

MINISTÉRIO DA SAÚDE



MANUAL DO CUIDADO CONTÍNUO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

1ª EDIÇÃO ATUALIZADA

BRASÍLIA - DF
2023



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de HIV/Aids,
Tuberculose, Hepatites Virais
e Infecções Sexualmente Transmissíveis

MANUAL DO CUIDADO CONTÍNUO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

1ª EDIÇÃO ATUALIZADA

BRASÍLIA - DF
2023



2023 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesmalicença 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: bvsmms.saude.gov.br.

Tiragem: 1a edição atualizada – 2023 versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais

e Infecções Sexualmente Transmissíveis

SRTVN, quadra 701, via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700º andar -

CEP 70719-040 – Brasília/DF

Site: <https://www.gov.br/aids>

E-mail: tratamento@aids.gov.br

Supervisão geral:

Ana Cristina Garcia Ferreira

Angelica Espinosa Barbosa Miranda

Draurio Barreira

Maria Clara Gianna

Ronaldo Campos Hallal

Organização:

Alexsana Sposito Tresse

Alexsandra Freire da Silva

Alisson Bigolin

Ana Claudia Philippus

Ana Cristina Garcia Ferreira

Ana Francisca Kolling

Beatriz Brittes Kamiensky

Filipe de Barros Perini

Gilvane Casimiro da Silva

Gustavo Luís Meffe Andreoli

Lilian Nobre de Moura

Paula Emília Adamy

Regina Vianna Brizolara

Romina do Socorro Marques de Oliveira

Tatiane Vendramini Parra Roda

Tatianna Meireles Dantas de Alencar

Tayrine Huana de Sousa Nascimento

Thiago Cherem Morelli

Tiago Benoliel Rocha

Colaboração:

Álicia Krüger

Ana Izabel Costa de Menezes

Ana Roberta Pati Pascom

Americo Yuiti Mori

Carina Bernardes Sousa

Dênis Roberto da Silva Petuco

Diego Agostinho Calixto

Leila Suely Araújo Barreto

Márcia Rejane Colombo

Nara Fagundes Correia

Natalia de Campos Carvalho

Revisão ortográfica:

Angela Gasperin Martinazzo

Projeto gráfico e diagramação:

Solon Cruz Leal

Wilfrend Dominique Ferreira Nunes

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 1. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

44 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_cuidado_continuos_pessoas_hiv_atual.pdf

ISBN 978-65-5993-426-3

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

CDU 616.98

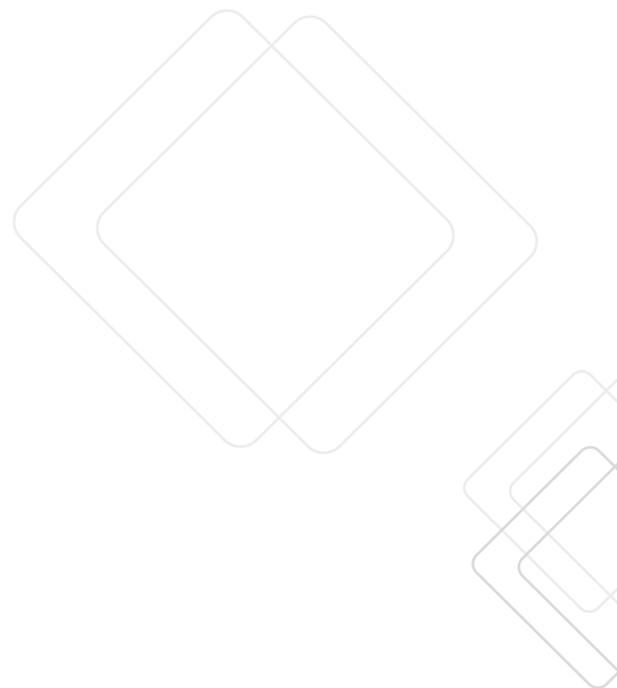
Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2023/0263

Título para indexação:

Continuous care manual for people living with HIV/AIDS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mandala da Prevenção Combinada	9
Figura 2 – Diagrama do Cuidado Contínuo.....	10
Figura 3 – Aplicativo “Viva Bem”	29



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modelo de estratificação de risco 13

Quadro 2 – Populações-chave para a resposta à epidemia do HIV/aids 16



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antirretrovirais
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CnaR	Consultórios na Rua
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga viral
CV-HIV	Carga viral do HIV
DataSUS	Departamento de Informática do SUS
Dathi	Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HSB	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILTB	Infecção latente da tuberculose
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
MVHA	Mulheres vivendo com HIV/aids
OSC	Organização da Sociedade Civil
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto terapêutico singular
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/aids
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de Atenção Especializada
Siclom	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIMC	Sistema de Informações de Monitoramento Clínico das PVHA
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação



Siscel	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV
Sisgeno	Sistema de Controle de exames de Genotipagem
Sistema IL-TB	Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculose
TR	Teste rápido
UBS	Unidade Básica de Saúde
Un aids	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
VMS	Viva Melhor Sabendo



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 ASPECTOS IMPORTANTES PARA O CUIDADO CONTÍNUO DAS PVHA	11
2.1 Acolhimento e vínculo de responsabilização para o fortalecimento da autonomia das PVHA	11
2.2 O cuidado das pessoas vivendo com HIV/aids na Atenção Primária à Saúde	12
2.3 Populações-chave e prioritárias	14
3 RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE HIV	18
4 ACESSO AO SERVIÇO DE SEGUIMENTO DO CUIDADO CONTÍNUO DAS PVHA	20
4.1 O que é?	21
4.2 Quem faz?	21
4.3 Como fazer?	21
5 ENGAJAMENTO DA PVHA NO CUIDADO CONTÍNUO	24
5.1 O que é?	24
5.2 Quem faz?	24
5.3 Como fazer?	24
6 ADESÃO	27
6.1 O que é?	27
6.2 Quem faz?	27
6.3 Como fazer?	27
6.3.1 Redução de danos para o uso de álcool e outras drogas entre PVHA em TARV	30
7 ABANDONO E REVINCULAÇÃO	32
7.1 O que é?	32
7.2 Quem faz?	32
7.3 Como fazer?	32
8 SUPRESSÃO VIRAL	35
9 FERRAMENTAS E INFORMAÇÕES PARA O MONITORAMENTO DO CUIDADO CONTÍNUO DO HIV/AIDS	36
9.1 Sistema de Monitoramento Clínico das PVHA	38
9.1.1 Como são medidas as lacunas de tratamento do HIV/aids no SIMC	39
9.1.2 Sugestões sobre o uso das informações disponibilizadas nos relatórios do SIMC	39
REFERÊNCIAS	42



1 INTRODUÇÃO

A epidemia de HIV/aids no Brasil teve início há 40 anos, antes da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei Federal 8.080/1990, marcos que se construíram tendo como base o acesso à saúde de forma universal, equitativa e integral como direito de todos(as) os(as) cidadãos e cidadãs. A resposta brasileira à epidemia de HIV/aids ocorre nesse contexto, e o acesso universal e gratuito às ações e insumos de tratamento e prevenção da infecção pelo HIV e das demais infecções sexualmente transmissíveis (IST) – garantido pelo país desde 1996 – possibilitaram transformar o cenário epidemiológico nacional.

A taxa de detecção de aids vem caindo no Brasil desde o ano de 2012. Em 2020, observa-se a maior redução anual da taxa, que chegou a 14,1 casos por 100 mil habitantes, o que está relacionado em parte aos efeitos da subnotificação de casos causada pela sobrecarga dos serviços de saúde durante a pandemia da covid-19. O Brasil também apresentou, no período de 2010 a 2020, queda de 29,9% no coeficiente de mortalidade por aids padronizado para o Brasil, que passou de 5,7 para 4,0 óbitos por 100 mil habitantes (HIV AIDS, 2021), além de aumento da sobrevivência das pessoas diagnosticadas com aids, superior a 12 anos, entre 2003 e 2007 (TANCREDI; DOMINGUES; GUIBU, 2019). Essa redução da mortalidade está relacionada, dentre outros elementos, à ampliação da oferta de testagem; ao diagnóstico precoce da infecção e à adoção da terapia antirretroviral (TARV) para todas as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) com diagnóstico confirmado, independentemente da situação imunológica. Essa estratégia, também conhecida como “Tratamento para todas as Pessoas”, foi incorporada ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos de 2013 (BRASIL, 2013), o que aproximou ainda mais prevenção e assistência, conforme as diretrizes globais da Prevenção Combinada (BRASIL, 2017e).

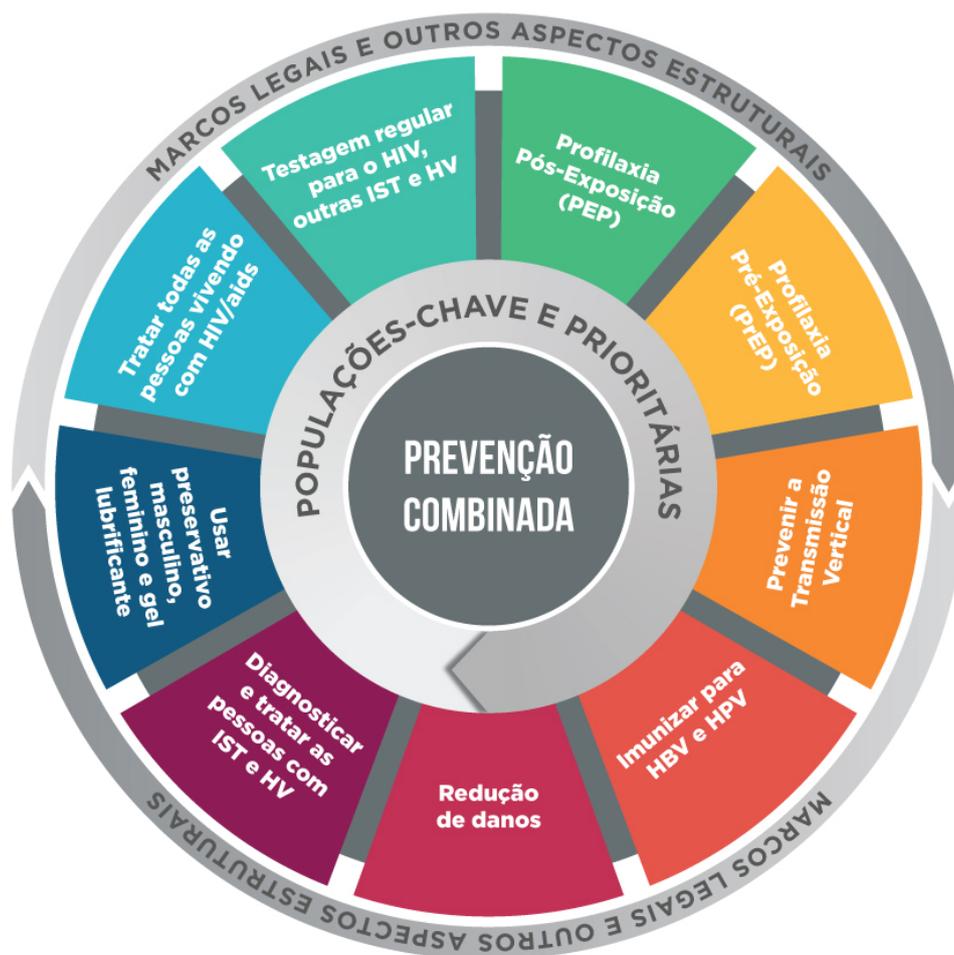
O pressuposto dessa estratégia de prevenção ao HIV é o de que as PVHA em TARV e com boa adesão ao tratamento apresentam, em geral, menor quantidade de vírus em circulação do que as pessoas que não estão em terapia, o que pode tornar a carga viral (CV) indetectável. Além dos benefícios para a saúde do indivíduo, a CV indetectável promove impacto positivo na redução da transmissão do HIV coletivamente (BRASIL, 2018a; PARTNER, 2016; RODGER, 2018).

Como forma de estabelecer estratégias globais para testar e tratar, foi lançado, pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaid), em 2014, um conjunto de metas, as chamadas Metas 90-90-90, para o enfrentamento da epidemia de HIV até 2020, com o objetivo de alcançar que: 90% das PVHA sejam diagnosticadas; que 90% das pessoas diagnosticadas estejam em

tratamento; e que 90% das pessoas em tratamento atinjam a condição de carga viral indetectável (inferior a 1.000 cópias/mL). Essas metas fazem parte da Declaração de Paris, assinada pelo Brasil, por meio da qual os países signatários se comprometem a contribuir com o enfrentamento da epidemia (UNAIDS, 2014). A implementação das Metas 90-90-90 foi considerada uma estratégia de sucesso para maximizar a testagem e ampliar o acesso das PVHA ao tratamento do HIV, o que levou à atualização das metas para o final do ano de 2025, com objetivos mais ambiciosos, com o aumento de 90% para 95% nas três categorias. Além disso, abordagens centradas nas pessoas também foram adotadas, no sentido de apoiar o alcance das metas (UNAIDS, 2021).

