses insumos;
- Sem limitação da quantidade ou frequência na retirada desses insumos;
- Sem estabelecimento de idade mínima para retirada dos insumos;
- Sem agendamento ou restrição de horário.

Além disso, recomenda-se instalar dispensadores de preservativos em locais de fácil acesso à população.

No caso do preservativo masculino, é recomendado que o seu uso seja associado ao do lubrificante, para evitar rompimento.

Com relação ao preservativo feminino, este deve ser ofertado como parte de um conjunto de ações voltadas para a saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres e reforçar junto às usuárias do SUS suas vantagens em relação ao preservativo masculino, como, por exemplo: ele pode ser inserido algumas horas antes da relação sexual, permitindo um melhor planejamento de seu uso, o que aumenta a autonomia da mulher. Isso pode ser especialmente útil no caso das profissionais do sexo, uma das populações mais passíveis de se beneficiarem com a ampliação da oferta desse insumo.

Ainda existe considerável diferença entre a promoção e, conseqüentemente, o conhecimento e aceitabilidade do preservativo feminino em relação ao masculino. Assim, cabe às equipes responsáveis pelas ações de prevenção na Atenção Básica:

- Ampliar o conhecimento da população acerca do preservativo feminino;
- Promover seu uso de forma adequada e consciente;
- Promover espaços de educação em saúde que incluam falar sobre o uso do preservativo de forma mais erotizada, problematizando, assim, possíveis mudanças comportamentais para maior adesão ao uso do preservativo;

- Realizar a oferta do preservativo feminino não apenas no âmbito do combate à infecção ao HIV, hepatites B e C e demais IST, mas como possibilidade de promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Além dos insumos para a prevenção da transmissão sexual do HIV, podem ser oferecidos insumos de redução de danos para pessoas que usam álcool e outras drogas. Os insumos de redução de danos visam evitar a transmissão parental do HIV decorrente do compartilhamento de objetos de uso de drogas infectados. Existem diferentes insumos de prevenção para diferentes formas de uso e tipos de drogas. Para o uso de drogas injetáveis, recomenda-se a oferta de seringas e agulhas descartáveis, água destilada e recipientes individuais para diluição, que evitam o compartilhamento de objetos potencialmente infectados pelo HIV, pelas hepatites virais e por outras infecções (incluindo as causadoras de abscessos cutâneos). Além disso, recomenda-se o recolhimento e o descarte adequado de objetos perfurocortantes para uso de drogas injetáveis, a fim de evitar a reutilização e os acidentes, seja na comunidade ou entre manipuladores de lixo comum.

Para o uso de drogas inaladas ou fumadas, a exemplo da cocaína, também se recomenda o não compartilhamento de objetos tais como cachimbos, latas, apetrechos e canudos. No caso de uso inalado, em uma eventual ruptura nasal com contato de sangue, a transmissão do vírus HIV e, principalmente, dos vírus das hepatites B e C, poderá ser evitada com o uso de canudos individuais e descartáveis. Em relação ao uso de crack, com frequência os(as) usuários(as) apresentam lesões na boca e nos lábios, o que representa uma porta para a transmissão dos vírus das hepatites B e C. Também é uma abordagem preventiva o estímulo

ao não compartilhamento de objetos e apetrechos de uso, bem como a oferta de informações relacionadas ao tipo de material transformado em cachimbo, por exemplo, e aos riscos associados ao fumar crack em latas ou apetrechos metálicos, que, além de agravarem as queimaduras e lesões, também estão ligados à ingestão de resíduos metálicos ao serem raspados.

A oferta de insumos de redução de danos deve ser individualizada e definida de acordo com as necessidades e demandas dos(as) usuários(as) de cada território. Para que essa oferta seja mais efetiva, é importante que os serviços de saúde, mediante o mapeamento realizado no território, articulem-se com as equipes de Consultórios na Rua, agentes redutores(as) de danos e Programas de Redução de Danos, no caso de existirem esses serviços na sua rede.

3º passo - Ofertar testagem

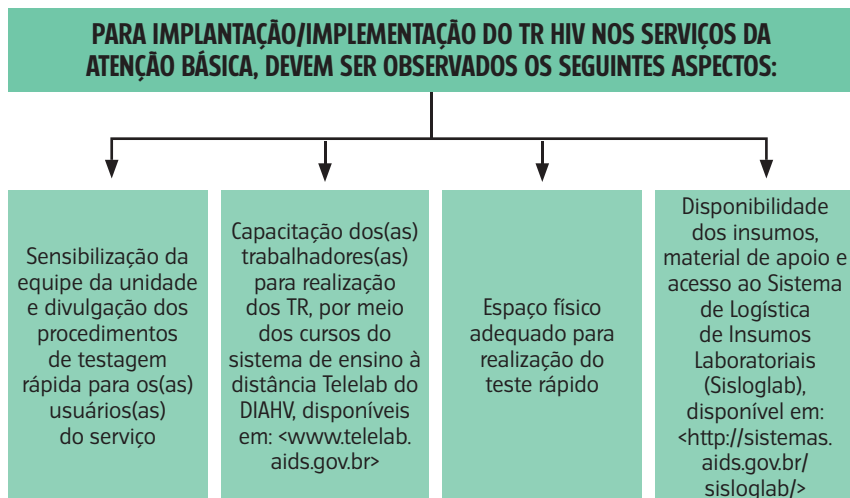
A oferta de testagem e diagnóstico do HIV deve ocorrer em diferentes pontos da RAS. Além da oferta em serviços especializados, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), os Serviços de Assistência Especializada (SAE), ambulatórios e hospitais, dentre outros, a ampliação da testagem e do diagnóstico do HIV por meio da oferta na Atenção Básica é uma das principais estratégias para a ampliação do acesso e para a identificação precoce de novos casos.

Os serviços de saúde dispõem de alternativas para testagem e diagnóstico do HIV, conforme estabelecido no “Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV” (BRASIL, 2016b), dentre as quais estão listadas:

- Testes laboratoriais de HIV, sífilis, hepatites B e C;
- Teste rápido (TR) de HIV, sífilis, hepatites B e C por punção digital; e
- TR de HIV por fluido oral.

A implantação/implementação dos TR é uma estratégia que possibilita a continuidade do cuidado, uma vez que fornece o resultado logo após a sua realização, possibilitando o tratamento oportuno no caso da sífilis e a vinculação às linhas de cuidado no caso do HIV e das hepatites B e C. Ainda segundo o “Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV”, testes rápidos são primariamente recomendados para testagens presenciais, podendo ser realizados com fluido crevicular gengival (também conhecido como fluido oral), soro, plasma ou sangue total (o que permite o uso de amostras obtidas por punção digital). Outra vantagem dos TR, independentemente do material biológico colhido, é sua simplicidade de execução, o que permite que sejam utilizados fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado.

Figura 3 - Implantação/implementação do TR-HIV nos serviços da Atenção Básica



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Todos os serviços de oferta de testagem devem ser acompanhados por **orientações pré e pós-teste**. Nas orientações pré-teste, devem-se identificar alguns sinais que podem estar relacionados a vulnerabilidades ou riscos. Perguntar o que motiva a pessoa a realizar o teste e se é a primeira vez que o faz; indagar se está se testando por livre e consciente vontade; e observar as suas reações emocionais (por exemplo, nervosismo, ansiedade) durante a abordagem, dentre outras possibilidades, podem contribuir, desde o início, com a vinculação e com o cuidado integral.

Com o resultado em mãos, alguns cuidados importantes devem ser observados: garantir o sigilo e o acolhimento dos sentimentos despertados pelo resultado informado (angústias, medos, dúvidas e outros); oferecer orientações sobre prevenção; providenciar o encaminhamento e vinculação aos serviços de saúde de referência ou seguimento.

A comunicação do resultado deve ser objetiva e clara, mas sem perder a capacidade de acolher e escutar. Vale lembrar que esse é um momento valioso para o fortalecimento do vínculo, a adesão à prevenção, e, em caso de resultado reagente, para a adesão ao tratamento também. O Quadro 3 sistematiza as principais orientações que devem ser observadas ao longo da realização da testagem:

Quadro 3 - Orientações pré e pós teste

PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE	
	Resultado negativo	Resultado positivo
Reafirmar o caráter confidencial e voluntário da testagem.	Informar que esse resultado pode se dar pela ausência de infecção, ou por ela ser tão recente que seu organismo não produziu anticorpos o suficiente para ser detectada pelo teste (janela imunológica) ³ .	Reafirmar o caráter confidencial e voluntário da testagem.
Esclarecer os benefícios da testagem do HIV, sífilis, hepatites B e C.	No caso de janela imunológica, orientar sobre a necessidade de um novo teste, e reforçar práticas preventivas.	Reduzir o possível impacto dessa informação sobre o(a) usuário(a), prestando todo apoio emocional, se e quando for o caso.

Continua

Continuação

PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE	
	Resultado negativo	Resultado positivo
<p>Informar o significado dos possíveis resultados do teste e os decorrentes impactos na vida do(a) usuário(a).</p>	<p>Reforçar que um resultado negativo não significa imunidade para o HIV, discutindo estratégias de redução de riscos que levem em conta as fragilidades e vulnerabilidades do paciente ao HIV/aids.</p>	<p>Esclarecer ao(a) usuário(a) a importância de avisar suas parcerias sexuais sobre a situação, trazendo-as para o aconselhamento, diagnóstico e tratamento adequados. No caso de gestante, deve-se ainda explicar as medidas para evitar transmissão vertical e os cuidados a serem tomados no parto e puerpério.</p>
<p>Orientar sobre os serviços disponíveis em caso de resultado reagente e fornecer informações sobre o acesso ao tratamento. Sobre esse ponto, é importante informar que, no Brasil, o tratamento é iniciado tão logo o diagnóstico é concluído, se a pessoa assim concordar, de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS).</p>	<p>Reforçar a necessidade de testagem sempre que houver alguma exposição de risco.</p>	<p>Reforçar a necessidade do uso de preservativo em todas as relações sexuais e do não compartilhamento de objetos perfurocortantes, lembrando a necessidade de redução dos riscos de reinfecção e transmissão do vírus para outras pessoas.</p>
<p>Esclarecer o direito do(a) usuário(a) de interromper e/ou desistir do processo de testagem a qualquer momento.</p>	<p>Apresentar as várias estratégias de prevenção (PEP, PREP, etc.)</p>	<p>Reforçar a importância do tratamento.</p>

Continua

Continuação

PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE	
	Resultado negativo	Resultado positivo
Informar sobre os riscos associados ao uso de substâncias psicoativas.	Com os(as) usuários(as) de álcool e outras drogas, lembrar que o uso de algumas substâncias, mesmo lícitas, podem alterar a percepção de risco, prejudicando o cuidado e a prevenção. Reforçar sobre o não compartilhamento de objetos para uso de drogas.	Estabelecer cuidado interdisciplinar e em rede.