O Ministério da Saúde, alinhado aos documentos e pactuações internacionais (UNAIDS, 2014) e à recomendação do PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2013), que instituiu a oferta do Tratamento para todas as Pessoas, adota o paradigma da Prevenção Combinada do HIV (BRASIL, 2017e), que parte do pressuposto de que nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para conter novas infecções. Sendo assim, propõe-se a conjugação de ações biomédicas, comportamentais e estruturais, articulando desde intervenções de prevenção já consagradas na resposta ao HIV (como o uso de preservativos) até a introdução de novas tecnologias de prevenção, a exemplo das profilaxias pré e pós-exposição à infecção pelo HIV (PEP e PrEP), sem descuidar de questões estruturais como o enfrentamento à LGBTfobia, ao machismo, à criminalização e a todos os processos de estigmatização que afetam determinadas populações, tornando-as mais vulnerabilizadas ao HIV/aids.

FIGURA 1 - MANDALA DA PREVENÇÃO COMBINADA



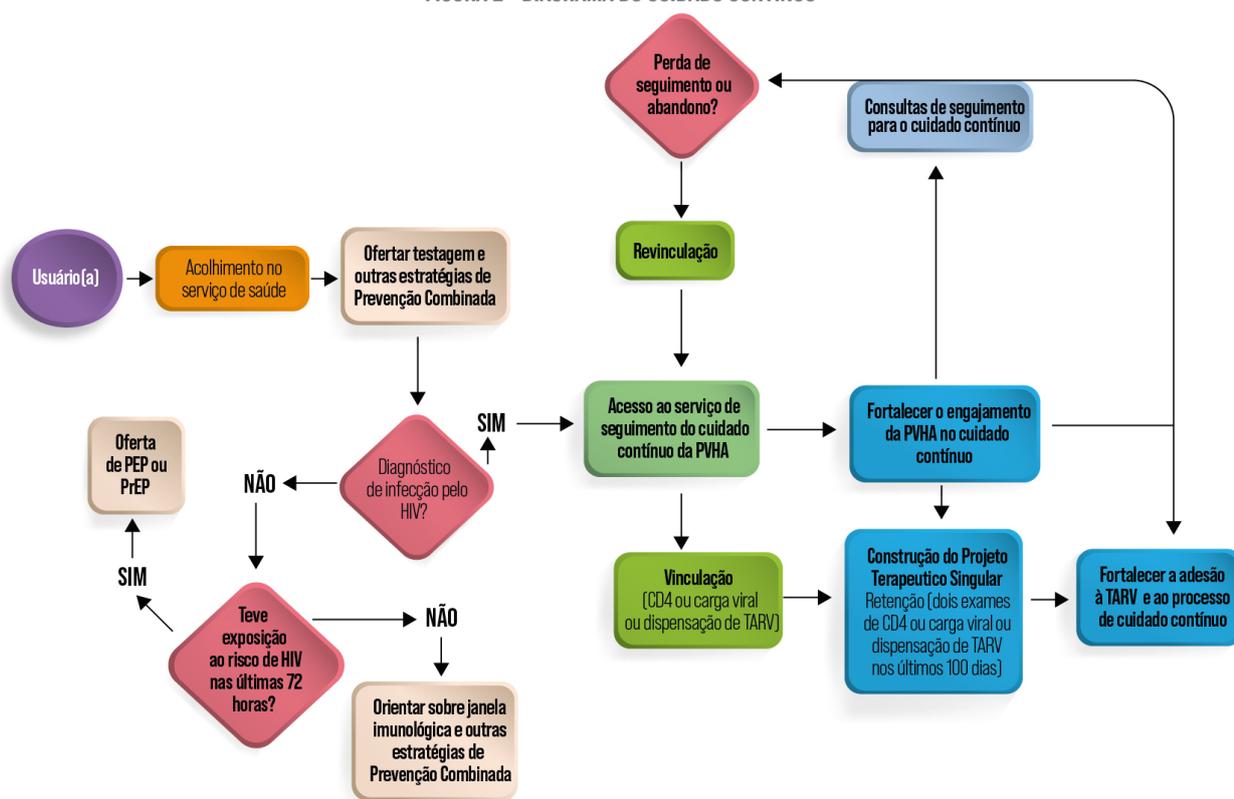
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

No que tange à estratégia do Tratamento para todas as Pessoas, não é incomum que os pacientes, em algum momento de suas vidas, passem pela experiência do abandono da TARV (RODRIGUES; MAKSUD, 2017), sendo a adesão ao tratamento uma

preocupação crescente. Nesse sentido, ações articuladas e compartilhadas de fomento à adesão ao tratamento e ao cuidado contínuo são imprescindíveis para o fortalecimento do cuidado integral das PVHA. O Manual de Adesão ao Tratamento das Pessoas Vivendo com HIV e Aids, publicado em 2008 pelo Ministério da Saúde, recomenda que esse estímulo seja realizado com foco não apenas na TARV, mas também a partir de uma abordagem integral, sempre respeitando a autonomia e os direitos das PVHA e estabelecendo estratégias dialogadas para potencializar o autocuidado e a adesão ao tratamento (BRASIL, 2008).

A concepção de cuidado contínuo das PVHA compreende que os indivíduos transitam por diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em diversos momentos da sua vida, com diferentes necessidades, não apenas de saúde (Figura 2).

FIGURA 2 – DIAGRAMA DO CUIDADO CONTÍNUO



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

O objetivo deste documento é trazer alguns conceitos e processos importantes para a garantia do cuidado contínuo das PVHA, como acolhimento, rastreamento e diagnóstico, acesso ao serviço de seguimento para o cuidado contínuo do HIV/aids, engajamento do(a) usuário(a) no processo de cuidado contínuo, adesão, abandono, revinculação e supressão viral. Ele destina-se a gestores(as) e a trabalhadores(as) da saúde envolvidos(as) com o cuidado relacionado ao HIV/aids, no intuito de aprimorar e qualificar a atenção às PVHA.



2 ASPECTOS IMPORTANTES PARA O CUIDADO CONTÍNUO DAS PVHA

2.1 ACOLHIMENTO E VÍNCULO DE RESPONSABILIZAÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA AUTONOMIA DAS PVHA

O cuidado contínuo das PVHA se inicia com o fornecimento de informações sobre HIV/aids e com a oferta da testagem de HIV e outras IST e inclui **acolhimento, vínculo e responsabilização** em todo o processo de cuidado, com respeito à **autonomia** e ao protagonismo da pessoa na construção de estratégias que facilitem o acesso aos serviços de seguimento, a vinculação e o engajamento no tratamento e que, sobretudo, promovam a **adesão ao tratamento**.

O **acolhimento** envolve a **escuta ativa** dos(as) usuários(as) e a promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre o que são o HIV e a aids, riscos e vulnerabilidades, práticas sexuais e uso de álcool e outras drogas, entre outras demandas. Essa abordagem possibilita o fortalecimento do vínculo e facilita a adesão ao tratamento e às demais tecnologias disponíveis, ofertadas pelos(as) trabalhadores(as) de saúde. Nesse processo, também é fundamental que a pessoa obtenha informações claras e objetivas, desde a prevenção até o diagnóstico e o tratamento. A escuta qualificada deve ser realizada com atenção e respeito, livre de preconceitos, possibilitando que a própria pessoa encontre soluções para suas questões.

É importante considerar uma abordagem que não tenha foco apenas no medicamento, mas que inclua questões como o corpo, as práticas sexuais, as formas de expressar a sexualidade, o gênero/identidade de gênero e a relação com o uso de substâncias psicoativas, entre outras, pois se essas questões cotidianas não forem incluídas compreensivamente no cuidado à saúde, há um maior risco de que as intervenções passem por julgamentos morais e juízos de valor, o que afeta diretamente a forma como cada pessoa se sente acolhida ou não (BRASIL, 2017e).

Além disso, o processo de cuidado contínuo das PVHA ocorre em diversos pontos da RAS e envolve a perspectiva da longitudinalidade do cuidado em rede, sendo essa uma das diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS). Tal processo implica a continuidade da relação de cuidado, com a construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários(as) ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, a realização de intervenções em saúde e o acompanhamento da vida das

pessoas, evitando, assim, a perda de referências e diminuindo os riscos decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado (BRASIL, 2017c).

A importância de trabalhar com a longitudinalidade do cuidado em rede às PVHA reside no fato de que as diferentes etapas do cuidado contínuo até podem acontecer em um único serviço, mas são muito mais consistentes quando articulam diversos pontos da rede, não apenas de saúde, mas intersetorial. Essa organização pode parecer desafiadora, mas apenas a estruturação de uma lógica de corresponsabilização e de cuidado compartilhado em rede permite construir caminhos para a garantia da integralidade.

Nesse sentido, recomenda-se, para o fortalecimento da integralidade do cuidado das PVHA, a valorização dos recursos da escuta, da educação em saúde e de atenção psicossocial, o compartilhamento do cuidado com a rede de saúde e a realização de articulações intersetoriais. A Política Nacional de Humanização (PNH) apresenta contribuições para o processo do cuidado contínuo das PVHA ao reforçar a clínica ampliada para a construção da autonomia e do autocuidado, que poderão ser alcançados com a prática do compartilhamento do cuidado, alterando radicalmente a postura tradicional de práticas prescritivas e buscando construir modos de potencializar a corresponsabilização entre usuários(as) e profissionais (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Na perspectiva do cuidado compartilhado, a construção de projetos terapêuticos singulares (PTS), prática comum no campo da saúde mental, baseia-se na recomendação de que os casos sejam discutidos coletivamente pela equipe multiprofissional e negociados com os(as) usuários(as), responsabilizando todos(as) pelas questões relacionadas ao cuidado das PVHA. O diálogo com os(as) usuários(as) sobre os esquemas terapêuticos com antirretrovirais (ARV), o gerenciamento de risco e a reflexão sobre aspectos psicossociais e estruturais são pontos fundamentais e de grande influência na adesão ao tratamento, devendo ser cotidianamente abordados pela equipe no trato com os(as) usuários(as), sem desprezar o núcleo de cada profissão.

2.2 O CUIDADO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A ampliação da oferta do teste rápido de HIV nos serviços de saúde, incluindo serviços de Atenção Primária, a adoção e divulgação das estratégias de Prevenção Combinada ao HIV, os atuais esquemas de TARV mais eficazes e toleráveis, a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa e da qualidade de vida de muitas das PVHA exigem a reorganização do modelo assistencial, incorporando o HIV/aids como um agravo de cuidado crônico. Para tanto, não basta apenas adotar protocolos e tecnologias de tratamento, ainda que fundamentais. Além disso, é preciso trabalhar com respeito, sem discriminação e sem estigmatização em relação às PVHA, priorizando seu direito à confidencialidade e o sigilo de suas informações.

Dessa forma, o cuidado integral das PVHA pressupõe a inclusão e a integração de serviços de complexidades assistenciais diferentes, visando o atendimento das demandas trazidas pelos sujeitos em sua totalidade, processo que não se limita ao manejo clínico e à prescrição de ARV. As linhas de cuidado constroem esse fluxo a partir dos pontos de atenção, estruturando um projeto geral de cuidado por meio de ações que envolvam atividades de promoção da saúde, prevenção, vigilância, apoio matricial e assistência direcionadas ao atendimento das demandas de saúde e articulações intersetoriais que permitam garantir um cuidado integral.

É importante que a equipe que recebe a PVHA possa realizar a escuta ativa com postura ética e acolhedora das demandas trazidas e, a partir desse relato, construir processos de estratificação de risco, fundamentais para definição de como e onde será realizado o acompanhamento do(a) usuário(a) dentro das RAS, sempre considerando as necessidades e a autonomia do sujeito.

O modelo de estratificação de risco aqui apresentado é apenas um exemplo, e os territórios têm liberdade para definir um modelo que melhor se adequa às suas realidades, considerando a capacidade da rede de serviços instalada e a

disponibilidade de trabalhadores de saúde. É importante que fiquem claros, para todos os atores envolvidos, os critérios clínicos a serem considerados.

QUADRO 1 – MODELO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

CONDIÇÕES	LOCAL DE SEGUIMENTO
<p style="text-align: center;">Assintomáticos estáveis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sinais ou sintomas ou diagnóstico de aids avançada (doenças definidoras de aids) ▶ Doença renal crônica (TFG < 60 mL/min ou proteinúria) ▶ Insuficiência cardíaca classe III e IV, cardiomiopatia isquêmica classe III e IV, outras cardiomiopatias ▶ Alterações neurológicas ou psiquiátricas incapacitantes ou de difícil manejo medicamentoso por interações com a TARV ▶ Pacientes com coinfeções (tuberculose-HIV, hepatite B-HIV e hepatite C-HIV) ▶ Gestantes e crianças ▶ Contagem de linfócitos CD4 < 200 células/mm³ ▶ Indicação de tratamento de segunda linha 	<p style="text-align: center;">Atenção Primária</p> <p style="text-align: center;">Serviço Especializado</p>

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Usuários(as) assintomáticos(as) e estáveis que já estão em acompanhamento nos serviços especializados (Serviço de Atenção Especializada – SAE e outros) podem se beneficiar do atendimento na APS dentro de uma proposta de cuidado compartilhado entre os dois serviços. É importante, nesse momento, considerar o desejo da PVHA de ser ou não atendida em uma Unidade de Saúde próxima à sua casa, acolhendo suas dúvidas em relação ao sigilo e confidencialidade de suas informações.

O cuidado compartilhado do HIV/aids deve ser incorporado à RAS, com apoio da rede intersetorial, sendo importante considerar outras redes de políticas públicas, como assistência social, educação e cultura, além de projetos específicos no âmbito local, que podem igualmente contribuir para derrubar as barreiras de acesso e fortalecer a adesão e o cuidado contínuo.