^a Cada teste tem especificada sua janela imunológica, a qual pode variar conforme o fabricante.
Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Esperar que as pessoas, de forma geral, absorvam todas as informações em um único encontro é pouco factível e tende a gerar frustrações tanto para o(a) usuário(a) quanto para o(a) trabalhador(a) de saúde. Sendo assim, é importante que o serviço observe o que cada um(a) está entendendo, bem como considerar a necessidade de múltiplas e sucessivas abordagens, avaliando permanentemente as necessidades individuais, oferecendo orientações contínuas e fortalecendo o vínculo para o acompanhamento do(a) usuário(a) até o início de seu tratamento. Além disso, são atribuições dos serviços que realizam o diagnóstico do HIV na atenção às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA):

- Promover esforços para efetivar a vinculação da pessoa ao(s) serviço(s), considerando sua história, contexto e individualidades;

- Encaminhamento resolutivo dos casos para os serviços de referência definidos na linha de cuidado local, sejam eles da Atenção Básica ou especializada, com estabelecimento de mecanismos/estratégias para a vinculação e o cuidado compartilhado; e
- Acompanhamento dos(as) usuários(as) no período que sucede o diagnóstico, quando ainda não estiverem vinculados aos serviços de referência, de modo a contribuir para um melhor processo de assimilação e significação da nova condição sorológica e para a adesão aos cuidados e tratamentos.

Teste rápido por fluido oral

A realização da triagem para o HIV por meio da testagem rápida por amostra de fluido oral é recomendada principalmente para a ampliação do acesso à testagem das populações-chave e prioritárias, pois, por sua metodologia simples e rápida, e por apresentar baixo risco biológico, pode ser realizada por trabalhadores(as) de saúde capacitados, sem, necessariamente, habilitação laboratorial. Por ser um teste de triagem, os casos reagentes devem ser encaminhados para os serviços que fazem a confirmação diagnóstica e emitem o laudo. A estratégia de triagem em campo também é vantajosa, pois são encaminhadas para os serviços somente as pessoas com resultado reagente, ao invés de todas as pessoas abordadas em campo, indiscriminadamente.

Dessa forma, o TR por fluido oral é um importante recurso para as abordagens e cuidado que podem ser realizados por Agentes Comunitários de Saúde e demais trabalhadores que

atuam em ações extramuros, para a identificação de possíveis casos de HIV de forma oportuna, voluntária, sigilosa e gratuita nos espaços de sociabilidade das populações-chave e prioritárias. Além dessa metodologia, atualmente, outras modalidades de testagem e diagnóstico estão disponíveis. Para conhecê-las ou revisá-las, recomendamos os cursos do sistema de ensino à distância Telelab do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, disponíveis em <<http://www.telelab.aids.gov.br>>.

Para a oferta de TR do HIV por fluido oral no território, é importante realizar o mapeamento dos espaços de sociabilidade apontado no 1º passo.

É importante notar também que não apenas trabalhadores(as) da saúde e agentes comunitários, mas sobretudo pessoas ligadas às Organizações da Sociedade Civil (OSC) que atuem em ações de prevenção ao HIV/aids podem, desde que devidamente capacitadas, atuar na oferta de testagem rápida de fluido oral.

Notificação dos casos de HIV², sífilis, hepatites B e C

Uma vez conhecido o resultado, é importante que a equipe de saúde atenda às recomendações do Ministério da Saúde em relação à vigilância epidemiológica. A notificação de doenças constantes da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública é obrigatória aos médicos e outros profissionais de saúde que atuam na assistência ao

² Ver o documento “5 Passos para a Implementação da Vigilância Epidemiológica da Infecção pelo HIV/Aids, Gestante HIV Positiva e Criança Exposta ao HIV”.

paciente, em conformidade com os arts. 7º e 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

As infecções pelo HIV, sífilis e hepatites B e C estão incluídas na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, além de casos de aids, de gestantes/parturientes/puérperas com HIV e de crianças expostas. A notificação é registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) mediante o preenchimento das seguintes fichas:

- Ficha de Notificação/Investigação de aids em pacientes com 13 anos ou mais;
- Ficha de Notificação/Investigação de aids em pacientes menores de 13 anos;
- Ficha de Notificação/Investigação de criança exposta ao HIV; e
- Ficha de Investigação de gestante HIV+, utilizada para notificar casos em gestantes, parturientes e puérperas;
- Ficha de Notificação/Investigação de sífilis adquirida;
- Ficha de Notificação/Investigação de sífilis em gestante;
- Ficha de Notificação/Investigação de sífilis congênita;
- Ficha de Notificação/Investigação das hepatites virais.

Realização de testagem de outras IST

A abordagem na realização do procedimento de testagem rápida para triagem de sífilis e de hepatites B e C também inclui o diálogo sobre a motivação do teste, a metodologia a ser utilizada, as expectativas do resultado e informações sobre IST³.

O diagnóstico da sífilis deve ser realizado a partir da avaliação clínica e da identificação do agente etiológico, por meio dos exames laboratoriais. No entanto, a triagem dessa infecção pode ser feita pela utilização de Teste Rápido (TR), que tem grande importância no auxílio do diagnóstico da sífilis. A grande vantagem dos TR é que o resultado pode ser obtido em curto espaço de tempo, no máximo 30 minutos. Se o teste rápido for reagente, deve-se coletar outra amostra e encaminhá-la ao laboratório de referência local para a realização dos exames complementares e definição do diagnóstico.

A triagem e o diagnóstico das hepatites virais B e C são realizados por meio da detecção dos marcadores da infecção circulantes no paciente. Na triagem, os principais marcadores a serem investigados são o HBsAg, no caso da hepatite B, e o anti-HCV, no caso da hepatite C. Como as hepatites virais são frequentemente infecções silenciosas, com longos períodos assintomáticos, as estratégias de triagem devem levar em consideração a epidemiologia das infecções para que os grupos mais vulneráveis sejam testados. Utilizando os TR, a triagem pode ser feita de maneira

³ O Ministério da Saúde adotou a denominação Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) considerando a necessidade de adequação do termo, já que algumas infecções não apresentam sinais e sintomas para serem chamadas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

rápida e fácil, indo até onde o paciente está, seja um CTA, um consultório médico ou uma ação na rua. Uma vez que um TR tenha resultado reagente, o indivíduo deve realizar testes complementares para confirmação do diagnóstico.

O trabalhador deve sempre estar atento às atualizações dos manuais de diagnóstico aprovados em portaria, que ampliam as possibilidades de testagem, além de orientar e subsidiar, especialmente, os profissionais de saúde na realização do diagnóstico. Assim, sugerem-se, entre outras leituras, os Manuais Técnicos para diagnóstico do HIV, das Hepatites Virais e da Sífilis:

- **Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013:** aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências.
- **Portaria nº 25, de 1º de dezembro de 2015:** aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais em Adultos e Crianças e dá outras providências.
- **Portaria nº 2.012, de 19 de outubro de 2016:** aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis e dá outras providências.

Prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis

A testagem rápida para o HIV e triagem da sífilis no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais foi implantada na Atenção Básica a partir da Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, e da Portaria MS/GM nº 650, de 5 de outubro de 2011, que dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha.

O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e da sífilis durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical. Entretanto, somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhoria da qualidade da atenção à gestante portadora do HIV, aids ou da sífilis. Indissociável da testagem é a conformação de uma rede organizada de assistência a partir da definição de atribuições entre os níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS, que garanta o acesso das gestantes, das parturientes e dos recém-nascidos à conclusão diagnóstica, controle e manejo da infecção pelo HIV e da sífilis.

4º passo - Ofertar PEP

A Profilaxia Pós-Exposição, ou simplesmente PEP, é uma medida de prevenção com a utilização de terapia antirretroviral (TARV) que evita a sobrevivência e a multiplicação do vírus HIV no organismo de uma pessoa. O diagnóstico realizado no passo 1 é imprescindível, uma vez que, se a unidade de Atenção Básica não realizar a oferta de PEP, suas equipes deverão conhecer os serviços e respectivos fluxos de referência aos quais o(a) usuário(a) deverá ser encaminhado(a).

A PEP é indicada a usuários(as) que possam ter tido contato com o vírus em alguma situação de risco, tais como:

- Violência sexual;
- Relação sexual desprotegida; e
- Acidente ocupacional.

O uso do antirretroviral deve se dar de maneira ininterrupta por 28 dias seguidos, sob pena de insucesso dessa medida profilática. Além disso, para ser efetiva, a PEP deve ser iniciada logo após a exposição de risco, perdendo consideravelmente sua eficácia decorridas 72 horas da exposição ao risco. Assim, o primeiro atendimento após a exposição ao HIV é considerado pelo Ministério da Saúde uma urgência médica, devendo ser realizado o quanto antes, preferencialmente duas horas após a exposição. É importante observar que nos casos que envolvem violência sexual, devem ser observadas, além das diretrizes a seguir, aquelas que constam na Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” (BRASIL, 2012). Para a oferta adequada da PEP, o DIAHV recomenda que alguns aspectos, expostos na Figura 3, sejam levados em consideração.

Figura 4 - Fluxo de seguimento de oferta da PEP

Acolhimento para PEP

A primeira ação na oferta da PEP ocorre já na entrada do usuário(a) do SUS no serviço, no momento do acolhimento. O serviço de saúde deve garantir nessa fase o acesso humanizado, de modo que o(a) usuário(a) que deseja procurar a PEP se sinta acolhido(a), sem nenhuma forma de juízo moral ou discriminação em relação a sua atividade profissional, orientação sexual, identidade ou estilo de vida. Os(as) profissionais de saúde devem ser capazes de identificar se o(a) usuário(a) pertence a uma ou mais categorias de população-chave ou prioritária, adequando o atendimento às suas demandas e necessidades específicas. O acolhimento se dá não apenas na entrada do(a) usuário(a) nos serviços, mas em qualquer momento em que se percebam novas demandas, devendo o(a) profissional envolvido(a) no atendimento realizar a escuta ativa e reconhecer as singularidades de cada um dos casos. Assim, acolher significa escutar, aprender, compreender e atender, na medida do possível, as demandas do(a) usuário(a), dispensando-lhes a devida atenção, com o encaminhamento de ações direcionadas para a sua resolutividade.

Avaliação de risco

Além da capacidade de acolhimento, o(a) trabalhador(a) de saúde deve, sobretudo, ser capaz de avaliar, junto com o(a) usuário(a), se o evento que ensejou a procura do(a) mesmo(a) pela PEP justifica realmente sua oferta. Essa avaliação deve ser realizada a partir de três diferentes aspectos:

- Avaliação do tipo de material biológico envolvido na exposição;

- Avaliação do tipo de situação de exposição; e
- Avaliação do tempo decorrido entre a exposição e o atendimento em curso.

A avaliação do tipo de material biológico deve levar em consideração se o tipo de material envolvido na exposição do(a) usuário(a) contém risco de transmissão do HIV. São considerados materiais biológicos de alto risco de transmissão: sangue; sêmen; fluidos vaginais; líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico), líquido amniótico, líquido e líquido articular. Já materiais como suor; lágrima; fezes; urina; vômitos; secreções nasais; saliva (a não ser em ambientes odontológicos) são considerados de baixo risco de transmissão, salvo se estiverem acompanhados de sangue.