Dessa forma, o trânsito da PVHA entre os serviços caracteriza o itinerário terapêutico desse indivíduo para que suas necessidades em saúde sejam atendidas naquele momento, o que não significa que o(a) usuário(a) encaminhado fique vinculado apenas ao serviço de referência. Da mesma forma, os serviços especializados continuam participando do cuidado, caso haja mudanças na situação de saúde do indivíduo, e também como referência para os serviços de Atenção Primária em atividades como capacitação dos profissionais, apoio matricial, discussão de casos, consulta compartilhada, entre outras. Toda PVHA deve ser acolhida na APS, que deverá coordenar o cuidado, independentemente da condição clínica e do local de tratamento do HIV/aids.

A situação da gestante com HIV/aids é um exemplo importante do itinerário apontado anteriormente. Sabe-se que a porta de entrada preferencial das gestantes é a Atenção Primária e que, mesmo referenciadas, essas mulheres devem seguir com o cuidado compartilhado. Além disso, mesmo antes que a gestante acesse a Unidade Básica de Saúde (UBS), a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil. A equipe precisa conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. É importante, também, que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde. Quanto maior o vínculo entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início tempestivo do pré-natal.

Para dar apoio a essa estratégia, o Ministério da Saúde disponibiliza no site do Dathi (<https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo>) os seguintes materiais:

- ▶ Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde (BRASIL, 2017e);
- ▶ 5 Passos para a Implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica – manual para gestores (BRASIL, 2014a);
- ▶ Caderno de Boas Práticas no Manejo do HIV na Atenção Básica (BRASIL, 2014b);
- ▶ O manejo da infecção pelo HIV na atenção básica – para profissionais médicos (BRASIL, 2015);
- ▶ Cuidado integral das pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica - manual para a equipe multiprofissional (BRASIL, 2017f);
- ▶ HIV na Atenção Básica: material para profissionais de saúde e gestores (BRASIL, 2017g).

Além desses, pode-se acessar a linha de cuidado do HIV/aids no adulto em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hiv/>.

2.3 POPULAÇÕES-CHAVE E PRIORITÁRIAS

Definem-se como “populações-chave” os grupos populacionais com prevalências de HIV superiores às da população geral, determinadas por processos históricos de estigmatização e exclusão social. Não se deve confundir essa noção com o conceito de “grupo de risco”, que, além de estigmatizante, não inclui em sua definição a reflexão sobre vulnerabilidade social. Por fim, é importante lembrar que esses grupos são considerados chave pela importância de sua participação na construção de respostas à epidemia de HIV/aids.

Em decorrência de vulnerabilidade social, essas pessoas estão sob maior risco de infecção pelo HIV, devido a barreiras de acesso à prevenção, testes e tratamento. Em muitas situações, suas práticas e identidades são criminalizadas, o que as exclui das políticas públicas.

O monitoramento constante da infecção pelo HIV a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (Siscel), do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) nos permite observar que a epidemia, no Brasil, está concentrada em alguns segmentos populacionais (Tabela 1).

Enquanto na população geral a epidemia apresenta prevalência de 0,4% (BRASIL, 2017b), algumas pesquisas evidenciam taxas desproporcionais da infecção entre alguns segmentos populacionais quando comparados à população geral. Dentre os estudos mais importantes, têm-se as seguintes prevalências nestes segmentos populacionais:

- ▶ **Gays e outros homens que fazem sexo com homens:** prevalência de HIV de 18,4% (KERR *et al.*, 2018);
- ▶ **Pessoas trans:** prevalência de HIV entre mulheres trans e travestis entre 16,9% e 36,7%, não sendo possível estabelecer uma média (BASTOS *et al.*, 2018);
- ▶ **Trabalhadoras do sexo:** prevalência de HIV de 5,3% (FERREIRA-JUNIOR *et al.*, 2018);
- ▶ **Pessoas que usam álcool e outras drogas:** prevalência de 5,0% (BERTONI; BASTOS, 2014) e de 6,9% em pesquisa realizada em Pernambuco (SANTOS; ALMEIDA; BRITO, 2016);
- ▶ **Mulheres privadas de liberdade:** taxa global de 31,0 PVHA para cada mil mulheres (BRASIL, 2017a);
- ▶ **Pessoas privadas de liberdade:** o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias dos Sistemas Penitenciários Feminino e Masculino (BRASIL, 2017b) não traz informações sobre HIV/aids.

É importante observar que essas populações não estão fixadas em “identidades puras” (BRASIL, 2018b); outras determinantes sociais de saúde e a combinação de identidades e condições estigmatizadas podem ampliar vulnerabilidades. Assim, uma mulher

trans que seja trabalhadora do sexo, que use drogas e que esteja em privação de liberdade se encontra em um contexto de vulnerabilidade muito maior do que pessoas que expressem apenas uma ou outras dessas identidades e/ou práticas sociais, sem falar de outras condições de exclusão social, como desigualdades de renda, gênero, racial, etária, sociocultural, moradia, educação, entre outras.

Além das populações-chave, existem ainda os grupos definidos como “populações-prioritárias”, por apresentarem outros condicionantes que os tornam mais vulnerabilizados ao HIV/aids. A concentração de esforços de prevenção nesses segmentos mais afetados pela epidemia é fundamental para as estratégias de Prevenção Combinada do HIV.

São consideradas populações prioritárias para o HIV/aids:

- ▶ **População negra:** no período de 2007 a junho de 2018, dos casos de HIV registrados no Sinan, 46,1% ocorreram entre brancos, enquanto 52,9% se deram entre negros (pretos e pardos, sendo as proporções estratificadas 11,4% e 41,5%, respectivamente). Além disso, há um percentual de 8,5% de casos com raça/cor ignorada, o que poderia elevar ainda mais os casos entre pretos e pardos, considerando as dificuldades quanto à autodeclaração. Em relação à mortalidade por aids, verificou-se queda de 23,8% nos óbitos de pessoas brancas entre 2007 e 2017 e um crescimento de 25,3% na população negra no mesmo período (BRASIL, 2018c).
- ▶ **População jovem:** no período 2007-2018, observou-se um aumento de 132% na taxa de detecção em jovens de 20 a 24 anos, que passou de 15,6 a 36,2 casos a cada 100 mil habitantes; na faixa de 25 a 29 anos, essa taxa teve um incremento de 33%, aumentando de 38,2 a 50,9 casos a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2018c).
- ▶ **População em situação de rua:** uma pesquisa realizada no município de São Paulo, publicada em 2012, encontrou uma prevalência de HIV de 4,9% entre essa população (GRANGEIRO *et al.*, 2012).
- ▶ **População indígena:** ainda que a variável raça/cor tenha passado a ser um quesito de preenchimento obrigatório nos sistemas de informações dos agravos apenas muito recentemente¹, impondo limitações à robustez das informações que podem daí advir, as análises apresentadas pelo Relatório de Monitoramento Clínico do HIV (BRASIL, 2018c) demonstram que as PVHA brancas ou amarelas apresentam resultados melhores que as indígenas no que se refere a adesão, abandono, retenção e supressão viral pontual e sustentada. Entre as PVHA que iniciaram TARV no ano de 2016, 86% das autodeclaradas brancas ou amarelas estavam retidas 12 meses depois, enquanto as mesmas proporções são de 80% em negros e 74% em indígenas. Já a retenção aos 24 meses foi de 85% entre PVHA brancas/amarelas, 80% em negras e 76% em indígenas, dentre aquelas que iniciaram TARV em 2016. Por fim, a retenção aos 60 meses, para aquelas que iniciaram a terapia em 2013, foi de 74%, 65% e 56% entre brancas/amarelas, negras e indígenas, respectivamente.

¹Essa variável passou a ter seu preenchimento considerado obrigatório por determinação a partir da Portaria GM nº 344/2017.

QUADRO 2 – POPULAÇÕES-CHAVE PARA A RESPOSTA À EPIDEMIA DO HIV/AIDS

POPULAÇÃO	DEFINIÇÃO
Trabalhadoras do sexo	São pessoas adultas, de múltiplas identidades pessoais e sociais de pertencimento, mulheres e homens cis, travestis e transexuais, que exercem a troca consensual de serviços e atividades sexuais por dinheiro, bens, objetos ou serviços que tenham valor (seja de cunho monetário ou não), troca esta que pode assumir as mais variadas formas e modalidades. A prostituição pode ser realizada pela(o) profissional de forma ocasional ou regular (independentemente da frequência) e nos mais diversos espaços e situações, livres de coerção, discriminação e violência. No Brasil, esse exercício é considerado uma ocupação, garantindo visibilidade e garantias de direitos assistenciais e previdenciários (BRASIL, 2002). Além disso, há que avançar na área dos direitos sexuais das pessoas que exercem a prostituição e entendem a atividade como profissão, com grande impacto na saúde e prevenção às IST/HIV/aids e em novos caminhos de reivindicação social e política da categoria. Nesse sentido, em toda proposição, medidas e ações sobre saúde e trabalho sexual, é fundamental atentar às identidades de gêneros e suas especificidades e demandas sociais e econômicas. As trabalhadoras do sexo estão organizadas em nosso país há mais de 30 anos, trazendo expertise em constituir medidas públicas em contextos e ambientes que muitas vezes não reconhecem a sua atuação e papel significativo. Elas têm assumido a pauta da saúde nesse exercício, com conhecimento de seus territórios, campos de mobilidade, trânsito, permanência e intervenção.
Pessoas que usam álcool e outras drogas	São aquelas pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e que podem estabelecer tanto uma relação de abuso como de dependência com o uso. Geralmente, as pessoas que desenvolvem padrão de dependência com o uso de álcool e outras drogas apresentam perdas pessoais, afetivas e/ou laborais na vida em função do seu padrão de consumo e condições de vulnerabilidades sociais, com risco elevado de contrair ou transmitir agentes infecciosos por via sanguínea ou sexual. Entretanto, para além da relação de dependência, o uso abusivo de álcool e outras drogas, mesmo quando ocorre de forma esporádica, pode ser fator de risco em relação aos agravos, principalmente pela via sexual, pois pode levar ao relaxamento em relação aos métodos de prevenção.
Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)	São pessoas de identidade de gênero masculina que vivenciam suas sexualidades e afetos com outros homens. A distinção entre gays e HSH é que a primeira categoria, além da prática sexual, traz em seu bojo a noção de pertencimento e identificação, enquanto a segunda se encerra nas práticas sexuais e afetividades.
Pessoas trans	São pessoas cuja identidade e expressão de gênero diferem das normas e expectativas tradicionalmente associadas com sua genitália de nascimento. Inclui mulheres transexuais, travestis e homens trans.
Pessoas privadas de liberdade	São as pessoas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciadas para cumprimento de pena privativa de liberdade (nos regimes fechado, semiaberto ou aberto) ou em medida de segurança.
Populações prioritárias	Existem outras populações no Brasil que possuem características transversais que ampliam vulnerabilidades e que são denominadas populações prioritárias: população negra, população em situação de rua, população jovem e população indígena. Também é importante ressaltar que o uso de drogas e o trabalho sexual são práticas que podem transversalizar todas as populações e sobrepor vulnerabilidades.

Fonte: Dathi/SVSA/MS².

² Para mais informações sobre populações-chave para a resposta ao HIV, consultar o documento Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde (BRASIL, 2017e), disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf/view.

De fato, em que pesem os avanços obtidos no campo da assistência e da defesa dos direitos humanos, essas populações ainda são alvo de processos de estigmatização, e têm de lidar diariamente com diversos obstáculos para acessar ações e serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos pelos quais são acometidas. É sabido que essas pessoas têm muita dificuldade para chegar aos serviços de saúde e serem acolhidas, seja por suas dinâmicas sociais e/ou laborais, seja pelos contextos de extrema vulnerabilidade em que vivem, os quais incluem situações de violência, pobreza, machismo, sexismo, racismo, discriminação e criminalização, além de ampliar as barreiras de acesso à cidadania, aos direitos e às ações de cuidado integral à saúde (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; BATTISTELLA NEMES, 2015; BRASIL, 2018b).

Como forma de enfrentar essas barreiras de acesso, destacam-se algumas ações na perspectiva de ampliar a escuta e qualificar o acolhimento:

- ▶ Respeitar a **orientação sexual** dos(as) usuários(as);
- ▶ Respeitar as questões relacionadas a **gênero e identidade de gênero**;
- ▶ Respeitar a utilização do **nome social** das pessoas trans;
- ▶ **Não condicionar o acesso ao serviço à abstinência** no caso de uso de álcool e/ou outras drogas;
- ▶ Considerar o **racismo institucional e a violência de gênero** como determinantes e estruturantes dos entraves no acesso e equidade;
- ▶ Promover a participação das populações-chave e prioritárias nas etapas de implementação das políticas que tratem de suas questões de saúde e direitos, tanto nos espaços institucionais quanto nas organizações da classe, para sua **participação significativa**³;
- ▶ Atentar para as especificidades das **identidades de gênero**, demandas sociais e econômicas nas proposições, medidas e ações sobre saúde e trabalho sexual;
- ▶ Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, **incluindo os quesitos raça/cor e identidade de gênero em todos os instrumentos de coleta de dados** adotados pelos serviços públicos como informação obrigatória e não facultativa. A não coleta da informação raça/cor ou a coleta de má qualidade é uma das manifestações do racismo nas instituições de saúde⁴.