A avaliação do tipo de situação de exposição define o tipo de evento que gerou a exposição. São consideradas exposições com alto risco de infecção: percutânea (lesões com instrumentos perfurantes e/ou cortantes); membranas mucosas (a exemplo de exposição sexual ou respingos de material biológico de alto risco de infecção em olhos, nariz e boca); cutâneas envolvendo pele não íntegra (dermatites ou feridas abertas); e mordeduras com presença de sangue. Nesse último caso, os riscos devem ser avaliados tanto para a pessoa que sofreu a lesão quanto para aquela que a provocou.

A avaliação do tempo decorrido deve mensurar a distância temporal entre a ocorrência do evento de exposição e o atendimento em curso, uma vez que a PEP perde boa parte de sua efetividade decorridas 72 horas do evento que originou a exposição.

Investigação sorológica da pessoa exposta ao HIV e da pessoa fonte

Recomenda-se a utilização de Testes Rápidos para a avaliação da presença de infecção pelo HIV na pessoa exposta e, sempre que possível, da pessoa fonte da exposição. Essa investigação é fundamental, uma vez que a PEP não é recomendada quando os resultados do teste indicarem que pessoa exposta já se encontra infectada pelo HIV. Nesse caso, deve-se encaminhar o(a) usuário(a) para início de tratamento. De igual maneira, deve-se descartar o início da PEP para a pessoa exposta, quando os resultados dos testes no(a) usuário(a) fonte indicarem não haver risco de transmissão para a pessoa exposta.

Atenção: deve-se realizar a testagem do HIV inicialmente com um teste rápido de triagem (TR1)⁴. Caso o resultado seja não reagente, o diagnóstico estará definido como negativo. Caso seja reagente, deverá ser realizado um segundo teste rápido (TR2)⁵. Caso este também seja reagente, o diagnóstico estará definido como positivo, neste caso deve-se encaminhar o(a) usuário(a) para realização de carga viral e, quando for o caso, vinculação à linha de cuidado, observando-se as recomendações constantes no 3º passo.

Prescrição de PEP

Uma vez estabelecida a necessidade de início da profilaxia, deve-se obedecer à recomendação do DIAHV de utilizar esquema

⁴ Punção ou fluido oral.

⁵ Punção ou laboratorial.

único de ARV, independe de qual a circunstância em que se deu a exposição ou do tipo de material biológico envolvido. Assim, em todos os casos o esquema preferencial de ARV indicado pelo DIAHV é:

tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + atazanavir/ritonavir (ATV/r)

Para informações sobre as posologias indicadas e sobre os esquemas alternativos, consulte o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV” - PCDT PEP (BRASIL, 2015b).

Acompanhamento clínico-laboratorial

Deve-se realizar a avaliação de eventos adversos e toxicidade ao esquema preferencial de ARV na PEP para, quando for o caso, adequar ou mesmo substituir o esquema preferencial por um esquema alternativo. As reações ao esquema, em geral, são leves e autolimitadas, tais como efeitos gastrointestinais, cefaleia e fadiga. Da mesma forma, as alterações laboratoriais são geralmente discretas, transitórias e pouco frequentes. Ainda assim, é imprescindível o monitoramento dessas reações, uma vez que podem ensejar severo desconforto do(a) usuário(a) e a consequente descontinuidade da PEP antes de se encerrarem os 28 dias da prescrição estabelecida. Além disso, é importante uma avaliação dos aspectos psíquicos e emocionais da pessoa, uma vez que a vivência da exposição ao HIV muitas vezes resulta em um quadro de alterações cognitivas e afetivas, podendo mesmo desenvolverem-se quadros mais graves como transtornos de estresse pós-traumático.

Medidas para adesão à PEP

O sucesso da PEP como estratégia de prevenção ao HIV está diretamente ligado à completa adesão e engajamento do(a) usuário(a) ao uso ininterrupto do esquema terapêutico por 28 dias consecutivos. Assim, as orientações recebidas pela pessoa na etapa de acolhimento devem ser reforçadas em todas as oportunidades, de modo que não parem dúvidas quanto à importância de serem observadas rigorosamente as doses, os intervalos de uso e a duração da PEP. Além disso, a fim de evitar a descontinuidade no uso dos medicamentos, deve-se, na medida do possível, ofertar o esquema completo para os 28 dias. Também é preciso reforçar, em todos os momentos, as informações acerca das medidas clássicas de prevenção, salientando-se, em especial, o uso de preservativos como o meio mais eficaz para a prevenção ao HIV⁶.

Para a oferta e encaminhamento adequados da PEP, recomenda-se a leitura dos seguintes documentos:

- Diretrizes para a organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV - PEP
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV
- Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes

⁶ Para mais informações, consulte o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV”. Acesse: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-antirretroviral-pos-ex-0>>.

5º passo - Tratamento para todas as pessoas

As ações de prevenção não se encerram na fase de diagnóstico, tendo um papel fundamental no início e ao longo do tratamento do usuário(a). As ações que fomentem a adesão à terapia antirretroviral (TARV) são reconhecidas como de importância ímpar para o sucesso do cuidado, trazendo inúmeros benefícios à saúde do(a) usuário(a), ao reduzir significativamente a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV por meio da supressão viral, o que permite retardar ou evitar o surgimento da imunodeficiência. Essa adesão ganha tanto mais importância a partir de 2011, quando um estudo da Revista *Nature* trouxe sólidas evidências de que pacientes em TARV apresentavam chances quase nulas de transmissão do HIV, uma vez que o tratamento continuado diminui a quantidade de vírus circulantes no organismo (COHEN et al., 2011).