³ O conceito de participação significativa se refere:

- ao direito de decidir como se dá a representação, e por quem;
- ao direito de escolher as formas de envolvimento no processo participativo;
- ao direito de decidir como participar ou não;
- a ter peso igual ao dos trabalhadores de saúde quanto à implementação de projetos e programas (GLOBAL NETWORK..., 2017).

⁴ A Portaria GM Nº 344/2017 dispõe sobre a obrigatoriedade da autodeclaração do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Nos casos de recém-nascidos, óbitos ou situações em que o usuário estiver impossibilitado para tanto, a declaração caberá aos familiares ou responsáveis. Se não houver responsável, os trabalhadores de saúde preencherão o campo denominado raça/cor (BRASIL, 2017a).



3 RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE HIV

No Brasil, estima-se que 11% das pessoas com HIV desconhecem sua sorologia. A realização da testagem é o primeiro passo para que uma pessoa possa conhecer seu *status* para o HIV e construir suas estratégias de prevenção, bem como as ações de tratamento e acompanhamento em caso de resultado reagente. Não obstante, independentemente do resultado, o momento da testagem pode ser uma oportunidade para o indivíduo refletir, com o apoio da equipe de saúde, sobre seus riscos e vulnerabilidades, e ampliar seus conhecimentos sobre outras estratégias de prevenção (BRASIL, 2017e).

Com relação à universalização da oferta do tratamento de HIV/aids e a consequente redução da mortalidade por aids, um dos desafios a serem enfrentados está no diagnóstico e início tardios do tratamento de pessoas que chegam aos serviços, muitas vezes já apresentando sintomas de aids. Essa situação está diretamente relacionada ao acesso a serviços que ofertam testagem no SUS, dentre outros elementos.

Várias estratégias têm sido implementadas em todo o mundo no sentido de focalizar a testagem para HIV em populações sob maior risco de exposição ao HIV e menor acesso aos serviços de saúde.

O Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi) lançou, em julho de 2020, o Guia Rápido de Testagem Focalizada para o HIV (BRASIL, [2020]), documento que apresenta uma proposta de construção de estratégias focalizadas de testagem.

Além disso, o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV (BRASIL, 2018d), regulado pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013, apresenta diferentes fluxogramas de diagnóstico com o objetivo de viabilizar a oferta de testagem em diferentes situações e locais, que podem ou não dispor de infraestrutura laboratorial. Isso possibilita que a testagem seja ofertada em qualquer ponto de atenção à saúde, e que trabalhadores(as) e serviços possam escolher as formas mais adequadas à sua realidade local, ampliando o acesso de todos(as) os(as) usuários(as) ao diagnóstico da infecção pelo HIV.

De acordo com o Manual Técnico, o fluxograma preferencial para o diagnóstico da infecção pelo HIV inclui a realização de testes rápidos (TR), pois permite o diagnóstico com brevidade. Os TR são realizados em até 30 minutos, e não necessitam de infraestrutura laboratorial. Por isso, são ferramentas de grande importância para a expansão da oferta de rastreio da

infecção pelo HIV, ampliando as possibilidades e locais onde o diagnóstico pode ser feito. No âmbito do Ministério da Saúde, são fornecidos testes rápidos (que utilizam amostras de sangue total obtidas por punção digital ou fluido oral) e autotestes.

Os **testes rápidos** podem ser realizados por trabalhadores(as) da saúde capacitados, no âmbito dos serviços de saúde, sejam eles da APS, Maternidades, Rede de Urgência e Emergência ou de outras unidades que compõem a RAS, identificadas como prioritárias para essa oferta, e nas ações extramuros (BRASIL, 2018d).

Já os **autotestes** podem ser realizados pela própria pessoa a ser testada, no local e no momento que forem mais convenientes. Existem no Brasil opções de autotestes para HIV que utilizam amostras de sangue total, coletadas por punção digital, ou amostras de fluido oral. Em caso de resultado reagente, há a necessidade de que a pessoa procure um serviço de saúde para realização de um fluxograma de diagnóstico completo (BRASIL, 2018d).

Independentemente do tipo de teste, a maneira como o(a) profissional informa o diagnóstico ao usuário(a) contribui para a aceitação, o vínculo com o serviço de saúde e a adesão ao tratamento no processo de cuidado contínuo. No caso de resultados não reagentes nos testes e de persistência da suspeita de infecção, é recomendável solicitar o retorno da pessoa para nova avaliação. Também é importante a oferta de outras opções de Prevenção Combinada.

Para a utilização dos testes, o Dathi fornece capacitação à distância, gratuitamente, por meio do Telelab (<https://telelab.aids.gov.br/>). A plataforma disponibiliza vídeos que apresentam o passo a passo dos procedimentos para a realização de todos os testes fornecidos pelo Ministério da Saúde, além de material complementar para cada vídeo-aula (BRASIL, 2018d).



4 ACESSO AO SERVIÇO DE SEGUIMENTO DO CUIDADO CONTÍNUO DAS PVHA

A partir do diagnóstico, é necessário garantir o **acesso ao serviço de saúde** que fará o seguimento do cuidado contínuo da PVHA. As diferentes etapas do cuidado da PVHA podem acontecer em um mesmo serviço ou em diversos pontos da rede. Essa organização pode se configurar como um desafio para a estruturação da lógica de cuidado compartilhado e integralidade.

Caso o diagnóstico seja realizado em um local que não ofereça acompanhamento clínico da PVHA, os fluxos para encaminhamento devem ser resolutivos e organizados para a garantia do vínculo do(a) usuário(a). Quando o diagnóstico é feito em local que realiza o acompanhamento clínico da PVHA, é necessário garantir o cuidado integral, abordando outras demandas de saúde ou referenciando a pessoa para a equipe de saúde responsável. Entre os serviços de saúde envolvidos nesse processo, estão os serviços da Atenção Primária, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Consultórios na Rua (CnaR); os Serviços de Atenção Especializada (SAE); os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA); as unidades de urgência e emergência; as maternidades e qualquer outro tipo de serviços de saúde, públicos ou privados. Esse caminho, do diagnóstico ao início do cuidado contínuo (que inclui a realização de exames complementares e oferta da TARV), é chamado de vinculação (BRASIL, 2017e).

Em relação à vinculação, cabe diferenciar o conceito adotado como indicador de monitoramento clínico e o conceito de vinculação adotado para o início do cuidado contínuo da pessoa recém diagnosticada com HIV.

- ▶ Como indicador de monitoramento clínico da cascata de cuidado contínuo, as PVHA vinculadas são aquelas que, no ano da análise, fizeram algum exame de CD4 ou carga viral ou tiveram dispensação de TARV.
- ▶ Já o conceito de vinculação adotado para o início do cuidado contínuo é mais abrangente, pois inclui os procedimentos adotados para o monitoramento clínico, mas compreende também o processo que abrange acolhimento, orientação, direcionamento e encaminhamento de uma pessoa recém-diagnosticada com HIV ao serviço de saúde para que ela realize as primeiras consultas e exames, tenha acesso à TARV o mais breve possível e desenvolva autonomia para o autocuidado (BRASIL, 2017e).

4.1 O QUE É?

A partir das diferenciações colocadas acima, ressalta-se que a vinculação é, principalmente, **o processo organizado para auxiliar usuários(as) recém-diagnosticados(as) com HIV a terem acesso aos serviços que realizam cuidados e tratamento do HIV/aids, e permanecerem vinculados, contribuindo para a construção do vínculo ao serviço e adesão ao cuidado da saúde.**

Todo esse processo deve estar focado na garantia do acesso ao serviço de saúde e na construção de vínculo, assim como na orientação do(a) usuário(a) e no fortalecimento da sua autonomia em relação ao autocuidado.

4.2 QUEM FAZ?

O processo para garantir o acesso ao serviço de seguimento do cuidado contínuo das PVHA pode ser realizado por:

- ▶ Trabalhadores(as) envolvidos(as) na testagem ou no momento do diagnóstico de qualquer ponto da rede, sejam unidades públicas ou privadas;
- ▶ Pares, que, por meio de projetos com a Organização da Sociedade Civil (OSC) ligados às PVHA e às populações-chave/prioritárias, realizam ações programadas conforme a realidade local e diferentes contextos de atuação, especialmente nas zonas de sociabilidade dessas populações. Por terem vivências comuns e muitas vezes o mesmo agravo, essas organizações possuem metodologias próprias (educação entre pares) para abordagem e construção de relações de confiança, utilizando a mesma linguagem da pessoa e oportunizando o acesso direto.

Educação entre pares é uma metodologia que trabalha na lógica de compartilhar conhecimento e orientações a partir de indivíduos que realizarão a abordagem junto a pessoas ligadas ao mesmo grupo a que pertencem. Ou seja, a pessoa que recebe a orientação se identifica, de alguma forma, com o indivíduo que está levando determinada ação educativa ou em saúde. Para o objetivo de diagnóstico e perspectiva de vinculação de uma PVHA, a educação entre pares pode representar um importante instrumento para superar algumas barreiras.

Trata-se, assim, de diferentes atores, e por vezes de diferentes serviços, instituições ou organizações, que farão a ligação entre o momento da testagem e a vinculação ao serviço de saúde responsável pelo subsequente acompanhamento do(a) usuário(a). Em todos os casos, é importante que o vinculador seja acolhedor, mostre empatia e tenha consciência do seu papel de facilitador do acesso da PVHA ao serviço de saúde.

4.3 COMO FAZER?

A ligação entre o momento da testagem e o acesso ao serviço de saúde que fará o acompanhamento para o cuidado contínuo do(a) usuário(a) recém diagnosticado(a) com HIV deve ser feita da forma mais articulada e integrada possível para facilitar o vínculo. Esse processo compreende:

- ▶ **Encaminhamento resolutivo** dos casos para os serviços de referência, sejam estes da Atenção Básica ou Especializada, de acordo com a organização da rede local, com estabelecimento de estratégias para a garantia do acesso e o cuidado compartilhado;
- ▶ **Acompanhamento** dos(as) usuários(as) após o diagnóstico, quando estes(as) ainda não estiverem vinculados(as) a um serviço de referência, de modo a contribuir para o processo de assimilação e significação da nova condição sorológica e para a adesão ao cuidado contínuo.

Sugestões para qualificar o acesso ao serviço de seguimento do cuidado contínuo das PVHA e a construção de vínculo no serviço de saúde:

- ▶ Contatar previamente o serviço de referência que acolherá a PVHA;
- ▶ Encaminhar a PVHA com a referência do(a) profissional que irá atendê-la, data e horário do exame e/ou primeira consulta;
- ▶ Manter contato com a PVHA, oferecendo apoio e suporte para suas necessidades durante o processo de vinculação;
- ▶ Em todo o processo de vinculação, atentar para a garantia do vínculo da PVHA com o serviço de saúde, a orientação e o fortalecimento da sua autonomia em relação ao autocuidado.

Além disso, para realizar o encaminhamento resolutivo, o acesso e a construção do vínculo no serviço de saúde do seguimento de HIV/aids, o processo de acolhimento e escuta inclui:

- ▶ Respeitar o tempo necessário para que o(a) usuário(a) assimile o resultado reagente e expresse seus sentimentos;
- ▶ Prestar apoio emocional;
- ▶ Abordar questões sobre confidencialidade e sigilo;
- ▶ Identificar o local de residência da pessoa, mapeando os serviços mais próximos e as possibilidades existentes dentro da rede local;
- ▶ Conhecer o fluxo de referência estabelecido na RAS para vincular a pessoa ao serviço mais adequado à continuidade da assistência;
- ▶ Se oportuno e necessário, explicar as diferenças clínicas entre HIV e aids;
- ▶ Elucidar o que é CD4, carga viral, o conceito de carga viral indetectável e medicamentos ARV;
- ▶ Abordar as vantagens do início precoce do tratamento e da adesão à TARV;
- ▶ Enfatizar a importância e os benefícios de alcançar a carga viral indetectável.

Quando existente, acredita-se que a parceria com OSC pode contribuir com o aprimoramento do processo de vinculação, na medida em que:

- ▶ Promove a melhoria da comunicação mediante uma linguagem culturalmente adequada, entre outras questões específicas de cada população-chave/prioritária;
- ▶ Possibilita a participação dos vinculadores de base comunitária em grupos de ajuda mútua e em atividades extramuros;
- ▶ Disponibiliza locais extramuros para a realização de grupos de ajuda mútua, com horários flexíveis;
- ▶ Facilita o acesso a zonas de sociabilidade das populações-chave/prioritárias, com o objetivo de realizar ações de prevenção, testagem, diagnóstico, vinculação e tratamento;
- ▶ Permite a identificação de barreiras de acesso durante o processo de vinculação, que não seriam verificadas de outra forma.

A participação da OSC na etapa inicial do cuidado pode ser realizada de diversas maneiras:

- ▶ Testagem fora dos serviços de saúde, como, por exemplo, a estratégia Viva Melhor Sabendo (VMS), bem como outras iniciativas locais, e acompanhamento das pessoas com resultados reagentes aos serviços de saúde para confirmação diagnóstica;
- ▶ Parceria com serviços de saúde, auxiliando no acesso, no processo de acolhimento, na construção do vínculo aos serviços ou após o encaminhamento do(a) usuário(a);
- ▶ Acolhimento, auxílio e orientação às PVHA que buscam por conta própria essas instituições.