A adesão é entendida como um processo dialógico, construído entre o(a) usuário(a) e os trabalhadores de saúde, com o objetivo de facilitar a aceitação e integração de um determinado esquema ou regime terapêutico na vida e no cotidiano da pessoa em TARV. Assim, pressupõe, acima de tudo, uma participação ativa desta nas decisões que envolvem seu tratamento. As ações para a adesão ao tratamento iniciam-se ainda na fase de diagnóstico. É na entrega do resultado que o(a) profissional, trabalhando com acolhimento, atenção e respeito, pode garantir ao(à) usuário(a) o sentimento de vínculo e suporte, incidindo positivamente no processo de aceitação do diagnóstico, no início do tratamento e na adesão. Nessa fase, anterior ao início da TARV, devem ser realizadas ações de aconselhamento, conforme o Quadro 4, a seguir:

Quadro 4 - Ações de aconselhamento pré-TARV

1	Identificar conhecimentos e crenças que o(a) usuário(a) possui sobre HIV/aids e seu tratamento, oferecendo todas as informações necessárias;
2	Reforçar a necessidade de uso de medicamentos e mudanças de comportamento;
3	Promover a escuta ativa para identificar as expectativas do(a) usuário(a) em relação ao início da TARV, fortalecendo as positivas e atenuando as negativas;
4	Identificar as rotinas do(a) usuário(a) (trabalho, estudo, tarefas domésticas, esporte, lazer), negociando um esquema terapêutico que interfira pouco em seu cotidiano;
5	Auxiliar o(a) usuário(a) a identificar as pessoas que podem prover apoio familiar ou social positivo, respeitando as preocupações e ressalvas quanto a manter o sigilo e segredo sobre sua sorologia;
6	Informar de forma franca a possibilidade de ocorrerem efeitos adversos do tratamento, prevenindo que o receio desses efeitos afete negativamente a adesão;
7	Certificar-se de que as orientações e prescrições foram devidamente compreendidas.
8	Avaliar com a pessoa eventuais barreiras, tais como: uso de álcool e outras drogas, se está em situação de rua, sofrimento psíquico e outras condições sociais.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Além disso, diante de um resultado positivo, o serviço deve estar apto a fazer a vinculação do(a) usuário(a) para seguimento. O(a) usuário(a) é considerado(a) vinculado(a) ao serviço de saúde quando inicia seu tratamento ou realiza a coleta para exame de CD4 e/ou carga viral, ou seja, no momento em que é cadastrado(a)

no Siclom e/ou no Siscel. A seguir apresenta-se uma lista de possíveis ações para fomentar a vinculação da PVHA:

- Conhecer o fluxo de referência estabelecido entre os pontos de atenção da rede (linha de cuidado);
- Verificar o local de residência da pessoa, mapeando os serviços mais próximos e as possibilidades existentes dentro da rede local;
- Abordar questões sobre confidencialidade e sigilo;
- Orientar a pessoa com diagnóstico positivo acerca da importância do início precoce da TARV e adesão ao tratamento;
- Encaminhar a PVHA para acolhimento na unidade de saúde com referência de profissional, data e horário da primeira consulta;
- Acompanhar a PVHA até sua vinculação ao serviço de referência;
- Utilizar, sempre que possível, a figura de um(a) vinculador(a) que poderá ser identificado(a) na Unidade de Saúde (trabalhador da saúde da Unidade, agente comunitário de saúde) ou outra PVHA que já esteja em acompanhamento, membro de uma ONG parceira identificada no diagnóstico local.
- No caso de pessoa em situação de rua, estabelecer cuidado compartilhado com rede de assistência social

(abrigos, albergues) ou até mesmo referências comunitárias. Cabe lembrar, por questões de equidade, que esse segmento deve ter seu direito ao cuidado integral garantido, mesmo que a pessoa não apresente documentação ou possua cadastro no Cartão SUS.

A qualidade do processo de vinculação aumenta consideravelmente as possibilidades de que os(a) usuários(as) entrem no cuidado contínuo, especialmente aquele(as) pertencentes às populações-chave e prioritárias.

Após o diagnóstico, alguns desafios se colocam na vida da PVHA nos aspectos pessoal, social e profissional. O estigma, o preconceito e a discriminação limitam as possibilidades de dialogar sobre o seu diagnóstico, dúvidas, angústias e medos e contribuem para aumentar sua vulnerabilidade à reinfeção pelo HIV e à exposição a outras IST, além de aumentar as dificuldades de adesão ao tratamento, o que pode comprometer a sua qualidade de vida.

A prevenção para a PVHA busca abarcar esses diversos aspectos e atua a partir de três eixos:

1. Aprimoramento da qualidade da atenção nos serviços de saúde pela oferta da atenção integral às PVHA, respondendo a necessidades como:
 - Garantia de acesso aos exames, medicamentos e insumos de prevenção;
 - Atenção aos aspectos da vida social, sexual e afetiva;
 - Promoção de atividades relacionadas às necessidades de exercícios físicos, de mudanças na alimenta-

ção, de atenção psicológica e/ou psiquiátrica e de promoção da autoestima;

- Oferta de espaços de diálogo que permitam conhecer as realidades, as subjetividades e o cotidiano das PVHA.
2. Enfrentamento do estigma e preconceito associados ao HIV, prioritariamente por meio da mobilização comunitária.
 3. Fortalecimento do protagonismo das PVHA. É fundamental que essas pessoas participem da concepção e planejamento das ações de prevenção positiva, pois sabem o que é viver com HIV/aids e podem contribuir para a redução de vulnerabilidades de sua comunidade. Para saber mais sobre prevenção positiva, acesse o documento: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/prevencao-positiva>>.