A atuação de PVHA ou de indivíduos das populações-chave na vinculação do(a) usuário(a) apresenta melhor resposta, visto que o diálogo entre pares aumenta a chance de aceitação desse processo (STEWART *et al.*, 2017). Tal se deve à identificação do(a) usuário(a) com o(a) agente que o(a) acompanha e orienta.



5 ENGAJAMENTO DA PVHA NO CUIDADO CONTÍNUO

Dado o acesso das PVHA ao serviço de saúde para o seguimento do cuidado contínuo, é necessário trabalhar as condições para o engajamento dessas pessoas no seu processo de cuidado. Nessa etapa, cria-se o verdadeiro vínculo das PVHA ao serviço de saúde, o que abrange o conceito de **retenção ao serviço de saúde**, um dos indicadores da cascata do cuidado contínuo do HIV/ aids, utilizado no monitoramento clínico das PVHA. Para esse fim, PVHA retidas ao serviço de saúde são aquelas que fizeram pelo menos dois exames de CD4 ou carga viral ou tiveram dispensação de TARV nos últimos 100 dias (BRASIL, 2018c).

5.1 O QUE É?

Essa etapa diz respeito ao processo contínuo de acompanhamento clínico das PVHA vinculadas aos serviços de saúde. Tem como objetivo **propiciar o engajamento dos(as) usuários(as) no seu processo de cuidado contínuo, o comparecimento às consultas nos intervalos recomendados, a realização de exames de seguimento e o acesso à TARV no tempo oportuno, respeitando a autonomia e o autocuidado.**

5.2 QUEM FAZ?

Esse processo envolve diretamente as equipes multiprofissionais de saúde dos serviços responsáveis pelo seguimento clínico das PVHA e que realizam diversas ações do cuidado contínuo dessas pessoas.

O processo contínuo de acompanhamento clínico das PVHA vinculadas e retidas aos serviços de saúde pode ser realizado em parceria com membros das OSC, desde que estas estejam diretamente ligadas a um serviço de saúde, pois o processo requer monitoramento clínico e conhecimento de dados de sistemas de informações, prontuários e outros mecanismos de acompanhamento do(a) usuário(a).

5.3 COMO FAZER?

Essa etapa do processo de cuidado contínuo envolve maior participação do(a) usuário(a) para potencializar o engajamento no seu processo de cuidado. Isso pode ser feito a partir da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que, segundo a

Política Nacional de Humanização (PNH), significa o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do(a) usuário(a), incluindo a rede intersetorial, com base em uma avaliação de risco e vulnerabilidades (BRASIL, 2007). O PTS dos(as) usuários(as) com diagnóstico positivo para o HIV pode ser construído a partir de quatro momentos:

- 1) **Diagnóstico:** o diagnóstico do HIV e de qualquer outro agravo inclui uma avaliação orgânica e psicossocial que possibilite conhecer os riscos e as vulnerabilidades da PVHA. Esse olhar abrangente possibilitará construir, junto com o(a) usuário(a), ações integradas e compartilhadas que incluam intervenções estruturais e que façam parte da Prevenção Combinada para a resposta à epidemia.
- 2) **Troca de informações e definição de metas:** as práticas prescritivas, quando marcadas pela falta de informações dos(as) usuários(as) diante do que é receitado, podem se refletir na ausência de discussão sobre efeitos indesejáveis da medicação. É importante ofertar informações sobre o tratamento, o que inclui os benefícios individuais e coletivos do uso de ARV (a exemplo da carga viral indetectável), bem como sobre possíveis efeitos adversos. Além disso, a equipe de saúde precisa ter elementos sobre a história e a dinâmica de vida da PVHA para, conjuntamente, construir propostas de metas de curto, médio e longo prazo, que incluem realização de exames laboratoriais, uso de ARV, comparecimento às consultas nos intervalos recomendados e outras medidas de cuidado que fortalecem a adesão e contribuem com a supressão da carga viral.
- 3) **Divisão de responsabilidades:** é importante que a equipe multiprofissional de saúde defina com clareza as tarefas de cada um de seus integrantes, para trabalhar as questões singulares de cada usuário(a) a partir do vínculo estabelecido com cada profissional.
- 4) **Reavaliação:** esse é o momento de discutir a evolução dos casos e rever o PTS, juntamente com o(a) usuário(a), quando for necessário. É importante utilizar informações referentes ao monitoramento clínico para acompanhamento dos casos.

As informações precisam ser transmitidas em linguagem adequada, conforme o perfil do(a) usuário(a), para melhor compreensão. Esse processo de educação e orientação pode incluir não apenas as PVHA, mas também as pessoas que convivem com as PVHA, pois o cuidado contínuo é feito dentro e fora da unidade de saúde.

Destaca-se a importância do vínculo dos(as) trabalhadores de saúde, dos membros da OSC e das parcerias intersetoriais com as PVHA durante o processo do cuidado contínuo, para promover o fortalecimento da confiança e o cumprimento dos acordos firmados.

Isso posto, cabe lembrar que essa etapa envolve a retenção das PVHA no processo de tratamento. A retenção nos serviços engloba tanto as PVHA que já estão em TARV quanto aquelas que ainda não iniciaram o tratamento, e pode ser trabalhada de formas distintas nesses dois grupos.

Entre aqueles(as) que ainda não iniciaram a TARV, recomenda-se menor intervalo entre uma consulta e outra e o acompanhamento frequente da evolução clínica desse indivíduo, com respeito à sua autonomia. Consultas mais espaçadas podem levar ao enfraquecimento do vínculo entre o(a) usuário(a) e a equipe de saúde.

Para aqueles(as) que já iniciaram a TARV, os conceitos de retenção e de adesão interagem entre si. Além do comparecimento às consultas, o indivíduo deve também realizar a retirada regular de medicamentos. Diante do não comparecimento a uma consulta ou do atraso na retirada de medicamentos, o serviço deverá contatar a PVHA, se necessário por meio de busca ativa⁵, com especial atenção para as pessoas que se apresentam tardiamente aos serviços (CD4 < 350), coinfectedados TB-HIV e outras IST, gestantes, adolescentes e crianças, populações-chave e prioritárias e pessoas em situação de maior vulnerabilidade.

⁵ Trabalhadores de saúde podem realizar vigilância, busca ativa e outras ações previstas na constituição, resguardada a ética e o devido cuidado do uso de qualquer informação de saúde do cidadão brasileiro (diagnóstico do HIV ou qualquer outro agravo), considerando a revogação da Instrução Normativa nº 1.626/GM/MS/2007 pela Instrução Normativa nº 593/2015, que a substituiu e que desobrigou a exigência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O monitoramento clínico das PVHA pode ser feito por meio dos recursos disponíveis, como prontuários, reuniões de equipe, PTS, sistemas de informação – a exemplo do Sistema de Informações de Monitoramento Clínico das PVHA (SIMC) –, de forma a realizar o acompanhamento mais frequente da evolução clínica das PVHA que estão com carga viral detectável ou que apresentam irregularidade no tratamento e dos demais casos citados anteriormente. A gestão da clínica pode ser usada para gerar ações de melhoria contínua no cuidado das PVHA.

Os serviços de saúde devem organizar-se para garantir sistematicamente:

- ▶ Um espaço reservado para o acolhimento de novos(as) usuários(as), especialmente quando se tratar de pessoas recém diagnosticadas;
- ▶ O agendamento das consultas, conforme intervalo recomendado. Os intervalos variam conforme a necessidade de cada PVHA;
- ▶ O monitoramento sistemático dos sistemas de informação⁶ para acompanhar a evolução clínica das PVHA que estejam com carga viral detectável, que apresentem irregularidade no tratamento ou que tenham alguma coinfeção;
- ▶ A solicitação e o acompanhamento do resultado dos exames, conforme rotina estabelecida nas recomendações dos PCDT vigentes.

⁶ Os sistemas de informação serão detalhados no Capítulo 9 deste documento.



6 ADESÃO

No engajamento da PVHA em seu processo de produção de saúde, o cuidado contínuo e a adesão ao tratamento se complementam e devem trabalhar na perspectiva da longitudinalidade do cuidado. Essa etapa do cuidado contínuo compreende um processo dinâmico e multifatorial, que parte do PTS construído com o(a) usuário(a) e inclui aspectos físicos, psicossociais, estruturais, culturais e comportamentais que facilitem a aceitação e a integração de determinado acompanhamento no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo a participação dos(as) usuários(as) em todo o processo (BRASIL, 2008).

6.1 O QUE É?

Entende-se como adesão a **utilização correta dos medicamentos ARV prescritos pela equipe de saúde para o tratamento das PVHA, respeitando as doses, horários e outras indicações**. Ressalta-se que o **processo de adesão vai além da ingestão de medicamentos**, incluindo também: o **fortalecimento da PVHA; o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde; o acesso à informação; o acompanhamento clínico-laboratorial; a adequação aos hábitos e às necessidades individuais; a vinculação em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e das redes intersetoriais para atendimentos complementares e/ou especializados; e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde para promover a corresponsabilização do cuidado** e, com isso, estimular a **maior autonomia dos(as) usuários(as)**.

6.2 QUEM FAZ?

Ações de adesão podem ser realizadas por qualquer integrante da equipe de saúde, garantidas as condições de sigilo e abordagem não culpabilizante. A adesão também pode ser promovida em parceria com as OSC que realizam ações de pares e que estejam articuladas com os serviços, programas e projetos das redes intersetoriais, especialmente da assistência social, sobretudo quando se trata de PVHA em condição de extrema vulnerabilidade social.

6.3 COMO FAZER?

Todas as pessoas envolvidas no processo de adesão podem usar o momento do contato com a PVHA para fortalecer a importância de aderir à TARV, reforçando os benefícios dos medicamentos e ouvindo possíveis dificuldades, além de elaborar estratégias que possam orientar e auxiliar o indivíduo sobre a sua saúde.

A retomada do PTS nesse momento é importante para evidenciar as necessidades de cuidado do(a) usuário(a) que podem se relacionar à adesão e para definir as articulações que serão necessárias com outros serviços e com a rede.

A equipe precisa construir, em seu processo de trabalho, uma dinâmica de vigilância para acompanhar e saber quem são as PVHA do seu território, a situação imunológica dessas pessoas, o seguimento laboratorial e a adesão. É importante o acompanhamento sistemático dos casos das pessoas com apresentação tardia (CD4 < 350), coinfectados TB-HIV e outras IST, gestantes, adolescentes e crianças, populações-chave e prioritárias e pessoas em situação de maior vulnerabilidade.

Para a manutenção da adesão, os(as) trabalhadores devem estar atentos(as) e realizar intervenções para aqueles(as) que apresentam retirada irregular de TARV, com atrasos graduais. Nesses casos, a chance de efetividade em relação à manutenção da adesão costuma ser maior do que após o abandono já ter acontecido.

Ações de adesão podem ser realizadas por meio de **acolhimento, escuta individual ou coletiva, atendimento individual, grupos presenciais, grupos virtuais, articulação com OSC e redes intersetoriais (especialmente com serviços da assistência social), ações entre pares**, entre outras formas que poderão ser organizadas no território, de acordo com as demandas e necessidades de cada contexto e de cada usuário(a).

Os atendimentos individuais são dedicados ao acompanhamento medicamentoso, psicoterápico, psicossocial e de orientação. Não obstante, podem emergir questões importantes para vinculação e retenção, que podem e devem problematizadas.

Os grupos podem ser terapêuticos, operativos, de ajuda mútua e de atividades de suporte social, entre outros, tendo os trabalhadores ou os(as) próprios(as) usuários(as) como moderadores(as), a depender do tipo de grupo adotado. Porém, independentemente da metodologia, essa é uma modalidade de intervenção que possibilita a ideia de pertencimento e de compartilhamento de dificuldades ou reflexões sobre a construção de estratégias relacionadas à promoção da saúde, baseada em trocas de experiências, trabalho coletivo, diálogo e escuta.

Os serviços também poderão realizar visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família (entendida em seu sentido ampliado, e não apenas nuclear); atividades comunitárias com foco na Prevenção Combinada e na desconstrução de processos de estigmatização e preconceito relacionados ao HIV/aids, **sempre respeitando o sigilo em relação ao diagnóstico**.

As equipes de saúde, de acordo com sua responsabilização e função na rede de atenção, também poderão ofertar aos(as) usuários(as) adscritos(as) aos seus territórios intervenções em saúde disponíveis em suas redes para o fortalecimento do autocuidado e a promoção da própria saúde, sem, necessariamente, ter como foco o HIV, como as Práticas Integrativas e Complementares (PIC)⁷ no âmbito da Atenção Primária, a exemplo da fitoterapia, acupuntura, homeopatia, entre outras, contemplando as terapias alternativas e práticas populares no SUS e fortalecendo o cuidado integral.

Além disso, no intuito de favorecer a adesão ao tratamento do HIV/aids, o Ministério da Saúde desenvolveu o aplicativo “Viva Bem” para que as PVHA fortaleçam sua apropriação sobre questões sobre sua saúde e o seu autocuidado.

⁷ As PICs foram instituídas no SUS mediante a Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, que “aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde”, e ampliadas pela Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, que “inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares”.