Prevenção e manejo de coinfeções e comorbidades: parte essencial da abordagem integral do HIV é a atenção às coinfeções, como as hepatites e a tuberculose, e às comorbidades, como os transtornos de saúde mental, que influenciam diretamente a exposição ao risco de infecção e a adesão ao tratamento. A tuberculose, por exemplo, segundo relatórios mundiais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), é a causa de uma a cada cinco mortes relacionadas ao HIV. Ainda de acordo com esses relatórios, em relação às hepatites, estima-se que 15% das pessoas vivendo com HIV tenham hepatite B e 15% estejam coinfectadas com hepatite C, índices que possivelmente são ainda maiores entre as populações-chave.

Outros aspectos que devem ser considerados

- Avalie as condições sociais e econômicas e a motivação do(a) usuário(a) para a adesão ao cuidado e tratamento.
- Esteja atento(a) às necessidades específicas de cada usuário(a). Converse sobre uso de drogas e sobre a forma como cada um(a) negocia as relações sexuais e o uso de preservativo, por exemplo, pois isso permite que as orientações sobre medicamentos ou formas de prevenção sejam adequadas ao contexto de vida de cada pessoa.
- Discuta sobre o modo de vida das pessoas atendidas: histórico e contexto de vida, situação profissional e rotina de trabalho, ambiente familiar e comunitário, condições de moradia, limitações nutricionais, uso de substâncias psicoativas (incluindo álcool e medicamentos psicotrópicos), crenças pessoais etc. Negocie formas de adequar o tratamento, a fim de facilitar a adesão dos(as) usuários(as) e a sua retenção no serviço.
- Garanta o sigilo das informações prestadas pelas PVHA e a privacidade nos espaços de atendimento. Isso é fundamental para estabelecer uma relação de confiança. O compartilhamento de informações com outras pessoas, como familiares e parceiros(as), só poderá ser feito com autorização da PVHA. Somente informações pertinentes ao atendimento no serviço podem ser compartilhadas com outros(as) trabalhadores(as).
- Oriente o(a) usuário(a) para reduzir as situações de risco relacionadas a exposições sexuais desprotegidas,

incluindo práticas orais. Procure deixar os preservativos e materiais informativos em locais a que as PVHA possam ter livre acesso. Isso permite a cada um(a) retirar a quantidade de insumos de que necessita.

- Converse sobre o uso de álcool e de outras drogas com todas as pessoas atendidas. Recuse qualquer forma de juízo de valor, suposições sem respaldo científico e prescrições sem acordo do(a) usuário(a). Procure entender qual o tipo de relação que a pessoa tem com a(s) substância(s) psicoativa(s), que lugar a droga ocupa na sua vida, qual seu contexto psicossocial, que possibilidades e oportunidades de autocuidado a pessoa enxerga. Concentre-se em aspectos reais, científicos e factíveis, sem colocar a abstinência como condição para o acesso. É preciso considerar as diferenças entre cada tipo de substância e cada tipo de uso, se recreativo, esporádico, abusivo ou dependente, assim como diferenciar os riscos associados e as possíveis implicações no tratamento do HIV/aids.
- Inclua a redução de danos como uma diretriz de trabalho essencial em seu serviço, que vise a negociação de possibilidades reais e factíveis para a prevenção e o autocuidado. Oriente os(as) usuários(as) de álcool e outras drogas sobre as formas de prevenção e redução de danos à saúde, bem como sobre as possíveis interações medicamentosas com o tratamento antirretroviral. Considere as formas de prevenção como um processo de aprendizagem, negociação e incorporação livre e consciente por parte do(a) usuário(a), construído a partir de uma relação de confiança com o trabalhador de saúde. Tenha insumos de redução de danos dispo-

níveis no serviço, a fim de prevenir o compartilhamento de objetos e as relações sexuais desprotegidas.

- Diagnostique e trate outras IST o mais precocemente possível, pois essa medida contribui para reduzir as possíveis complicações dessas doenças e a transmissão do HIV. Esteja atento(a) para identificar os sinais e sintomas e pronto para tratar e orientar os(as) usuários(as) sobre as formas de prevenção das IST.
- O uso do preservativo e o compromisso do tratamento das IST entre as parcerias sexuais são fundamentais para o controle das IST e redução da transmissão do HIV. Construa em conjunto com o(a) usuário(a) possíveis estratégias para a inclusão dos(as) parceiros(as) no processo de cuidado, tratamento e prevenção.
- As PVHA têm direito de decidir sobre sua reprodução e de exercer sua orientação sexual sem sofrer discriminação ou violência.
- Para as(os) usuárias(os) que desejam ter filhos, informe sobre os cuidados necessários a uma gestação mais segura. Para as(os) que não desejam tê-los, ofereça informações sobre os métodos de contracepção mais indicados para ser usados junto com o preservativo.
- Crie fluxos diferenciados para os(as) usuários(as) com maiores dificuldades de acesso ao serviço. O funcionamento em horários alternativos, como à noite, pode facilitar o acesso das pessoas que não podem obter dispensa no trabalho.