FIGURA 3 – APLICATIVO “VIVA BEM”



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

O aplicativo pode ser acessado por PVHA que realizam ou não exames na rede pública, aderentes ou não à TARV. Ele promove o acesso a informações e facilidades tais como:

- ▶ Resultados de exames de CD4, CV e genotipagem;
- ▶ Histórico de esquemas de ARV utilizados;
- ▶ Histórico de informação sobre dispensações;
- ▶ Alerta automático da necessidade da retirada de medicamentos e realização de exame de carga viral;
- ▶ Inclusão de consultas e vacinas no calendário para que o aplicativo dê o alerta no dia do evento;
- ▶ Consulta de informações sobre interações medicamentosas.

O aplicativo pode constituir um instrumento potente para fortalecer a autonomia, o engajamento e a participação do(a) usuário(a) no seu processo de cuidado, e consequentemente, para auxiliar na adesão ao tratamento.

Como forma de fortalecer a adesão à TARV, algumas orientações podem ser consideradas no processo de escuta e acompanhamento individual e/ou coletivo junto aos(as) usuários(as):

O processo de adesão é facilitado quando o serviço acolhe e compreende as múltiplas formas de viver e os diferentes contextos de vida dos indivíduos. Respeitar a história das pessoas, suas formas de ser e de viver e as condições de vida é uma postura essencial para estimular a adesão ao tratamento.

Fatores a serem considerados para o fortalecimento da adesão à TARV:

- ▶ Aspectos sociais e emocionais, como a aceitação do diagnóstico;
- ▶ Aspectos comportamentais, como o uso de álcool e outras drogas e a relação estabelecida com a substância;
- ▶ Suporte familiar e comunitário e rede social;
- ▶ Estilo de vida e fatores como idade, trabalho e rotina;
- ▶ O melhor horário para tomada dos medicamentos;
- ▶ Efeitos adversos e possíveis soluções;
- ▶ Consequências da falta de adesão à TARV;
- ▶ Aspectos estruturais, como o contexto socioeconômico;
- ▶ Parcerias com serviços das redes intersetoriais;
- ▶ Práticas sexuais e uso de álcool e outras drogas, abordando ofertas de Prevenção Combinada e de cuidado contínuo, de acordo com a realidade de cada pessoa;
- ▶ Os direitos sexuais e reprodutivos da PVHA.

6.3.1 Redução de danos para o uso de álcool e outras drogas entre PVHA em TARV

O uso de substâncias como álcool e outras drogas sempre esteve presente nas diversas culturas, ocupando um lugar diferente de acordo com o contexto social. Nos últimos anos, tem-se observado um crescimento do consumo de drogas estimulantes, associado a riscos e danos diversos em contextos de extrema vulnerabilidade social (BASTOS; BERTONI, 2014). Porém, independentemente das diferentes propriedades de cada substância, o uso de álcool e outras drogas pode estar relacionado a comportamentos de risco, incluindo o relaxamento em relação ao uso de preservativos e outras formas de autocuidado, à dificuldade de adesão ou à descontinuidade do tratamento de HIV/aids, entre outros. Nesse sentido, olhar para essa questão de forma abrangente e sem impor condições para o acesso ou cuidado, na perspectiva da redução de danos, é um aspecto importante para o fortalecimento do cuidado integral e para o engajamento do(a) usuário(a) no seu processo de cuidado.

Em relação às PVHA que fazem uso de álcool e outras drogas, as dificuldades associadas à adesão à TARV ou à descontinuidade do tratamento podem ser de diversas ordens, como psíquicas, sociais, estruturais, ou mesmo relacionadas às interações medicamentosas (BRASIL, 2008). Contudo, os novos esquemas antirretrovirais avançaram não somente na possibilidade de alcançar mais rapidamente a carga viral indetectável e, com isso, ampliar a qualidade de vida, como também na diminuição das interações medicamentosas com álcool e outras drogas. Portanto, os problemas mais comuns da adesão ao tratamento estão associados mais a falhas na tomada de medicamentos ou à percepção de que os antirretrovirais não podem ser utilizados em horários próximos da ingestão de bebidas alcoólicas, e menos a possíveis efeitos adversos.

Cabe aos trabalhadores de saúde ofertar aos(às) usuários(as) orientações relevantes sobre o uso de álcool e outras drogas na adesão ao tratamento e a potencial hepatotoxicidade do seu uso concomitante à TARV, para que, com essas informações, eles possam desenvolver coletivamente estratégias de redução de danos em relação ao uso de drogas e antirretrovirais, sendo esta uma intervenção de fortalecimento da autonomia. Para isso, as parcerias com outros pontos de atenção, como Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), Consultório na Rua, Programas de Redução de Danos e demais projetos voltados a essa população, são estratégicas e devem ser consideradas.

Muitos pacientes que têm em seu histórico o abuso de álcool e outras drogas apresentam uma compreensão equivocada sobre a interação dessas substâncias com os antirretrovirais. Alguns deles, quando utilizam a substância, acabam não tomando o ARV por receio de alguma interação. Nesse sentido, é importante que o profissional desmistifique e, junto com o usuário, avalie corretamente as possíveis interações, construindo estratégias de cuidado específicas para cada caso. O uso de álcool e outras drogas, ainda que ilegal e/ou não regulamentado, não pode servir de barreira de acesso ao serviço, mesmo quando a pessoa estiver sob o efeito dessas substâncias. A escuta e a abordagem devem ter como objetivo estimular a adoção de comportamentos mais seguros, tanto no consumo de substâncias psicoativas como nas práticas sexuais. O mesmo vale para hormônios utilizados pela população trans e medicamentos psiquiátricos.

Uma ferramenta que fornece informações atualizadas sobre interações entre todos os tipos de ARV, substâncias psicoativas, hormônios e outros medicamentos pode ser obtida na página web: <https://www.hiv-druginteractions.org/>. A consulta sobre interações medicamentosas pode ser realizada junto com o(a) paciente, como forma de fortalecer sua apropriação em relação aos medicamentos que toma e estimular o gerenciamento de risco em relação ao uso de álcool e outras drogas, silicone industrial e hormônios.

As indicações existentes na referida página não substituem as orientações divulgadas pelo Ministério da Saúde, Anvisa e demais instituições regulamentadoras sanitárias nacionais.

Para outras informações sobre interações medicamentosas entre os ARV com uso de álcool e outras drogas, contraceptivos hormonais, antituberculínicos, antidepressivos, anti-hipertensivos, antimaláricos e outros medicamentos, consultar o Anexo B – Interações medicamentosas do PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2018a) ou o site <https://interacoeshiv.huesped.org.ar/>.

Outra ferramenta que pode ser utilizada para o fortalecimento da participação e autonomia do usuário em relação ao seu processo de cuidado e para a obtenção de informações sobre o uso de medicamentos é o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (CAMPOS *et al.*, 2012). A falta de informações dos(as) usuários(as) diante do que é receitado se reflete na ausência de discussão sobre efeitos indesejáveis dos medicamentos (CAMPOS *et al.*, 2012, p. 9).



7 ABANDONO E REVINCULAÇÃO

São várias as questões que podem levar uma pessoa a interromper o tratamento do HIV/aids. Falhas na adesão ou o abandono da TARV podem ser determinados por razões multifatoriais, tais como aspectos socioeconômicos, culturais, psicológicos e institucionais, além daqueles advindos da relação profissional de saúde-usuário(a) e da dificuldade de vinculação deste(a) último(a) ao serviço de saúde (BRASIL, 2008).

O abandono da TARV pode ocorrer em paralelo ao abandono do acompanhamento clínico, incluindo o comparecimento às consultas, a realização de exames e de qualquer outra ação relacionada ao autocuidado (BRASIL, 2008). Nesses casos, o serviço pode realizar esse acompanhamento por meio do monitoramento clínico, além de qualificar a escuta para compreender as dificuldades e motivos que levaram ao abandono.

Quando ocorre o abandono, é necessário restabelecer o vínculo entre o serviço de saúde e a PVHA em questão, configurando um processo denominado **revinculação**, conceito importante para o monitoramento clínico.

7.1 O QUE É?

O conceito de abandono está relacionado àquelas PVHA que já iniciaram TARV em algum momento, mas que, por algum motivo, interromperam a ingestão do medicamento, abrangendo também o afastamento do acompanhamento relacionado às consultas, exames e demais ações de cuidado. A importância do entendimento desse conceito está diretamente relacionada à necessidade de implementação de ações de cuidado integral, visando a garantia de longitudinalidade do cuidado.

Já o processo de revinculação envolve todas as ações necessárias para que haja o restabelecimento do vínculo da PVHA com o serviço de saúde e a continuidade do tratamento antirretroviral.

7.2 QUEM FAZ?

Toda a equipe de saúde deve ser responsável por trabalhar estratégias para tentar evitar o abandono e realizar o monitoramento da adesão ao tratamento das PVHA vinculadas aos serviços. A adesão ao tratamento deve ser abordada em todo contato do(a) usuário(a) com a unidade de saúde para reforçar os benefícios da não interrupção do tratamento, bem como para realizar a escuta qualificada da PVHA, entendendo situações que possam estar dificultando ou impedindo a manutenção do tratamento. Além disso, serviços ligados a outras políticas públicas e que também atendam às PVHA em TARV, a exemplo da assistência social, podem contribuir não só para evitar o abandono, como também para a revinculação.

O processo de revinculação é feito por trabalhadores da saúde e/ou membros das OSC, que podem contar com o apoio de serviços das redes intersetoriais, como assistência social, educação, cultura etc.

7.3 COMO FAZER?

Além de realizar o acolhimento e a escuta da PVHA, os(as) trabalhadores de saúde podem, a partir das demandas trazidas, propor estratégias em conjunto com o(a) usuário(a) para transpor potenciais dificuldades de adesão ao tratamento, retomando e fortalecendo o PTS.

Vale a pena ressaltar que, para que a PVHA seja caracterizada como “PVHA em abandono”, conforme critérios definidos no SIMC, ela deve estar há mais de 100 dias sem dispensação de TARV, um período considerado grande ao se pensar nos benefícios trazidos pela manutenção do tratamento e a consequente supressão viral. Dessa forma, é importante que as equipes de saúde possam estabelecer, em sua rotina de trabalho, o monitoramento contínuo das dispensações de ARV das PVHA vinculadas e sob sua responsabilidade, podendo intervir antes que o abandono de fato aconteça. Eventuais faltas ou atrasos nas consultas e/ou nas retiradas de TARV podem indicar a necessidade de um olhar mais singularizado e da retomada do PTS, de forma a tentar evitar o abandono.

Existem diversas possibilidades de intervenções, como busca ativa, reuniões de equipe, visitas domiciliares e contato com outros serviços que o(a) usuário(a) frequente. Cabe reiterar que trabalhadores(as) de saúde podem realizar ações de vigilância epidemiológica e busca ativa, bem como outras ações previstas na constituição brasileira, **resguardadas as questões éticas e o devido cuidado em relação ao uso de qualquer informação de saúde do cidadão brasileiro**, considerando a revogação da Instrução Normativa nº 1.626/GM/MS/2007 pela Instrução Normativa nº 593/2015, que a substituiu e que desobrigou a exigência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nos casos em que houver perda de seguimento e/ou de vínculo com o serviço de saúde, é necessário iniciar o processo de **re-vinculação**, que se inicia pela identificação das PVHA que abandonaram o tratamento. A equipe de saúde consegue essa informação consultando o relatório de abandono do SIMC ou o relatório de atraso de dispensação do Siclom (atrasos a partir de 101 dias).

Após esse passo, é importante pensar na estratégia que será utilizada para retomar o contato com o(a) usuário(a). As PVHA podem ser contatadas pelas equipes de saúde, com o objetivo de promover cuidados e atenção, a partir do compromisso ético-profissional que preconiza o sigilo do diagnóstico. Sendo assim, usuários(as) que não desejarem ser contatados devem informar à equipe de saúde, que poderá anotar essa informação no prontuário junto à assinatura da PVHA.

Na revinculação, a ação entre pares pode aumentar as chances de o(a) usuário(a) aceitar o apoio para retomar o vínculo, assim como o processo de vinculação. Isso se deve à identificação da PVHA com o(a) vinculador(a).

Uma vez que o processo é voltado para pessoas que já foram vinculadas anteriormente, mas que não seguiram o tratamento, é importante, além de compreender o motivo que ocasionou a interrupção do tratamento:

- ▶ Verificar o local de residência da pessoa, mapeando os serviços mais próximos e as possibilidades existentes dentro da rede local;
- ▶ Conhecer o fluxo de referência estabelecido entre os pontos de atenção da rede, incluindo a intersetorialidade;
- ▶ Abordar questões sobre confidencialidade e sigilo.

Nos casos em que a opção for pela revinculação do(a) usuário(a) em outra Unidade de Saúde, ou em que esse processo for mediado em parceria com OSC, a equipe pode realizar algumas ações para facilitar o processo antes do encaminhamento da PVHA, tais como:

- ▶ Contatar o serviço de referência que receberá a PVHA;
- ▶ Encaminhar a PVHA para acolhimento na unidade de referência, sabendo qual profissional fará o primeiro atendimento, assim como a data e o horário da consulta;
- ▶ Manter contato com a PVHA, oferecendo apoio e suporte em suas necessidades durante esse processo de revinculação, lançando mão de articulações intersetoriais, quando necessárias.

Destaca-se que esse(a) usuário(a) já abandonou o tratamento e, por isso, é importante avaliar se ele(a) precisa ser acompanhado(a) com maior frequência, por um período de tempo maior.