- Organize-se para realizar reuniões periódicas com a equipe. Isso facilita a identificação e a busca de soluções coletivas para os aspectos do funcionamento do serviço que precisam ser melhorados e fortalece o papel dos(as) diversos(as) profissionais da equipe.
- Promova a articulação do serviço de saúde com a rede de proteção social (serviços de assistência jurídica e de assistência social, por exemplo). As parcerias possibilitam a resolução de problemas que transcendem a governabilidade dos serviços de saúde e promovem a diversificação de estratégias para além das ações “intramuros”.
- Crie um canal de comunicação com os(as) usuários(as) do serviço. Ouça suas queixas, reclamações ou sugestões. Conselhos locais de saúde, serviços de ouvidoria, fóruns de usuários(as) ou mesmo as “caixinhas de sugestões” podem contribuir para adequação dos serviços às demandas e necessidades de seus(suas) usuários(as).
- Diversas atividades dos serviços, como grupos de adesão, educação entre pares, rodas de conversa e atividades em sala de espera podem ter a participação e contribuição dos(as) usuários(as) como facilitadores(as). A presença de PVHA nas atividades pode contribuir para o fortalecimento das pessoas e o sucesso das ações.
- Informar às PVHA que a prática de atividades físicas regulares e de uma alimentação saudável e balanceada, além de serem fundamentais para a promoção da saúde em sua integralidade, também podem amenizar os efeitos da lipodistrofia. Indicar a leitura do “*Guia Ali-*

mentar para a População Brasileira” do Ministério da Saúde (2014). Caso o(a) profissional de saúde ou o(a) usuário(a) percebam sinais de lipodistrofia, a equipe de saúde deve avaliar a terapia antirretroviral utilizada. Além disso, é importante informar aos(às) usuários(as) que existem procedimentos para minimizar o problema, como o preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA) e as cirurgias plásticas reparadoras. Caso haja indicação, as PVHA podem ser encaminhadas aos serviços do SUS habilitados para a realização desses procedimentos.

- Por fim, lembre-se de que muitas descobertas e conquistas para a prevenção, o tratamento e o cuidado integral em IST, HIV/aids e HV foram alcançadas, ao longo de mais de 30 anos, a partir da participação e escuta verdadeira das pessoas beneficiárias de nosso trabalho!

Perguntas orientadoras

As perguntas a seguir têm o objetivo de trazer um conjunto de observações à reflexão dos leitores do presente documento.

- Quais populações são mais afetadas em seu território?
- Como é possível descobrir se há outras populações mais afetadas em seu território além dessas?
- Quais ações de prevenção ao HIV/aids podem ser ofertadas pela sua equipe?

- A oferta de insumos de prevenção clássica, como caminha masculina e feminina e gel lubrificante está adequada em sua unidade de saúde?
- Há demanda de preservativo feminino na sua unidade de saúde? Como o uso desse insumo pode ser incentivado?
- Como sua equipe pode se articular com os demais serviços de saúde na Atenção Básica para realização das ações de prevenção?
- Como sua equipe pode se articular com as Organizações da Sociedade Civil para realização das ações de prevenção?
- A unidade de saúde realiza oferta de PEP? Se não, você e sua equipe têm informações necessárias para informar o(a) usuário(a) do SUS sobre essa estratégia de prevenção?
- Você e sua equipe têm informações sobre as unidades que ofertam PEP?
- Como deve ser realizado o incentivo para a adesão ao tratamento ao HIV?

BIBLIOGRAFIA

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BASTOS, F. I. **Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros.** Brasília, 2009. Relatório técnico entregue ao Departamento DST, Aids e Hepatites Virais.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 204, 24 out. 2011. Seção I, p. 48-55.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** Brasília, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV.** 2. ed. Brasília, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_alimentar2014>. Acesso em: 30 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, Brasília, ano IV, n. 1, jun. 2014/jan. 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília, 2015b.

COHEN, M. S. et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. **New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 365, p. 493-505, 2011.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **UNAIDS Terminology Guides 2015**. Geneva, 2015.

KERR, L. **Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras**. Brasília, 2009. Relatório técnico entregue ao Departamento DST, Aids e Hepatites Virais.

PADIAN, N. et al. Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward. **Lancet**, [s.l.], v. 372, n. 9638, p. 585-599, 2008.

SZWARCWALD, C. L. **Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis nos grupos das mulheres profissionais do sexo, no Brasil**. Brasília, 2009. Relatório técnico entregue ao Departamento DST, Aids e Hepatites Virais.

UNAIDS. **Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections**. [S.l. : s.n.], 2010. (A UNAIDS Discussion Paper, 10).

UNAIDS. **Report on the global AIDS epidemic**. A UNAIDS 10th anniversary special edition, 2006. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/report/2006/2006_gr_en.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations**. Genebra, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 30 jan. 2017.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para a organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV - PEP**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.)

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva Melhor Sabendo: Guia Instrucional**. Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

GRANGEIRO, A.; FERRAZ, D.; CALAZANS, G. et al. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Epidemiol.**, [S.l.], v. 18, Suppl. 1, p. 43-62, set 2015.

PIMENTA, C.; RAXACH, J. C.; TERTO, V. (Org.). **Seminário estudos e pesquisas em DST/HIV/aids: determinantes epidemiológicos e sociocomportamentais**. Anais. Rio de Janeiro: ABIA, 2010.

VILLELA, W. V. Sobre o preservativo feminino e os entraves para a sua disseminação no país: algumas reflexões. **Boletim ABIA**, [S.l.], v. 60, jun. 2015.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DA PUBLICAÇÃO

Capa:

Formato: A5 - 4 pg

Cor: 4/4

Papel: Supremo Duo Design 300 g

Encadernação: Grampo

Acabamento: BOPP

Miolo:

Formato: A5 - 60 pg

Cor: 4/4

Papel: Couchê Matte 95 g/m²

Gráfica:

Tiragem: 30.000



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