Periodicamente, deve-se retomar a tentativa de contato e/ou buscar a ocorrência de outro desfecho, como migração para outro serviço ou óbito. Esses casos não devem mais ser considerados como “perda de seguimento”.



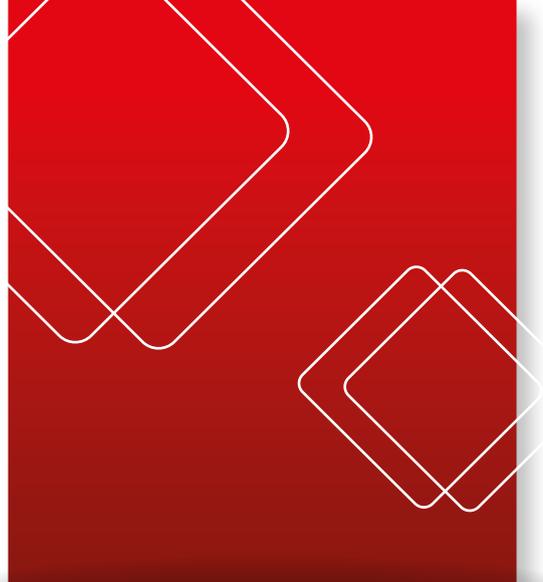
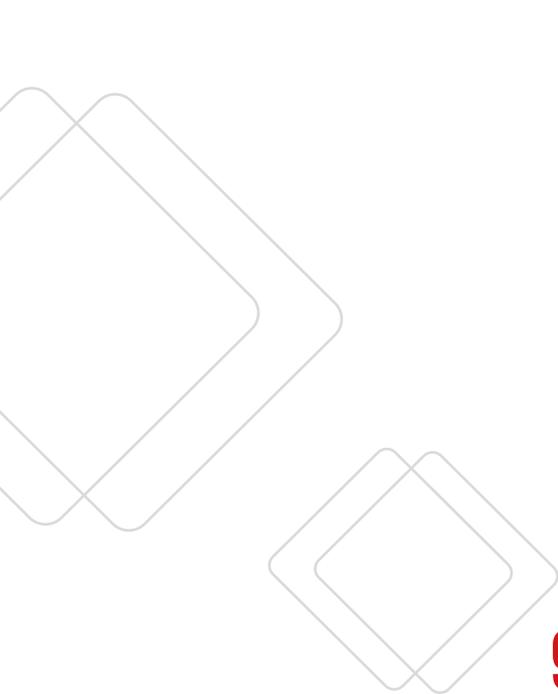
8 SUPRESSÃO VIRAL

O uso de ARV representa uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV. A adesão suficiente à TARV suprime a carga viral a níveis indetectáveis, gerando não só benefícios individuais para a saúde da pessoa vivendo com HIV/aids, mas também comunitários, por interromper a transmissão do HIV (PARTNER, 2016; RODGER *et al.*, 2018).

As PVHA com carga viral indetectável e sustentada em tratamento não transmitem o HIV por meio de relações sexuais, ou seja, **vírus indetectável = intransmissível (I=I)**. Foram realizados estudos sobre a transmissão sexual do HIV entre milhares de parcerias, sem um único caso de transmissão sexual do HIV de uma PVHA com carga viral suprimida à sua parceria soronegativa. Dentre esses estudos, o Partner 2 (RODGER *et al.*, 2018) avaliou o risco de transmissão do HIV por meio de sexo sem preservativo em casais de gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) sorodiferentes, ou seja, quando uma pessoa vive com HIV/aids e a outra é soronegativa, em que o parceiro que tem HIV apresenta supressão viral. O estudo anterior, Partner 1 (PARTNER, 2016), não encontrou casos de transmissão do HIV em casais de gays e HSH, mas o nível de evidência permaneceu menor do que em casais heterossexuais.

A supressão máxima da carga viral do HIV (CV-HIV) não depende apenas da potência do esquema ARV utilizado, mas também da adesão do(a) paciente à terapia prescrita. A adesão insuficiente à TARV pode levar à presença de CV-HIV, que prejudica não só o(a) paciente, como aumenta o risco de transmissão e o desenvolvimento de cepas resistentes aos medicamentos. A avaliação contínua de condições que podem afetar a adesão (como depressão, violência cotidiana ou uso de álcool e outras drogas) melhoram a saúde da pessoa como um todo e reduzem o risco de transmissão.

É importante que a PVHA seja orientada sobre o fato de que a TARV não protege contra outras IST e gravidez, e que ela tenha, também, acesso à detecção e ao tratamento de IST e a métodos contraceptivos. A pessoa também deve ser esclarecida sobre os benefícios de revelar à sua parceria sorodiferente qualquer dificuldade de adesão ou alterações na CV-HIV, sobretudo se não houver uso de preservativo, além de ser incentivada a trazer a(s) parceria(s) para a consulta.



9 FERRAMENTAS E INFORMAÇÕES PARA O MONITORAMENTO DO CUIDADO CONTÍNUO DO HIV/AIDS

No intuito de contribuir com a análise e o planejamento de ações relacionadas ao monitoramento do processo de cuidado contínuo do HIV, sugere-se que as equipes de saúde que atendem as PVHA reflitam sobre algumas perguntas que podem auxiliar na estruturação e aprimoramento dos fluxos assistenciais no território, como, por exemplo:

- ▶ Qual a estimativa de pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil?
- ▶ Quantas pessoas vivem com HIV/aids no seu estado, na capital, no seu município e na população adscrita ao seu serviço de saúde?
- ▶ Qual a prevalência do HIV na população geral?
- ▶ Quais as prevalências nas populações-chave? Há diferenças quando se comparam as prevalências nas populações-chave com a prevalência na população geral?
- ▶ Qual a tendência da taxa de detecção de novos casos? Há diferenças quando se analisa os casos entre os sexos? Há diferença quando se observa o quesito raça/cor?
- ▶ Quantas PVHA estão em TARV no Brasil? Quantas PVHA tratam o HIV/aids no seu estado e no seu município? E nos diversos serviços de saúde que tratam PVHA?
- ▶ Existem, em seu serviço de saúde, PVHA diagnosticadas que não iniciaram TARV?
- ▶ Quantas PVHA abandonam o tratamento todo ano?
- ▶ Quantas PVHA morrem em decorrência da doença ou de outras infecções?
- ▶ Todas as PVHA em TARV suprimem a carga viral?
- ▶ Quantas mulheres vivendo com HIV/aids estão em idade fértil? Quantas mulheres vivendo com HIV/aids planejam ter filhos?
- ▶ Quantas gestantes vivendo com HIV/aids são cuidadas em seu território? Há acompanhamento das parcerias sexuais?
- ▶ Como está organizada a rede local de atenção às PVHA e qual é a cobertura dessa rede?

- ▶ Existem parcerias intersetoriais com serviços de assistência social, educação, cultura etc.? Essas parcerias contribuem para testagem, diagnóstico, adesão, vinculação, retenção e revinculação?
- ▶ Qual é a média de dias entre a realização dos exames laboratoriais e o início de TARV?
- ▶ Existe uma definição de papéis dos pontos de atenção e fluxos de encaminhamento estabelecidos?

Para responder a essas perguntas e a outras que a equipe de saúde possa colocar, sugere-se a consulta a algumas ferramentas ou sistemas que apresentam informações sobre as PVHA e que podem ser utilizadas pelo território para aprimorar e fortalecer o processo de cuidado contínuo do HIV/aids.

I – Para obter informações sobre morbidade e mortalidade do HIV/aids, conta-se com:

- ▶ O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): <https://portalsinan.saude.gov.br/>;
- ▶ O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): <http://sim.saude.gov.br/default.asp>;
- ▶ As estatísticas vitais disponibilizadas na ferramenta Tabnet: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

II – Para saber mais sobre a atenção às PVHA, pode-se consultar:

- ▶ O Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (Siscel): utilizado pelo laboratório executor para o registro dos procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T-CD4+/CD8+ e quantificação da carga viral do HIV;
- ▶ O Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom): apoia o gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais e dos insumos de prevenção (por meio do Siclom-Prev), controle dos estoques e distribuição dos ARV. O sistema fornece o histórico dos esquemas terapêuticos das PVHA e algumas informações laboratoriais de exames registrados no Siscel: <https://labgerencial.aids.gov.br/> (gerencial) e <https://siclom.aids.gov.br/> (logístico);
- ▶ O Sistema de Controle de Exames de Genotipagem (Sisgeno): utilizado na análise, registro e emissão de parecer de exames de genotipagem de HIV-1 – <https://sisgeno.aids.gov.br/>;
- ▶ O Sistema Laudo: utilizado na consulta de laudos e resultados de exames de contagem de linfócitos T-CD4+/CD8+, quantificação da carga viral do HIV e genotipagem do HIV-1, registrados no Siscel e no Sisgeno. Importante ferramenta para o monitoramento dos procedimentos laboratoriais, a avaliação de indicação de tratamento e o seguimento de pessoas em terapia antirretroviral – <https://laudo.aids.gov.br/>;
- ▶ O Sistema de Monitoramento Clínico das pessoas vivendo com HIV/Aids (SIMC), que cruza dados do Siscel e do Siclom para monitorar, por exemplo, PVHA que não iniciaram a terapia antirretroviral, gestantes com carga viral detectável, tratamento de infecção latente da tuberculose (ILTb), pessoas em abandono de TARV e em TARV com carga viral detectável – <http://simc.aids.gov.br/login>. O SIMC será detalhado no item 9.1.

III – Outras fontes de informação importante são os painéis e boletins epidemiológicos:

Os painéis de indicadores e dados básicos sobre o HIV/aids, a sífilis e as hepatites virais apresentam os principais indicadores epidemiológicos e operacionais em nível nacional, estadual e municipal, visando qualificar as análises sobre o território e a melhoria das tomadas de decisões realizadas pelas diferentes instâncias de gestão. A partir desses painéis, é possível encontrar indicadores de HIV/aids e de sífilis tabulados individualmente para cada um dos municípios brasileiros.

Os indicadores são construídos a partir de dados do Sinan, Siscel, Siclom e SIM, bem como dos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponíveis na página eletrônica do Departamento de Informática do SUS (DataSUS).

Com relação ao HIV, destacam-se os seguintes painéis de indicadores:

- ▶ Indicadores e dados básicos da aids nos municípios brasileiros: <http://indicadores.aids.gov.br/>;

- ▶ Indicadores e dados básicos de monitoramento clínico de HIV: <http://indicadoresclinicos.aids.gov.br/>;
- ▶ Indicadores e dados básicos de gestantes nos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes: <http://indicadoresgestantes.aids.gov.br/>.

Além dos painéis de indicadores, podem ser consultados os Boletins Epidemiológicos HIV/Aids e o Relatório de Monitoramento Clínico do HIV, publicações anuais do Ministério da Saúde, que trazem dados sobre o HIV e a aids.

O Boletim Epidemiológico HIV/Aids fornece informações sobre os casos de HIV e de aids e apresenta os principais indicadores epidemiológicos monitorados no Brasil, regiões, estados e capitais. Os boletins analisam dados segundo o sexo, a idade, a categoria de exposição, a raça/cor e a escolaridade, dentre outras características dos indivíduos. Os Boletins Epidemiológicos HIV/Aids estão disponíveis em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo>.

O Relatório de Monitoramento Clínico do HIV traz resultados do monitoramento clínico de cada ano e dos primeiros meses do ano atual. Ademais, oferece uma gama de indicadores relacionados às pessoas em TARV, com a inclusão de informações sobre supressão viral sustentada e transmissão vertical.

IV – Outras fontes de informação sobre o cuidado contínuo do HIV/aids:

- ▶ Publicações técnicas do Ministério da Saúde, como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts>.
- ▶ Pesquisas científicas em IST, HIV/aids e hepatites virais: as pesquisas com apoio do Dathi no período de 2012 a 2016, bem como as referências das suas publicações, estão disponíveis na publicação “Pesquisa e desenvolvimento em IST/HIV/aids/hepatites virais o Brasil, 2012 a 2016: inventário e catalogação das pesquisas oriundas dos editais públicos realizados pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais e Parcerias Institucionais entre 2012 e 2016” (BRASIL, 2018e);
- ▶ Demais referências baseadas em literatura científica e técnica obtida em pesquisas bibliográficas em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline) via PUBmed.

Acredita-se que a oferta de informações epidemiológicas e clínicas sobre o HIV/aids e a adoção de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, atrelados à educação permanente dos(as) trabalhadores(as), pode colaborar com a melhoria do processo de cuidado contínuo do HIV/aids no território.

9.1 SISTEMA DE MONITORAMENTO CLÍNICO DAS PVHA

Desde 2013, o Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/aids (SIMC) vem sendo implementado pelo Dathi, em parceria com estados, municípios e Distrito Federal. O SIMC tem como objetivo identificar e disponibilizar informações sobre as PVHA em lacunas (*gaps*) de tratamento do HIV/aids, assim como auxiliar gestores(as) e profissionais da saúde a incorporar o uso dessas informações na sua rotina de trabalho e no monitoramento clínico das PVHA cuidadas pela equipe de saúde.

Atualmente, o SIMC monitora as PVHA que não iniciaram a terapia antirretroviral (Relatórios de *Gap* de Tratamento), as PVHA em abandono de TARV (Relatório de Acompanhamento de TARV), as PVHA em TARV com carga viral detectável (Relatórios de Carga Viral), as gestantes vivendo com HIV/aids com carga viral detectável (Relatórios Gestante) e as PVHA com recomendação de avaliação médica para o início ou não do tratamento da ILTB. As informações sobre as lacunas de tratamento do HIV/aids são obtidas a partir do cruzamento de dados do Siscel, do Siclom e do Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (Sistema IL-TB).

A ferramenta possibilita que gestores(as) e trabalhadores(as) da saúde monitorem etapas importantes do cuidado contínuo das PVHA, bem como proponham ações relacionadas à vigilância, gestão e atenção à saúde das PVHA, a fim de remover barreiras de acesso e contribuir para o aprimoramento do processo de cuidado da saúde das PVHA.

9.1.1 Como são medidas as lacunas de tratamento do HIV/aids no SIMC

- ▶ **PVHA sem início de TARV (*gap* de tratamento):** consideram-se PVHA diagnosticadas sem início de TARV os indivíduos que apresentaram pelo menos uma carga viral detectável (> 50 cópias) registrada no Siscel, porém sem nenhuma dispensação de ARV no Siclom.
- ▶ **PVHA em abandono acumulado de TARV:** consideram-se PVHA em abandono de TARV os indivíduos que não retiram seus medicamentos antirretrovirais há mais de 100 dias, contados a partir da data prevista no Siclom para a próxima dispensação. São considerados os dados do Siclom a partir de fevereiro/2011, excluídos os óbitos registrados no Siclom.
- ▶ **PVHA em TARV com carga viral detectável:** consideram-se PVHA com carga viral detectável os indivíduos que apresentam exames de carga viral > 50 cópias/mL e que estejam há pelo menos seis meses (180 dias) no esquema terapêutico vigente, com pelo menos uma dispensação nos últimos 100 dias. É considerado o exame de carga viral mais recente, realizado no mínimo após seis meses do início do esquema terapêutico vigente, registrado no Siscel (acompanhamento no serviço público de saúde) ou declarado pela PVHA no momento da dispensação e registrado no Siclom pelo farmacêutico (seguimento laboratorial na rede privada de saúde).
- ▶ **Gestante com carga viral detectável (Relatórios de CV-HIV em Gestante):** consideram-se gestantes com carga viral detectável as mulheres vivendo com HIV/aids (MVHA) sinalizadas como gestantes nos formulários de solicitação de exames de seguimento do HIV (CV-HIV e/ou CD4+/CD8) e/ou no formulário de solicitação de medicamentos do Siclom, pelo menos uma vez nos últimos 300 dias, e que apresentam último exame de carga viral ≥ 50 cópias/mL. Avalia-se o exame de carga viral mais recente, registrado no Siscel (serviço público de saúde), bem como exames declarados no Siclom no momento da dispensação (rede privada/saúde suplementar).
- ▶ **PVHA com susceptibilidade ao desenvolvimento de tuberculose ativa (Relatórios ILTB):** consideram-se PVHA susceptíveis ao desenvolvimento de tuberculose ativa com indicação de tratamento da ILTB os indivíduos com exame de CD4 ≤ 350 células/mm³, realizado nos últimos seis meses, sem dispensação de profilaxia no Siclom ou sem a notificação de tratamento no Sistema IL-TB.

9.1.2 Sugestões sobre o uso das informações disponibilizadas nos relatórios do SIMC

Sabe-se que as equipes de saúde que cuidam das PVHA enfrentam desafios no seu cotidiano de trabalho, dentre os quais o compartilhamento da atenção à saúde das PVHA com outros pontos da rede de atenção. O distanciamento em relação ao restante da rede de atenção dificulta a busca ativa de indivíduos em *gap* de tratamento do HIV. Sugere-se estabelecer uma linha de cuidado para as PVHA e definir fluxos assistenciais que: colaborem com a ampliação da testagem; facilitem o acesso aos serviços de seguimento para a vinculação e engajamento dos(as) usuáries(as) no processo de cuidado contínuo para a retenção das PVHA; reduzam o tempo entre o diagnóstico do HIV e o início da TARV; contribuam com a redução do abandono do tratamento e o aumento das PVHA que suprimem a carga viral; enfim, que cooperem com a oferta do cuidado à saúde das PVHA, o sucesso do tratamento do HIV e a interrupção da transmissão do HIV no Brasil.

Quanto aos relatórios nominais de **PVHA sem início de TARV (*gap* de tratamento)**, sugere-se que a equipe de saúde discuta e defina critérios a fim de selecionar e priorizar as PVHA que serão inicialmente localizadas e agendadas para receber a atenção e o cuidado da equipe para o tratamento do HIV/aids. Considerando as informações disponíveis nos relatórios nominais, sugere-se priorizar as PVHA com CD4 abaixo de 200 e as que permanecem no *gap* de tratamento por um tempo superior ao tempo mediano entre o primeiro CD4 e o início da TARV no seu estado ou município (informação disponível no painel de indicadores clínicos do HIV).

Quanto aos relatórios nominais de **PVHA em abandono**, sugere-se que os trabalhadores priorizem avaliar os casos das PVHA que entraram no *gap* no último ano, de forma a entender as principais situações que levam os indivíduos a abandonar o tratamento e definir estratégias para a prevenção de novos abandonos. Para ajudar na busca de PVHA em lacuna de tratamento, é importante que o serviço de saúde estabeleça rotina para a atualização cadastral dos(as) usuários(as). Recomenda-se o cruzamento do gap de abandono com o SIM, quando localizado o óbito da PVHA, e sinalizar no Siclom para que o(a) usuário(a) seja retirado(a) do SIMC na próxima atualização do sistema.

Além da regularidade das dispensações, os resultados dos exames de CV-HIV também devem ser checados para a avaliação da adesão, uma vez que as PVHA aderentes tendem a atingir a CV-HIV indetectável em até seis meses após o início da TARV. O não alcance da supressão viral, portanto, é também um alerta para a possibilidade de falha na adesão. Caso a supressão viral não seja atingida após o início da TARV, ou ocorra falha virológica posterior ao alcance de supressão, é necessário observar questões biopsicossociais que podem estar dificultando a adesão e/ou favorecendo a resistência aos medicamentos. Essa última pode ser abordada por meio do exame de genotipagem, seguindo os critérios previstos no PCDT para manejo da infecção pelo HIV em Adultos, disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts>.

Assim como em relação aos critérios de irregularidade no tratamento, o serviço de saúde pode usar outros períodos e critérios que considerar mais adequados, mantendo o foco na garantia do direito à saúde das PVHA. No entanto, o SIMC gera relatórios de abandono de TARV a partir do parâmetro dos 101 dias. Por exemplo, um indivíduo que retirou medicamento no dia 01/06 para 30 dias deveria retornar no dia 01/07. Caso ele não retorne até o dia 09/10, a partir dessa data o caso será considerado como abandono de tratamento e constará no relatório do SIMC.

É importante lembrar que o fato de um(a) usuário(a) retirar seus medicamentos com regularidade não garante que ele(a) os esteja tomando corretamente. Por isso, uma avaliação criteriosa da equipe de saúde para cada caso deve trazer respostas sobre o sucesso da adesão.

Quanto ao relatório nominal de **PVHA com CV-HIV detectável**, sugere-se que os trabalhadores priorizem avaliar os casos das PVHA com CV-HIV mais elevadas e com exames mais recentes. Será necessário verificar em cada caso a adesão à terapia antirretroviral e, se necessário, avaliar o desenvolvimento de resistência aos medicamentos contra o HIV e possível falha virológica. PVHA com dispensação recente e exame de CV-HIV antigo e detectável podem necessitar da atualização do exame para serem reavaliadas pela equipe de saúde. Pode-se medir a supressão viral por meio do monitoramento laboratorial utilizando carga viral.

Sobre o relatório nominal de **gestante com carga viral detectável**, ele pretende auxiliar o monitoramento da indetecção da carga viral do HIV em gestantes para fins de prevenção da transmissão vertical do HIV. É importante lembrar que a gestação dura um período de tempo relativamente curto, o que torna prioritárias as ações de busca ativa dessas mulheres. Como os dados do relatório se referem aos últimos 300 dias, o relatório pode conter mulheres que não realizaram o parto, e também considerar algumas puerperas. No segundo caso, sugere-se acompanhar o seguimento da criança exposta e a adesão à TARV da mãe.

Quanto ao relatório nominal de **PVHA com susceptibilidade ao desenvolvimento de tuberculose ativa**, sua disponibilização tem como objetivo sensibilizar e incentivar os profissionais e equipes de saúde a realizar o rastreamento, diagnóstico e tratamento da ILTB nas PVHA, reduzindo o adoecimento por tuberculose (TB) e favorecendo a interrupção do ciclo de transmissão da doença. Recomenda-se tratar as pessoas com contagem de CD4+ \leq 350 células/ μ L, independentemente do resultado da prova tuberculínica ou do IGRA; porém, essa decisão cabe ao médico, após a avaliação do quadro clínico do indivíduo. Não se recomenda repetir o tratamento da ILTB em pessoas que já fizeram o seu curso completo no passado, ou que já se trataram para tuberculose ativa ou com sintomas de TB ativa.

Por fim, recomenda-se que as equipes de saúde utilizam o SIMC na rotina de trabalho e no monitoramento clínico das PVHA cuidadas nos estados, municípios e Distrito Federal. As dúvidas, sugestões de melhorias e reclamações podem ser encaminhadas para o e-mail: simc@ aids.gov.br.

REFERÊNCIAS

BASTOS, F. *et al.* HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: assessing different methods to adjust infection rates of a hard-to-reach, sparse population. **Medicine**, v. 97, n. 1S, p. S16-S24, May 2018.

BASTOS, F.; 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, RJ: Editora ICICT/Fiocruz, 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN Mulheres**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017a.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN**. Atualização jun. 2016. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017d.

BRASIL. 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, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Guia Rápido de Testagem Focalizada para o HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2020/guia-rapido-de-testagem-focalizada-para-o-hiv/view>. Acesso em: 22 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017e.

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, DF: Ministério da Saúde, 2013.

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 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. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 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. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018c.

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. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa e Desenvolvimento em IST/HIV/Aids/Hepatites Virais no Brasil, 2012 a 2016**: Inventário e catalogação das pesquisas oriundas dos editais públicos realizados pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais e Parcerias Institucionais entre 2012 e 2016. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Caderno de boas práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica**: Manual para Profissionais Médicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

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. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**: manual para a equipe multiprofissional. Brasília, DF: 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. **HIV/Aids na atenção básica**: material para profissionais de saúde e gestores. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações 5198 –Profissional do sexo**. Brasília, DF: MTE, 2002. Disponível em: <https://www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/5198-profissionais-do-sexo>. Acesso em: 4 jan 2023.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NmPK5MRmgpvw6zwzQ865pBS/?lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2023.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* **Gestão Autônoma da Medicação**: guia de apoio a moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFRJ/ DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf. Acesso em: 4 jan. 2023.

FERREIRA-JUNIOR *et al.* Prevalence estimates of HIV, syphilis, hepatitis B and C among female sex workers (FSW) in Brazil, 2016. **Medicine**, v. 97, p. S1, 2018.

GLOBAL NETWORK OF SEX WORK PROJECTS. **The meaningful involvement of sex workers in the development of health services aimed at them**. Briefing paper. Scotland: NSWP, 2017.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; BATTISTELLA NEMES, M. I. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 5-8, mar. 2015.

GRANGEIRO, Alexandre *et al.* Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 674-684, ago. 2012.

HIV AIDS. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

KERR *et al.* HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine**, v. 97, p. S1, 2018.

PARTNER, Study. **ZERO**: no linked HIV transmissions in PARTNER study after couples had sex 58,000 times without condoms. Ago 2016. Disponível em: <http://i-base.info/htb/30108>. Acesso em: 4 jan. 2023.

RODGER A. *et al.* **Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive ART**: the PARTNER2 Study extended results in gay men. *AIDS* 2018, 23-27 Jul. 2018, Amsterdam. Late breaker oral abstract WEAX0104LB. Disponível em: <http://programme.aids2018.org/Abstract/Abstract/13470>. Acesso em: 4 jan. 2023.

RODRIGUES, M.; MAKSUD, I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 526-538, abr./jun., 2017.

SANTOS, N. T. V.; ALMEIDA, R. B. F.; BRITO, A. M. **Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis**: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco. Recife: CPqAM/Fiocruz, 2016.

STEWART W. T. *et al.* Peer navigation enhances HIV care retention: an RCT in South African primary clinics. **Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections** (CROI 2017), Seattle, abstract 111. 2017. Disponível em: <https://goo.gl/x3vehq>. Acesso em: 4 jan. 2023.

TANCREDI, M. V.; DOMINGUES, C. S. B; GUIBU, I. A. Estudo de abrangência nacional de sobrevivência e mortalidade de pacientes com aids no Brasil com diagnóstico no período de 2003 a 2007. Brasília, DF, 2019. Produto 3 – Resultados parciais das causas de morte, 2003 a 2007. Outubro, 2018. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **90-90-90**: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Geneva: Unaid, 2014.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Confronting inequalities**: lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS. Global AIDS Update 2021. Geneva: Unaid, 2021.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.

**DISQUE
SAÚDE 136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.sau.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal