



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO
ALEGRE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Cesar Augusto da Silva

Descentralização do acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV:
desenvolvimento de um guia rápido para manejo da infecção pelo HIV em adultos no
município de Porto Alegre

Porto Alegre

2023

Cesar Augusto da Silva

Descentralização do acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV:
desenvolvimento de um guia rápido para manejo da infecção pelo HIV em adultos no
município de Porto Alegre

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Cardoso Tietzmann

Porto Alegre

2023

Catálogo na Publicação

da Silva, Cesar Augusto

Descentralização do acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV : Desenvolvimento de um guia rápido para manejo da infecção pelo HIV em adultos no município de Porto Alegre / Cesar Augusto da Silva. -- 2023.

109 f. : graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2023.

Orientador(a): Daniela Cardoso Tietzmann.

1. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Cesar Augusto da Silva

Descentralização do acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV:
desenvolvimento de um guia rápido para manejo da infecção pelo HIV em adultos no
município de Porto Alegre

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em Porto Alegre, 19 de maio de 2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Amélia Nascimento da Silva Bones - Examinadora
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Profa. Dra. Carmen Vera Giacobbo Daudt - Examinadora
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Profa. Dra. Simone Nunes Avila – Examinadora
Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA)

Profa. Dra. Daniela Cardoso Tietzmann - Orientadora
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Dedico este trabalho às trabalhadoras e trabalhadores do sistema único de saúde (SUS), que mesmo diante da escassez de recursos seguem comprometidos com os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Também dedico às pessoas vivendo com HIV, cujo direito à saúde é resultado de muita luta e às quais o produto deste mestrado se endereça.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família e amigos por todo o suporte.

Ao meu amado marido Caique por me apoiar em todas as etapas da vida.

Aos colegas do mestrado que formaram uma rede de amparo de valor inestimável neste processo.

A professora Dra. Daniela Cardoso Tietzmann por me guiar, inspirar e me encorajar a cada passo do projeto.

RESUMO

Introdução: O cuidado às Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) mudou significativamente nas últimas décadas, fazendo com que a Atenção Primária à Saúde (APS) tivesse um papel cada vez mais central agregando às suas competências o diagnóstico, instituição da terapia antirretroviral (TARV) e seguimento dessas pessoas, além das estratégias de promoção e prevenção de transmissão da infecção pelo HIV. Entretanto, dificuldades para a efetiva aplicação desse modelo descentralizado são percebidas e ferramentas que instrumentalizem os profissionais atuantes nesse ponto de atenção devem ser desenvolvidas. **Objetivos:** Desenvolver um guia de consulta rápida com os principais pontos observados no acompanhamento de PVHIV direcionado aos profissionais da Atenção Primária. **Metodologia:** Uma primeira versão de um “Guia rápido para manejo da infecção pelo HIV em adultos na APS” foi elaborada a partir de literatura atualizada. Após, fez-se a avaliação e validação do material com especialistas da área através do método Delphi. Em cada rodada os avaliadores anonimamente explicitaram seu grau de concordância com as informações contidas no guia através de escala de Likert. Comentários e sugestões em texto livre também foram coletados. Para definir a proporção de concordância entre os avaliadores utilizou-se o índice de validade de conteúdo (IVC). Cada item teve seu índice de validade de conteúdo individual calculado (I-IVC) e se calculou o índice de validade de conteúdo médio (S-IVC/Ave) de todo o guia. Considerou-se como taxa de concordância mínima um S-IVC/Ave de 0,95. **Resultados:** Foram necessárias três rodadas para se atingir o S-IVC/Ave de 0,95. Contou-se com a participação de 5 avaliadores, sendo a maioria oriunda da região sul (60%, n=3), com média de tempo de experiência na assistência às PVHIV de 18,6 anos (mediana de 25 anos), média de tempo de experiência trabalhando diretamente com políticas públicas relacionadas às PVHIV de 17,6 anos (mediana de 25 anos) e tempo de experiência trabalhando com ensino e pesquisa relacionadas ao HIV de 16,6 anos (mediana de 20 anos). Os itens que apresentaram os menores escores de I-IVC foram “Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV” (I-IVC 0,2) e “Profilaxias” (I-IVC 0,2). **Conclusão:** A elaboração do guia suscitou discussões extremamente relevantes e ao final elaborou-se um material com aplicabilidade prática, servindo como ferramenta de consulta para os profissionais que atuam na ponta e colaborando para consolidar o papel central da APS no cuidado às PVHIV.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Infecções por HIV; Integralidade em Saúde

ABSTRACT

Introduction: Health care for People Living with HIV (PLWHIV) has changed significantly in the last few decades, making Primary Health Care (PHC) play an increasingly central role that goes beyond promote and prevent the transmission of HIV infection: diagnosis and initiation of antiretroviral therapy (ART) has now been added to its scope. However, difficulties for the effective application of this decentralized model are noticeable and tools for primary health care professionals must be developed. **Objectives:** To develop a quick reference guide with the main points observed in the monitoring of PLWHIV for Primary Care professionals. **Methodology:** A preliminary version of a “Quick guide for managing HIV infection in adults in PHC” was written based on updated literature. Afterwards, the material was validated by experts using the Delphi method. In each round, the experts explained their degree of agreement with the information written in the guide using a Likert scale. Free text comments and suggestions were also collected anonymously. To define the proportion of agreement between the evaluators, the content validity index (CVI) was used. Each item had its individual content validity index calculated (I-CVI) and the mean content validity index (S-CVI/Ave) of the entire guide was calculated. A S-CVI/Ave of 0.95 was considered as the minimum concordance rate. **Results:** It took three rounds to reach the S-CVI/Ave of 0.95. Five experts participated, the majority from the southern Brazil (60%, n=3), with an average experience of 18.6 years in PLWHIV care (median of 25 years), an average of 17.6 years of experience working directly with public policies related to PLWHIV (median 25 years) and 16.6 years of experience working with HIV-related teaching and research (median 20 years). The items that had the lowest I-CVI scores were “Assessment of the person's degree of preparation to start ART” (I-CVI 0.2) and “Prophylaxis” (I-CVI 0.2). **Conclusion:** The elaboration of the guide allowed extremely relevant discussions and achieved its goals. By the end of the experiment, a consultation tool for professionals who work on Primary Health Care was created, collaborating to consolidate the central role of PHC in the care of PLWHIV.

Keywords: Primary Health Care; HIV Infection; Integrality in Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1- DISTRIBUIÇÃO DAS PVHIV DE DOIS ANOS OU MAIS QUE INICIARAM TRATAMENTO SEGUNDO ESQUEMA DISPENSADO, POR ANO. BRASIL, 2009-2021	18
GRÁFICO 2- RESULTADOS DA PRIMEIRA RODADA DO DELPHI	43
GRÁFICO 3- RESULTADOS DA SEGUNDA RODADA DO DELPHI	46
GRÁFICO 4 - RESULTADOS DA TERCEIRA RODADA DO DELPHI.....	49

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- DEFINIÇÃO DOS CÁLCULOS PARA IVC E IVC/AVE	40
TABELA 2- RESULTADOS DA PRIMEIRA RODADA DO DELPHI E SEUS RESPECTIVOS I-IVC (1) E S-IVC/AVE (2).....	42
TABELA 3- SÍNTESE DAS ALTERAÇÕES SUGERIDAS PELOS AVALIADORES NA PRIMEIRA RODADA DO DELPHI	44
TABELA 4- RESULTADOS DA SEGUNDA RODADA DO DELPHI E SEUS RESPECTIVOS I-IVC (1) E S-IVC/AVE (2).....	45
TABELA 5 - SÍNTESE DAS ALTERAÇÕES SUGERIDAS PELOS AVALIADORES NA SEGUNDA RODADA DO DELPHI	47
TABELA 6 - RESULTADOS DA TERCEIRA RODADA DO DELPHI E SEUS RESPECTIVOS I-IVC (1) E S-IVC/AVE (2).....	48
TABELA 7 - SÍNTESE DAS ALTERAÇÕES SUGERIDAS PELOS AVALIADORES NA TERCEIRA RODADA DO DELPHI	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3TC – Lamivudina
AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida
ALT – Alanina aminotransferase
APS – Atenção Primária à Saúde
ARV – Antiretrovirais
AST – Aspartato aminotransferase
BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CD4 – Linfócitos T CD4+
CRIE – Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
CT – Colesterol total
CV – Carga viral
CV-HIV – Carga viral
DST – Doença sexualmente transmissível
DTG – Dolutegravir
ESF – Estratégia de Saúde da Família
eSF – Equipe de Saúde da Família
FA – Fosfatase alcalina
FRAX – ferramenta para avaliação de risco de fratura HAV – vírus da hepatite A (hepatitis A vírus)
HBV – vírus da hepatite B (hepatitis B virus)
HCV – vírus da hepatite C (hepatitis C virus)
HDL – lipoproteína de alta densidade (high density lipoprotein)
HIV – Vírus da imunodeficiência humana
HTLV – vírus T linfotrópico humano (human T lymphotropic virus)
ILTB – infecção latente da tuberculose
IMC – índice de massa corpórea
ISTs – Infecções sexualmente transmissíveis
LT-CD4 – Linfócitos T CD4+
OMS – Organização Mundial da Saúde
PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas PEP – Profilaxia pós exposição
PPD – Purified Protein Derivative/ Prova tuberculínica ou Mantoux
PrEP – Profilaxia pré exposição
PVHIV – Pessoas vivendo com HIV
RCV – Risco cardiovascular
SAE – Serviço de Atenção Especializada
SRA – Síndrome retroviral aguda
TARV – Terapia antirretroviral
TB – Tuberculose
TDF – Tenofovir
TFG – Taxa de filtração glomerular
TR1 – Teste rápido 1
TR2 – Teste rápido 2
VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
4 METODOLOGIA.....	37
4.1 DELINEAMENTO	37
4.2 SUJEITOS DO ESTUDO/POPULAÇÃO-ALVO.....	37
4.3 AMOSTRA E FORMA DE SELEÇÃO.....	37
4.4 COLETA DE DADOS	38
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
5 RESULTADOS	41
6 DISCUSSÃO	51
7 GUIA RÁPIDO PARA O MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS	59
8 CONCLUSÃO.....	95
REFERÊNCIAS.....	96
ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA UFCSPA	101
ANEXO B - PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA SMS-POA.....	105

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pelo acesso, coordenação, integralidade e longitudinalidade do cuidado. Esses quatro atributos nucleares, acompanhados da orientação familiar, comunitária e competência cultural fazem com que este nível de atenção carregue grandes e amplas responsabilidades, sendo altamente resolutivo no que se propõem.

O cuidado às pessoas vivendo com HIV (PVHIV) mudou significativamente ao longo dos anos. Inicialmente centrado nos serviços especializados, passou a envolver cada vez mais a APS. Este nível de atenção, inicialmente responsável exclusivamente pelas medidas preventivas, passou a ocupar posição de protagonismo cada vez maior, atuando ativamente no diagnóstico, estratificação de risco, tratamento e acompanhamento dessas pessoas.

As PVHIV passaram a ser vistas como pessoas com condição crônica de saúde e a evolução no tratamento permitiu elaboração de protocolos viabilizando o seguimento pelos profissionais da APS, sendo este o ponto ideal para o acompanhamento continuado haja vista seus diversos atributos que permitem um cuidado longitudinal e centrado na pessoa.

A integralidade da APS me tocou desde os primeiros anos da faculdade de medicina, que cursei em Florianópolis. Durante o internato, ao acompanhar de perto e de maneira intensiva o trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF), despertou a vontade de me especializar na área e decidi me mudar para Porto Alegre para fazer minha residência médica. A mudança trouxe novos desafios e me oportunizou viver mais intensamente na prática cada um desses atributos.

Na residência fui alocado em uma das seis eSFs da Clínica da Família no bairro da Restinga, no extremo sul da cidade. Trata-se de uma região com alta vulnerabilidade social e características epidemiológicas muito diferentes da realidade com a qual me deparava em Florianópolis. No que tange à epidemiologia, o número de PVHIV em tratamento e de novos diagnósticos era expressivo e representava um desafio diário às equipes, que se dividiam no cuidado assistencial, monitoramento e busca ativa dessas pessoas.

Nesse território em específico, a necessidade e a importância da descentralização do cuidado e seguimento das PVHIV era gritante, primeiramente pela limitação dos serviços especializados em absorver a grande demanda de pacientes, mas também pelos desafios logísticos impostos às pessoas para acessar serviços fora do território, o que muitas vezes exigia gastos com transporte público e longas horas de deslocamento. O encaminhamento para outros pontos de atenção à saúde levava ao abandono do tratamento ou sérias dificuldades de adesão na maioria das vezes.

Durante meu período na Restinga, eram visíveis os desafios impostos à efetiva aplicação das políticas de descentralização. Muitos dos médicos que atuavam no território, não se sentiam capacitados para o cuidado às PVHIV e o discurso de que este era um tratamento muito complexo e fora do escopo da APS era constante.

No segundo ano da residência, ao passar pelo serviço de infectologia, fiquei impressionado com o grande volume de encaminhamentos para confirmação diagnóstica ou início de tratamento da infecção pelo HIV. Pessoas de outros municípios e de bairros remotos deslocavam-se diariamente para iniciar um tratamento que poderia ser disponibilizado em seus bairros. O absenteísmo também foi outro fator a chamar a atenção, não havendo à disposição ferramentas de busca ativa devidamente organizadas. A partir daquele momento, percebi que as dificuldades para uma efetiva descentralização desse cuidado não eram exclusividade das equipes de saúde da Restinga.

Uma situação dramática vivida no ambulatório especializado envolveu uma senhora encaminhada após teste rápido para HIV positivo, mas que não estava ciente do diagnóstico. A aceitação do diagnóstico foi bastante difícil e impossibilitou iniciar o tratamento naquele momento, sendo seu retorno agendado para dois meses com plano de realizar nova tentativa de sensibilização. Sabemos que esse tempo está longe do ideal quando se trata de início precoce da terapia antirretroviral.

Essas vivências me levaram a uma constatação: Porto Alegre, uma das capitais pioneiras na descentralização do cuidado às PVHIV, ainda tem um longo caminho a percorrer para a real efetivação dessa política e a APS é sem dúvidas peça chave para melhorar a assistência à saúde dessas pessoas.

Cabe aos profissionais da APS adaptar-se à comunidade onde atua, inclusive desenvolvendo habilidades e competências específicas para cada realidade cultural e epidemiológica. A realidade epidemiológica de Porto Alegre e, em especial no território da Restinga, faz com que a política de descentralização no cuidado das PVHIV seja uma necessidade para uma assistência verdadeiramente integral. Para tanto, ações no sentido de instrumentalizar os profissionais que atuam na ponta precisam ser desenvolvidas e colocadas em prática.

Este trabalho permitiu o desenvolvimento de um “Guia Rápido para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos” através da metodologia Delphi, envolvendo a participação de especialistas com experiência no cuidado às PVHIV na APS. Esse instrumento tem aplicabilidade prática direta, servindo como ferramenta de consulta para os profissionais que atuam na ponta e que constantemente tem dúvidas referentes às diversas particularidades no

acompanhamento dessas pessoas. Trata-se de um material que se diferencia dos atualmente disponibilizados pelo Ministério da Saúde, pois traz trechos voltados especificamente à realidade da APS e compila informações atualizadas divulgadas através de portarias e resoluções, bem como sintetiza os critérios de encaminhamento conforme fluxos estabelecidos pelos órgãos competentes locais.

Sanar as deficiências na assistência às PVHIV em Porto Alegre depende de esforços coletivos para o desenvolvimento de projetos que capacitem os profissionais e disponibilizem ferramentas que fortaleçam a APS e seu papel central no cuidado dessas pessoas e no controle da transmissão.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um guia de consulta rápida com os principais pontos observados no acompanhamento de PVHIV direcionado aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar o Guia com base em materiais de referência no cuidado às PVHIV na APS.
- Selecionar profissionais com experiência no cuidado descentralizado das PVHIV e promover a validação do Guia através do método Delphi.
- Avaliar os pontos passíveis de melhorias e as discussões levantadas pelos experts ao longo do processo de validação.
- Otimizar e reescrever o Guia a partir dos apontamentos feitos pelos experts.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

HISTÓRIA DO CUIDADO À PVHIV – TRANSIÇÃO PARA UMA PERSPECTIVA DE CRONICIDADE

As definições de saúde e doença não são perenes ou fixas, sofrendo modificações de acordo com mudanças sociais, econômicas, religiosas e culturais que ocorrem em uma sociedade. Esse processo gera ressignificações e atualizações do conhecimento individual e coletivo sobre determinadas condições de saúde e vem ocorrendo de maneira bastante marcante no caso da epidemia de HIV/Aids (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Os primeiros indícios da Aids surgiram a partir do relato de casos de sarcoma de Kaposi e pneumocistose entre homens que faziam sexo com homens previamente saudáveis nos Estados Unidos em 1981. O vírus foi finalmente identificado e isolado em 1983 pela equipe do Instituto Pasteur em Paris e os anos seguintes foram marcados pela evolução progressiva da epidemia de Aids, que marcou o final do século XX e rapidamente afetou múltiplos continentes (BRASIL, 2022a).

A Aids em 1980 mexeu com a compreensão de saúde e doença da sociedade, ao passo que desafiava o modelo biomédico de saúde vigente à época, centrado na doença, e que não encontrava cura efetiva para os muitos pacientes que evoluíam para quadros graves de imunossupressão e por fim a morte. Ao mesmo tempo criou-se uma cultura de culpabilização do indivíduo, justamente pelo modo de transmissão da infecção, relacionado a práticas sexuais consideradas tabu, discriminadas e estigmatizadas pela sociedade (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Desde o início da epidemia por Aids os modelos de cuidado às pessoas vivendo com HIV sofreu modificações perceptíveis. Inicialmente, a abordagem tinha enfoque predominante em cuidados paliativos, medidas de suporte, manejo de situações emergenciais e no tratamento das infecções oportunistas (CHU; SELWYN, 2011).

Na década de 90, através da atuação de organizações não governamentais que pressionavam o Estado, surgem políticas focadas na prevenção da transmissão e promoção da dignidade e qualidade de vida às pessoas vivendo com HIV (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

O avanço das tecnologias de tratamento e o surgimento dos primeiros antirretrovirais foi fundamental na mudança no quadro de evolução da infecção pelo HIV. Em 1987 a zidovudina (AZT) passa a ser liberada pelo Food and Drugs Administration (FDA) como

antiviral autorizado para tratamento de HIV/Aids nos Estados Unidos e a partir de então novas opções terapêuticas vão surgindo (BRASIL, 2022a).

Em 1996 com o advento dos inibidores de protease surge a fase da terapia combinada de alta potência, aumentando significativamente a sobrevida das pessoas com diagnóstico de infecção pelo HIV. Esses avanços científicos contribuíram muito para gradativamente desconstruir a associação da infecção pelo HIV com a morte, dando uma nova perspectiva para as pessoas que vivem como vírus (BRASIL, 2022a).

Políticas públicas foram paulatinamente aumentando a oferta do tratamento às PVHIV. Inicialmente o Brasil foi ampliando sua rede de laboratórios para diagnóstico, angariando recursos financeiros e capacitando profissionais para atuação em diferentes linhas de cuidado, desde a prevenção, diagnóstico e tratamento. Na década de 1980 a rede pública passa a distribuir medicamentos para tratamento e profilaxia das infecções oportunistas causadas pela imunossupressão (BRASIL, 2022a).

O tratamento antirretroviral foi inserido e ofertado no SUS em 1991, quase uma década após o início da epidemia. O Brasil passa então a apresentar uma posição de destaque no mundo no que diz respeito à assistência às PVHIV. O Programa nacional de DST/AIDS foi um marco muito importante na história da luta contra a epidemia, principalmente com a garantia da distribuição gratuita e universal de medicamentos anti-HIV pelo SUS com a Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996 (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 1996).

Com o avanço da terapia antirretroviral, em um primeiro momento os esquemas de tratamento foram tornando-se cada vez mais complexos, o que fez com que o foco da assistência passasse de um modelo de cuidados paliativos e de suporte, para um modelo de cuidado superespecializado (CHU; SELWYN, 2011).

A simplificação dos esquemas terapêuticos no Brasil inicia-se com o advento da terapia combinada com tenofovir, lamivudina e efavirenz, conhecida como 3 em 1 e sua incorporação no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos do Ministério da Saúde. A facilidade posológica de um único comprimido a ser tomado em dose única diária simplificou muito as prescrições e permitiu maior adesão dos usuários, apesar do perfil de efeitos colaterais seguir ainda como um desafio.

Mais modernamente essa realidade passa a se modificar com o advento dos inibidores da integrase (INI), como é o caso do Dolutegravir que passou a ser adotado como esquema preferencial no PCDT do Ministério da Saúde a partir de 2017. O novo esquema apresenta um perfil de efeitos colaterais muito mais aceitável, mantém a facilidade posológica com o uso de apenas 2 comprimidos ao dia e agrega a vantagem de apresentar maior barreira genética que o

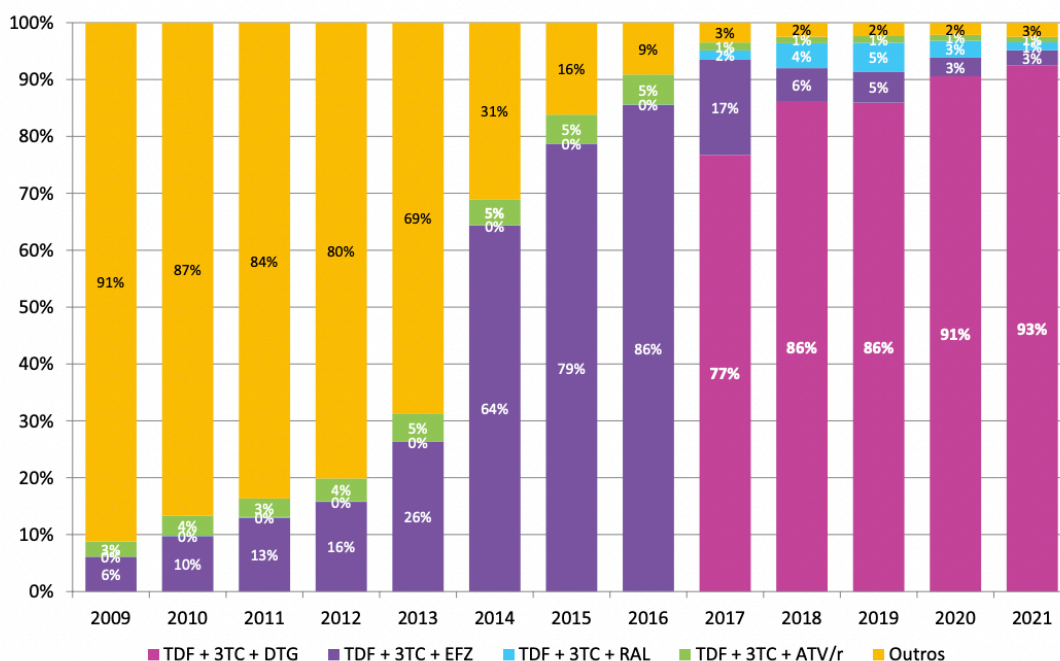
esquema inicial preconizado anteriormente. A barreira genética diz respeito ao número de mutações necessárias para que o vírus seja capaz de apresentar resistência a determinado antiviral. Essa característica do dolutegravir simplifica ainda mais o manejo do tratamento à infecção pelo HIV, uma vez que mesmo em casos de abandono de tratamento o índice de resistência a medicação permanece bastante baixo, evitando que o usuário acabe evoluindo para esquemas terapêuticos de maior complexidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

Observa-se que desde 2009 há uma tendência de declínio na resistência a todas as classes de antirretrovirais no Brasil, em especial aos INI. Em 2020, apenas 15% dos casos de resistência estavam relacionados aos INI (BRASIL, 2020).

Além disso, percebe-se uma padronização e homogeneização cada vez maior dos tratamentos antirretrovirais prescritos como terapia inicial no Brasil. O gráfico 1 demonstra a evolução dos esquemas terapêuticos. Em 2009 6% das prescrições iniciais de TARV incluíam esquema inicial com efavirenz e 94% das prescrições eram de esquemas mais complexos. Em 2021 93% das prescrições foram de esquema inicial preferencial contendo dolutegravir (esquema inicial preconizado), 3% com esquema contendo efavirenz e uma pequena parcela apresentavam outros esquemas de maior complexidade (BRASIL, 2022b).

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Gráfico 1- Distribuição das PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram tratamento segundo esquema dispensado, por ano. Brasil, 2009-2021



Na atual conjuntura, apresentamos um número grande de PVHIV que fazem uso de esquema antirretroviral terapêutico de primeira linha e que vêm envelhecendo em decorrência do aumento da expectativa de vida proporcionada pela terapia. Essa população com o envelhecimento acaba desenvolvendo outras doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares cujo manejo foge do escopo dos Serviços de Atenção Especializada com foco em doenças infecciosas (CHU; SELWYN, 2011).

Os SAEs seguem sobrecarregados com grande número de pacientes em seguimento clínico sem perspectivas de expansão da rede. Essas características reforçam a importância de se incorporar o tratamento e seguimento de pessoas vivendo com HIV aos serviços de Atenção Primária à Saúde, pois estes serviços apresentam características para o manejo adequado da heterogeneidade e complexidade de elementos trazidos nas condições de saúde crônica (CHU; SELWYN, 2011).

Com o passar do tempo, as mudanças de valores, crenças, hábitos e conhecimentos individuais e coletivos trouxe uma ressignificação e mudança na compreensão da infecção pelo HIV e do cuidado às pessoas que vivem com o vírus. Antes o diagnóstico trazia uma carga diretamente relacionada à morte, sofrimento, desesperança e atualmente o olhar é de um cuidado crônico, contínuo e que pode ser manejado com segurança nos cenários de Atenção Primária, proporcionando controle da infecção e qualidade de vida. Todas as evoluções técnico-científicas têm permitido aos indivíduos viverem com HIV e não para o HIV como ocorria nos anos iniciais da epidemia (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Apesar de todo o avanço da ciência no que tange à terapia, apenas ofertar a medicação mostrou-se insuficiente para um cuidado integral ao indivíduo. Questões culturais, históricas, religiosas, psicológicas, familiares, sociais e até mesmo fatores intrínsecos do tratamento podem impactar na adesão à farmacoterapia, assim como observamos em outras condições de saúde crônica (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

HISTÓRIA E POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS ÀS PVHIV NO BRASIL

O Brasil sofreu influência e participou ativamente na modificação do perfil de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids no mundo. A primeira década da epidemia ocorre justamente em um momento histórico delicado, concomitantemente a um processo de redemocratização e de reformas no sistema de saúde (GRECO, 2016). Além disso, a articulação do movimento sanitarista e as reivindicações de acesso à saúde pública universal iniciadas na

década anterior compuseram o cenário no qual o início da epidemia ocorreu, servindo como arcabouço para a construção da política de enfrentamento à Aids (CEZAR; DRAGANOV, 2014; GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

O movimento sanitaria surguiu entre os anos 1950 e 1960 e fortaleceu os departamentos de medicina preventiva, além de tensionar discussões relevantes como os aspectos sociais e coletivos sobre o processo de saúde e doença. Esse movimento ganhou força nacional ao apontar alternativas aos problemas crônicos da saúde pública brasileira, como a cobertura assistencial deficitária e a falta de medidas voltadas à prevenção (ESCOREL, 1999).

O contexto sociocultural dos anos 70 e 80 foi marcado pela luta pela liberdade e reconhecimento de direitos, principalmente entre populações negligenciadas e marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009). Essas características permitiram o envolvimento e o engajamento de setores da sociedade no sentido de pressionar por acesso à informação, tratamento e verbas para o enfrentamento à epidemia. Também serviu de base para discussões de temas importantes, como os direitos sexuais, direitos humanos e confidencialidade (GRECO, 2016).

O primeiro caso de Aids notificado no Brasil ocorreu em São Paulo em 1983 e até 1988 já eram 400 000 casos confirmados e 1670 mortes (JARDIM, 2018). Ao final dessa década os indicadores epidemiológicos brasileiros se aproximavam de muitos países africanos. Esses países, atualmente, apresentam-se em condição muito alarmante no tocante à epidemia de HIV/Aids, situação diferente à vivida pelo Brasil. Isso se deve ao sucesso das estratégias de enfrentamento que ocorreram ao longo da história (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

A primeira década do enfrentamento à epidemia de HIV/Aids no Brasil foi permeada por medo, desconhecimento, preconceito e discriminação. Na imprensa eram comuns reportagens que abordavam a infecção como “peste gay”, “câncer gay” ou “praga gay”, expressões colhidas da imprensa americana e reproduzidas nacionalmente. Além disso a associação entre a infecção e a morte era uma constante (JARDIM, 2018). Essas publicações instauravam pânico na população e ao mesmo tempo acendiam um sentimento moralista em toda a sociedade. Foram propostas medidas de intervenção descabidas para o controle da transmissão, como o fechamento de saunas e boates gays, bem como o confinamento e isolamento dos pacientes com confirmação diagnóstica de Aids, a exemplo do que ocorreu historicamente com pacientes com hanseníase (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

O medo e as violências cometidas contra as PVHIV eram fomentados inclusive por profissionais e serviços de saúde, que se recusavam a atender pessoas com confirmação da infecção pelo vírus. Em 1992 o Conselho Federal de Medicina precisou emitir a resolução nº

1.359, estabelecendo o dever dos profissionais médicos de prestarem assistência a pessoas em risco ou infectadas pelo HIV (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992). As violências e o preconceito, pungentes na década de 1980, podem ser observados claramente em declarações de médicos da época:

A medicina fecha os olhos e encara a coisa cientificamente. Mas qualquer vírus que caia na comunidade homossexual tem facilitada a sua fecundação, dada a maneira pouco higiênica de praticarem o ato sexual; é um meio altamente promíscuo e sem higiene, além de viciados em drogas, malnutridos e mal dormidos... Então eles têm que ser discriminados mesmo, o sangue deles em grande parte está contaminado, as seringas, as agulhas que eles usam estão contaminadas (Ricardo Veronesi, junho de 1984) (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

O ativismo homossexual nesta primeira década de epidemia passa a atuar em conjunto a profissionais de saúde sensíveis à causa em um trabalho de reconstruir o discurso social sobre HIV e Aids e pressionar setores do governo a agir contra a doença, tendo esses grupos uma contribuição crucial para as respostas precoces para o controle da epidemia (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015). A articulação de movimentos pelos direitos dos homossexuais em São Paulo solicitou diretamente medidas governamentais em resposta às infecções e grande número de óbitos. A partir disso a Secretaria de Saúde de São Paulo elabora um grupo de estudos no Hospital Emílio Ribas com foco direcionado às infecções pelo HIV (CEZAR; DRAGANOV, 2014).

Em 1984, sob gestão do secretário de saúde João Yunes, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo cria o primeiro programa de controle a AIDS no Brasil, também através da intensa mobilização do Movimento Social de Luta contra AIDS (MSLA) e de representantes da comunidade homossexual (CEZAR; DRAGANOV, 2014; GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009; MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

A organização do Programa de AIDS de São Paulo recebeu influências importantes do Movimento Sanitário e atuou de maneira bastante ampla, com enfoque em assistência à saúde, laboratorial, vigilância epidemiológica, informação, educação em saúde, apoio às pessoas afetadas e participação social. Esse programa foi implementado e organizado pela equipe da Divisão de Dermatologia e Hansenologia do Instituto de Saúde, que por várias décadas organizou o cuidado aos pacientes com hanseníase e que havia participado de uma reorientação no cuidado a esses pacientes, com o entendimento da importância de determinantes sociais em ações em saúde e a extinção do isolamento compulsório dos pacientes, por exemplo (CALAZANS; PINHEIRO; AYRES, 2018; GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009). Com essas influências em seu histórico, o programa paulista estabeleceu como diretriz o combate à

discriminação e a busca por equidade às populações afetadas, passando a ser referência nacional e influenciar positivamente a atuação de outras unidades da federação (JARDIM, 2018).

O programa paulista apresentou iniciativas como elaboração de informe técnico para as instituições de saúde do estado com o objetivo de divulgar informações de literatura internacional atualizadas sobre a infecção pelo HIV. Também protagonizou a elaboração de material informativo para as populações chave e instalação de uma linha telefônica para esclarecimentos e orientações ao público. O contato direto com membros da sociedade civil como forma de obtenção de apoio também foi característica desse programa (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Apesar do êxito, a iniciativa encontrou resistência por parte de alguns médicos sanitaristas pois, quando da inauguração do serviço, o número de casos de Aids confirmados no estado de São Paulo era bastante pequeno. Argumentava-se que em decorrência da baixa demanda não havia justificava do ponto de vista epidemiológico para a existência de um serviço tão complexo e elaborado. O serviço chegou a ser ridicularizado pela mídia impressa, que anunciou a criação do programa de maneira irônica, comparando-a à instalação de uma unidade de transplante cardíaco no agreste de Pernambuco (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Em 1985 a testagem laboratorial para detecção da infecção pelo HIV através de anticorpos passa a ser comercializada. Em 1986 o instituto Adolfo Lutz passa a realizar o teste para diagnóstico dos pacientes e em junho do mesmo ano, através de lei estadual, os testes sorológicos tornam-se obrigatórios em todos os bancos de sangue.

A mesma dificuldade encontrada em São Paulo refletiu-se a nível nacional. O Ministério da Saúde apresentava-se resistente a investir em uma doença que, à visão da época, afetava apenas grupos específicos da população isoladamente e questionava-se se a aids era realmente um problema de saúde pública (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015). Entre 1983 e 1985 não houve nenhuma resposta do governo federal com relação ao combate à infecção (MARQUES, 2002).

Em 2 de maio de 1985, após o fim da ditadura militar, o Programa Nacional de Controle da AIDS é criado pelo ministro Carlos Santana por meio da portaria nº 236 e vinculado à Divisão de Dermatologia Sanitária. No ano seguinte foi criado o Programa Nacional de DST e AIDS e é feita a organização de um Sistema de Informação Nacional da Aids que reuniu informações epidemiológicas a nível nacional (BRASIL, 2013a; MELO; MAKUD; AGOSTINI, 2018).

Em 1986 ocorre no Brasil o I Congresso Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e o I Encontro Latino-americano de AIDS em Canela. Esses eventos permitiram

troca de experiências entre os profissionais que atuavam na linha de frente contra a Aids no Brasil e demonstraram a necessidade de se estender o debate sobre a temática (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Após o congresso, organizou-se a Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (Cnaids) com poder consultivo e que reuniu professores universitários, representantes das secretarias de estado, igrejas, movimentos sociais e de diferentes ministérios. Além disso, AIDS e sífilis passaram a ser consideradas infecções de notificação compulsória (JARDIM, 2018). Em 1987 Cnaids consolida-se através da portaria nº 101, assessorando na coordenação do Programa Nacional e contribuindo para a definição da Política Nacional de Aids através da elaboração de material técnico sobre o tema (MARQUES, 2002).

Entretanto, o Programa Nacional ainda mantinha engessamentos, muito por influência da igreja católica que apresentava posicionamento contrário ao uso de preservativo, por exemplo, apesar desta ser uma ferramenta fundamental para evitar transmissão por via sexual do vírus HIV (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015). Apenas a partir de 1987 a coordenação nacional faz a sua primeira promoção de campanha advogando a favor do uso de preservativos como forma de prevenção, passando este a ser um dos principais elementos adotados pelo Ministério da Saúde para controle da doença (MORAIS; AMORIM, 2011).

Entre 1987 e 1989 o Programa Nacional de HIV/Aids se configura e passa a tomar forma e centralizar as ações de enfrentamento a nível nacional. Assume formalmente o compromisso com políticas de saúde propostas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e posteriormente consolidados na Constituição Federal de 1988, entendendo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. A materialização do Sistema Único de Saúde com seus princípios de universalidade, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e regionalização também foi crucial para esse processo (MARQUES, 2002).

Em 1988 cria-se o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) como forma de promover acesso gratuito a cuidado, aconselhamento e prevenção à infecção pelo HIV, sendo estes os precursores dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) (CEZAR; DRAGANOV, 2014).

O contexto político instável entre 1990 e 1992 com o governo de Fernando Collor e sua agenda neoliberal de redução do Estado, afetou diretamente o Programa Nacional de Aids. Em dois anos de governo foram trocados 3 ministros da saúde. Diante da dificuldade econômica as respostas do governo federal no combate à epidemia foram esvaecendo, inclusive com o rompimento com organizações da sociedade civil como o MSLA. Campanhas polêmicas, como a “Se você não se cuidar a Aids vai te pegar”, “A Aids mata sem piedade” e a “quem vê cara,

não vê Aids”, causaram descontentamento das organizações não governamentais, pelo caráter preconceituoso e pautado em medo dessas abordagens (JARDIM, 2018; MORAIS; AMORIM, 2011).

Além disso, o período foi marcado pelo distanciamento e desarticulação com os movimentos sociais e com os programas estaduais de enfrentamento à epidemia. Esses grupos apresentavam grandes dificuldades de diálogo a nível federal, como evidenciado nesta entrevista:

Houve uma mudança nas diretrizes do Programa Nacional, um afastamento dos programas estaduais, utilizando uma estratégia de esclarecimento à população sobre a Aids oposta às adotadas pelas Ongs e pelos programas estaduais. Criou as Comissões Municipais de Aids, que causou muita polêmica. (MARQUES, 2002).

Apesar desses retrocessos, os primeiros anos da década de 1990 apresentou avanços importantes, como a autorização pelo governo federal em 1991 da distribuição do tratamento ao portador de HIV e Aids com AZT de forma gratuita (MARQUES, 2002). Outro marco importante no direito das PVHIV foi a Portaria Interministerial nº 796 de 1992 que proibiu a discriminação de crianças portadoras de HIV/Aids, em resposta ao caso ocorrido com Sheila Cartopassi de Oliveira, uma menina de cinco anos de idade que teve sua matrícula impedida em uma escola particular em decorrência de seu diagnóstico (CEZAR; DRAGANOV, 2014).

Após a mudança de gestão e de governo, há uma reorganização e realinhamento das políticas aos princípios do SUS, inclusive a participação de grupos da sociedade civil e entidades ligadas a Aids. Acordos de cooperação internacionais, como os estabelecidos com o Banco Mundial, permitiram um enfrentamento mais efetivo à epidemia, inclusive com recursos oriundos de empréstimos e financiamentos (MARQUES, 2002).

Um marco desse redirecionamento, foi a lei 9313 de 1996 que garantiu a distribuição gratuita de maneira universal de antirretrovirais, estratégia fundamental para a queda de 50% da mortalidade por Aids e de 80% nas infecções oportunistas obtida três anos após a sua implementação (BARROS, 2018; CEZAR; DRAGANOV, 2014; GRECO, 2016). A adoção da distribuição de tratamento à todas as pessoas com indicação de maneira universal foi uma estratégia mais ousada que a recomendação do próprio Banco Mundial, que defendia que países em desenvolvimento deveriam focar seus esforços em prevenção, uma vez que a adesão aos complexos esquemas terapêuticos pudesse ser uma dificuldade nesses locais (GRECO, 2016).

O Projeto AIDS I (1994-1998), AIDS II (1998-2003) e AIDS III (2003-2006), resultado da parceria com o Banco Mundial foram determinantes para o sucesso nas ações contra a epidemia de AIDS. O projeto AIDS I envolveu o investimento de US\$ 250 milhões de dólares

e permitiu a implementação de diversos serviços fundamentais como os Centros de Testagem e Acolhimento, os Serviços de Atenção Especializada, os Hospitais Dia e o fortalecimento de políticas voltadas para a prevenção (JARDIM, 2018).

A implementação do acesso universal ao tratamento colocou o Brasil em posição de destaque, passando a ser um ator essencial no cenário internacional no que concerne políticas públicas para controle da epidemia de HIV/Aids, especialmente com foco na assistência, prevenção e direitos humanos (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Para que o Brasil obtivesse sucesso em sua estratégia ousada de universalização do tratamento, era preciso que os preços dos antirretrovirais reduzissem, viabilizando economicamente a utilização desses medicamentos. O país foi ator importante nas negociações com a Organização Mundial do Comércio (OMC) e Organização das Nações Unidas (ONU) no debate sobre aspectos dos direitos de propriedade intelectual e o reconhecimento da precedência da saúde sobre interesses econômicos. Essa atuação permitiu juridicamente o licenciamento compulsório e a produção de genéricos nacionais dos antirretrovirais, barateando muito os custos do tratamento e permitindo sua utilização em maior escala (BARROS, 2018).

Em 2001 o Brasil propôs junto à Comissão dos Direitos Humanos das Nações Unidas uma resolução que declara os antirretrovirais como direito fundamental do cidadão, sendo esta aprovada por todos os países membros, exceto os Estados Unidos que não manifestaram voto. O Brasil também conduziu muito bem um desentendimento com os Estados Unidos, fazendo com que este retirasse uma queixa contra o país junto à OMC em decorrência da legislação brasileira permitir licença compulsória de medicamentos patenteados não produzidos nacionalmente (BARROS, 2018; GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Apesar do avanço que permitia o licenciamento compulsório dos antirretrovirais, esta estratégia nunca precisou ser utilizada até 2007, pois a indústria farmacêutica sempre cedeu nas negociações devido ao poder de barganha do Brasil. Isso não ocorreu com o Efavirenz, pois as negociações com o laboratório Merck não chegaram a um denominador comum e a empresa não ofereceu redução de custos considerada suficiente para sua aquisição pelo Ministério da Saúde, sob direção de José Gomes Temporão. Dessa forma, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva assinou o decreto oficializando o licenciamento compulsório, permitindo a produção local e utilização de genéricos do Efavirenz. A estimativa à época era de que a medida trouxesse uma economia estimada de US\$ 30 milhões em 2007 e US\$ 236 milhões até 2012 (GRECO, 2016).

A partir dos anos 2000 percebe-se uma mudança na condução das políticas para a Aids no Brasil. Até então com o modelo de financiamento era muito centralizado a partir do Programa Nacional, que formulava a política nacional e as unidades federativas a seguiam e

operacionalizavam (BARROS, 2018). A partir de então, a política passa a ser mais consonante com a dinâmica de financiamento do SUS, inclusive com transferências fundo a fundo. Dessa forma as políticas de combate à infecção pelo HIV e Aids vão gradativamente descentralizaram-se para gestão estadual e municipal (CALAZANS; PINHEIRO; AYRES, 2018).

Os primeiros passos em direção à descentralização ocorreram no que tange aos exames de CD4 e carga viral, que até então eram coordenados pelo Ministério da Saúde e realizados em universidades e laboratórios da rede, passando essa responsabilidade a ser compartilhada a partir de 2001 entre as três esferas do governo (JARDIM, 2018).

Em 2013 o Ministério da Saúde atualiza seu Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas e passa a preconizar o início do tratamento antirretroviral a todas as pessoas com diagnóstico de infecção pelo HIV, independentemente do valor de seu CD4, parâmetro até então utilizado para definir quem necessitava ou não de tratamento. Essa decisão ocorreu dois anos antes da Organização Mundial da Saúde lançar sua diretriz orientando tratamento universal independentemente do valor de CD4 em 2015. Surge também em 2013 o projeto inicial da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) permitindo o uso de um antirretroviral específico para populações chaves que caracteristicamente apresentavam maior prevalência de infecção pelo HIV, diminuindo as taxas de transmissão (CEZAR; DRAGANOV, 2014).

Em 2014 mais avanços em favor do direito e da dignidade das PVHIV ocorrem, com a assinatura da Lei 12984 em junho, criminalizando condutas discriminatórias contra pessoas vivendo com HIV, passíveis de reclusão e multa a partir de então (CEZAR; DRAGANOV, 2014).

O protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV (PCDT-PEP) foi publicado em 2015. Em 2017, por sua vez, foi publicado o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PCDT-PrEP), apesar de ser uma estratégia de intervenção internacionalmente reconhecida desde 2012 (CALAZANS; PINHEIRO; AYRES, 2018).

Desde 2016 notadamente vem ocorrendo um processo de fragilização das políticas sociais de Estado com impacto sobre as políticas de saúde e repercutindo no cuidado integral às PVHIV. Há também o aspecto da influência da “agenda de valores” que passaram a dificultar discussões relacionadas à diversidade sexual, educação sexual, redução de danos e outras temáticas centrais para a prevenção da transmissão do HIV no país (AGOSTINI *et al.*, 2019; FRANCH; RIOS, 2020).

Um exemplo desse retrocesso foi a campanha de prevenção contra Aids durante o carnaval de 2019 que não mencionou em momento algum as populações chave. Além disso,

diversos materiais voltados à área de HIV/Aids foram retirados de circulação, como a cartilha de prevenção para pessoas transexuais e a cartilha para adolescentes (AGOSTINI *et al.*, 2019). Ações como estas ocorrem dentro de um contexto em que epidemiologicamente observa-se um aumento no número de infecções pelo HIV em populações mais vulneráveis e o recrudescimento da epidemia entre gays e outros homens que fazem sexo com homens (AGOSTINI *et al.*, 2019; CALAZANS; PINHEIRO; AYRES, 2018).

Outra situação a se destacar foi o rebaixamento do Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais durante o governo de Jair Messias Bolsonaro. Ele foi transformado em duas coordenação dentro do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis: a Coordenação-geral de Vigilância do HIV/Aids e das Hepatites Virais e a Coordenação-geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis, dividindo pasta com uma série de outras condições de saúde (AGOSTINI *et al.*, 2019).

HISTÓRIA E POLÍTICAS PÚBLICAS ÀS PVHIV NO RIO GRANDE DO SUL

O primeiro caso de Aids no Rio Grande do Sul foi notificado em 1983 referente a uma pessoa atendida no Hospital Vila Nova de Porto Alegre com tuberculose miliar e pneumocistose (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

À medida que mais casos foram sendo identificados, determinou-se que a notificação e investigação ficariam sob responsabilidade da Divisão de Dermatologia Sanitária. O Ambulatório de Dermatologia Sanitária passou a concentrar os atendimentos às ISTs e o Sanatório Partenon recebeu o primeiro serviço ambulatorial para atendimento específico aos pacientes com HIV/Aids na cidade. Em 1984 surge o Programa Estadual de DST/Aids vinculado ao Serviço de Dermatologia Sanitária (FRANCO, 2012; TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

O Programa de DST/Aids inicia-se muito atuante, implementando medidas importantes como a obrigatoriedade de testagem para HIV em todos os doadores de sangue em 1987. Além disso criou o primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (Coas) do Brasil em 1988, com objetivo de disponibilizar testagem gratuita para HIV de maneira anônima. No mesmo ano surge também um serviço de assistência psicológica a pacientes com Aids. Todas essas medidas deram visibilidade nacional e internacional ao Programa Estadual (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Nos anos seguintes, com recursos provenientes de projeto de controle de DST e Aids por empréstimo feito através do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), o número de Coas presentes no estado aumenta de maneira importante, permitindo um aumento da oferta de exames diagnósticos, capilarizando a rede. Em 1995 há uma intensificação no trabalho voltado à populações estratégicas, com foco em prevenção e adoção de políticas de redução de danos junto aos usuários de droga (JARDIM, 2018).

Com o início da descentralização das políticas voltadas para HIV/Aids nos anos 2000, o estado passa a ter mais autonomia, podendo direcionar suas estratégias para pontos considerados chave. Nesse período o número de CTAs e SAEs também é ampliado e muitas parcerias com grupos da sociedade civil são efetivadas. Esse movimento se desacelera em 2006, com o fim dos projetos financiados pelo BIRD, repercutindo diretamente sobre o financiamento das ações de enfrentamento ao HIV/Aids. Inicia-se nos anos seguintes um processo de desarticulação com ONGs e outros grupos e uma desaceleração nas medidas de controle da epidemia com repercussões epidemiológicas importantes (JARDIM, 2018).

Em 2011, em um contexto epidemiológico bastante desfavorável e com taxas de detecção de Aids quase o dobro da média nacional, ocorre um processo de reestruturação política, financeira e técnica no enfrentamento à epidemia (FRANCO, 2012). Nesse momento surgem iniciativas de descentralização e inclusão da Atenção Primária à Saúde no cuidado às PVHIV. Neste ano a Rede Cegonha é implantada no estado e inicia-se uma força tarefa para implantar e ampliar a oferta de testagem rápida para HIV na APS. Essa força tarefa iniciou-se em 95 municípios prioritários, os quais receberam capacitações oferecidas em parceria com as equipes dos CTA e SAE (JARDIM, 2018).

De acordo com relatórios, o percentual de municípios do Rio Grande do Sul que ofereciam teste rápido para HIV na Atenção Primária foi progressivamente aumentando desde 2013. Neste ano, o número de municípios que dispunham dessa ferramenta era de 50,3%, passando a 67,8% em 2014 e 90,5% em 2015. Em 2019 o estado alcançou o número de 100% dos seus municípios oferecendo testagem rápida para HIV na APS (RIO GRANDE DO SUL, 2019). O número de testes de HIV realizados no estado também vem aumentando, passando de 326.923 em 2016 para 802.387 em 2019 (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Em 2013, apesar dos avanços implementados nos anos anteriores, a situação epidemiológica seguiu preocupante no estado, de forma que instituiu-se uma Cooperação interfederativa entre as três esferas governamentais, representantes de ONGs, Rede Nacional de PVHIV do Rio Grande do Sul, Movimento de Cidadãos Positivas, universidades dentre outros representantes e compuseram um Grupo de Trabalho que arquitetou estratégias como a

expansão da testagem e incentivo ao tratamento imediato a todas as pessoas com infectadas pelo HIV. Surgem também os primeiros movimentos em direção a uma gestão compartilhada do cuidado entre Atenção Básica e SAE em um modelo de apoio matricial. Entretanto, em 2015 uma nova crise econômica atinge o estado em decorrência de congelamento de repasses do governo federal. Esse fato acaba por repercutir em diversos setores, inclusive nas políticas de enfrentamento ao HIV/Aids (JARDIM, 2018).

Em 2018, com a publicação da Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras infecções sexualmente transmissíveis, a Secretaria de Estado de Saúde passa a listar como competência da Atenção Primária à Saúde a estratificação e o seguimento das PVHIV conforme o protocolo clínico vigente na atenção básica. Enfatiza também a importância de se realizar o início precoce da TARV e manter o tratamento na APS conforme sua competência (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

A DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PVHIV

Historicamente o modelo de cuidado às PVHIV foi de acompanhamento junto a centros especializados em infectologia, inseridos em hospitais e policlínicas. Nesse modelo encontram-se os Serviços de Atenção Especializada (SAE) focados em atendimento e os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) que focavam em estratégias diagnósticas (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

O papel da APS dentro da Política Nacional de HIV/Aids foi progressivamente tornando-se mais amplo, principalmente a partir dos anos 2000. Em 2006 o Programa Nacional de DST/Aids em parceria com o Departamento de Atenção Básica inclui a Atenção Primária à Saúde no processo de descentralização do cuidado ao HIV Aids, primeiramente através da disponibilização de testagem para a doença nas Unidades Básicas de Saúde. Dessa forma passa a ser competência da APS o acolhimento, aconselhamento pré-teste, pós-teste, diagnóstico e encaminhamento dos pacientes com testes positivos aos serviços de referência. Isso possibilitou o aumento expressivo na oferta de testes, que passou de 3,3 milhões em 2003 para 5,1 milhões em 2011 (BRASIL, 2012a).

O aumento expressivo no número de Serviços de Atendimento Especializado, que passaram de 636 em 2007 para 712 em 2010, foi insuficiente para suprir a demanda de atendimentos no país (BRASIL, 2012a).

Em 2008 realizou-se uma pesquisa sobre o diagnóstico situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), demonstrando a importância desses serviços para a Rede

de Atenção à Saúde (RAS). Entretanto, alguns números chamaram a atenção, como a ausência de serviços em 209 municípios considerados prioritários para o controle de IST e Aids no Brasil, o que totalizava 48,9% desses municípios chaves. Constatou-se também déficit importante de recursos humanos nesses serviços, sendo que 40% desses centros não apresentavam equipe mínima de 8 pessoas e um terço não atendia a recomendação de contar com pelo menos 4 profissionais com nível superior (BRASIL, 2008).

Percebeu-se também que muitos CTAs apresentavam limitações importantes de estrutura física, baixa oferta, demora nos resultados diagnósticos e burocracias na disponibilização de insumos como preservativos e gel. Esses entraves eram ainda mais expressivos para com as populações mais vulneráveis (BRASIL, 2008).

Em 2012, através da Portaria nº77 os testes rápidos para detecção de HIV, sífilis e hepatites virais passam a ser disponibilizados na Atenção Básica, sendo realizados por profissionais com ensino superior devidamente capacitados, como estratégia para ampliação do acesso ao diagnóstico de HIV (BRASIL, 2012b). Além disso a implementação da Rede Cegonha estabelece a realização de testes rápidos de HIV e sífilis durante o pré-natal, como forma de controle da transmissão vertical desses agravos (BRASIL, 2011).

Em dezembro de 2013 o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde passa a adotar a política de “Testar e Tratar” como um dos componentes da prevenção combinada e estratégia de enfrentamento da epidemia. Essa estratégia passa a encarar o tratamento como uma forma de prevenção, estendendo a TARV a todas as PVHIV independentemente de sua carga viral ou valor de CD4 (BRASIL, 2013b).

Até 2013, apesar de movimentos para a descentralização da testagem na APS, as diretrizes da Política Nacional de Aids ainda preconizavam que o tratamento e acompanhamento fossem realizados junto a um serviço especializado (JARDIM, 2018). Essa realidade começa a se modificar quando em 2014 o Ministério da Saúde apresenta um manual com diretrizes, sob o título de “5 passos da implantação e manejo da infecção pelo HIV/Aids na Atenção Básica”, estendendo à APS uma função assistencial além de sua atuação na prevenção e promoção de qualidade de vida. Essa iniciativa modifica e reorganiza a linha de cuidado das PVHIV, que passam a contar com um novo ponto de atenção para assistência e que atua como porta de entrada para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, permitindo um cuidado compartilhado com serviços de média e alta complexidade. Após o diagnóstico, a situação clínica da pessoa determinará o nível e complexidade de atenção necessário, sendo possível que pacientes assintomáticos e estáveis mantenham seu seguimento na Atenção Básica (BRASIL, 2014a).

As diretrizes do Ministério da Saúde reconhecem a importância dos SAE na construção e na história do combate à infecção pelo HIV, mas reforçam a necessidade de um redirecionamento em face à simplificação do tratamento antirretroviral, às características da infecção que atualmente apresenta-se como uma condição de saúde crônica e às deficiências que o modelo centrado exclusivamente em serviços especializados passou a apresentar. O documento também cita as diversas experiências exitosas obtidas em alguns municípios brasileiros que iniciaram um processo descentralização da assistência e tratamento com apoio matricial. Esses locais ampliaram o papel da APS ao incorporar o tratamento e acompanhamento dos pacientes às suas competências, além de atuar junto à promoção, prevenção e diagnóstico (BRASIL, 2014a).

Outro ponto importante foi a recomendação de que os profissionais da Atenção Básica tenham acesso aos exames de carga viral e linfócitos CD4+/CD8+ através de pontos de coleta já existentes ou novos pontos de coleta descentralizados, bem como acesso ao sistema de consulta dos resultados, antes restrito apenas aos serviços especializados. O acesso aos antirretrovirais também precisou ser ampliado, com a disponibilização de formulário de dispensação nas unidades de saúde ou instalação de unidades de Dispensação de Medicamentos nos serviços da APS (BRASIL, 2014a).

As diretrizes também esclarecem que esse novo modelo deve levar em consideração as realidades locais e estimula a qualificação profissional para que os serviços de Atenção Básica possam desempenhar as novas atribuições, além de recomendar a disponibilização de suporte técnico de outros profissionais com experiência no manejo da infecção pelo HIV, permitindo a troca de conhecimento e experiência (BRASIL, 2014a).

Essas mudanças na linha de cuidados às PVHIV causaram preocupações em diversos grupos da sociedade civil, principalmente no que tange à resistência por parte de algumas pessoas em acessar e se vincular a um serviço de Atenção Básica próximo de sua residência em decorrência do estigma, preconceito e medo de sofrer discriminação e exposição. Além disso houve questionamentos sobre a estrutura logística, aptidão e capacitação dos profissionais da APS para atendimento às PVHIV (JARDIM, 2018).

A dificuldade de se pensar em um cuidado compartilhado pode advir de uma relação de tensão entre a APS e serviços especializados carregada por preconceitos. Muitas vezes os médicos generalistas são vistos por médicos especialistas como profissionais com formação deficitária para o manejo da infecção e que trabalham em um contexto de sobrecarga e que, portanto, poderiam entregar um tratamento inadequado às PVHIV. Algumas estratégias permitiram quebrar essas barreiras, como a inclusão de modelos de apoio matricial,

fomentando a discussão de casos e aproximando esses profissionais (MELO; MAKSDUD; AGOSTINI, 2018).

Outro questionamento levantado referia-se ao receio de que informações de saúde confidenciais, como é o caso da sorologia, pudessem ser expostas à comunidade, uma vez que é característica das Estratégias de Saúde da Família o compartilhamento de informações para planejamento e tomadas de decisões. Essa característica poderia aumentar as chances de exposição das PVHIV à discriminação e preconceitos (MELO; MAKSDUD; AGOSTINI, 2018).

Ainda em 2014, o Ministério da Saúde através do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais publica o Caderno de boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica. Esse documento compila experiências bem-sucedidas em diversos municípios brasileiros com o manejo descentralizado de pessoas vivendo com HIV/Aids. As experiências de Curitiba, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Fortaleza com gestão compartilhada entre APS e os SAEs, com décadas de experiência acumulada, demonstraram os benefícios desse modelo para profissionais, usuários e sociedade (BRASIL, 2014b).

A discussão e responsabilidade da Atenção Básica sobre o cuidado às PVHIV em Curitiba já datavam de 2002, quando a rede elaborou um protocolo local para atendimento inicial nas Unidades Básicas de Saúde às pessoas sem indicação de TARV conforme protocolos vigentes na época. Além disso as limitações do modelo centralizado em curso naquele momento já eram conhecidas. Com a mudança do PCDT de 2013 e a orientação de tratamento a todas as pessoas com diagnóstico de infecção pelo HIV independentemente do seu CD4 resultou em um aumento de cerca de 30% na demanda por TARV na cidade. Os 4 SAEs do município já apresentavam sinais de sobrecarga com um tempo de espera de 2 a 3 semanas para a primeira consulta, indo de encontro à política que preconiza início de tratamento imediato proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b).

Para efetivar a descentralização Curitiba propôs a inserção de um infectologista para cada uma das 9 regionais de saúde, de forma que esses profissionais dividiam suas agendas entre atendimento e supervisão dos médicos das estratégias de saúde da família (BRASIL, 2014b).

A Gerência de DST/Aids e Hepatites Virais da cidade do Rio de Janeiro, sob a gestão do infectologista Gustavo Magalhães, identificou sinais de sobrecarga nos serviços especializados, sendo que em algumas regiões da cidade identificava-se uma razão de 500 pacientes para cada infectologista. Com a expansão do número de ESFs na cidade foi possível incluir tratamento ao HIV entre as ações desenvolvidas por essas equipes em modelo de gestão compartilhada. Houve um processo de capacitação dos profissionais de saúde e inclusão desses

profissionais em grupo de mensagens instantâneas através da plataforma “Whatsapp”, sendo esta uma estratégia para fomentar discussões e permitir matriciamento (BRASIL, 2014b).

A experiência com descentralização de Fortaleza advém da iniciativa do médico infectologista Roberto da Justa na Unidade Básica de Saúde Anastácio Magalhães. Em 2011 ele resolveu aplicar um modelo de atenção integral às PVHIV, selecionando pacientes com diagnóstico recente, assintomáticos e passíveis de serem acompanhados pela Atenção Básica (BRASIL, 2014b).

Em 2015 o Ministério da Saúde publica o manual intitulado “O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica”, um documento específico para o acompanhamento e seguimento junto à Atenção Primária e que estabelece estratificação de risco, critérios para acompanhamento em serviços de atenção especializada e particularidades do tratamento e seguimento ao paciente. Trata-se de um marco, pois pela primeira vez tem-se um material complementar ao PCDT de 2013, voltado especificamente para esse nível de atenção (BRASIL, 2015).

O cuidado às PVHIV vem transicionando de um modelo centralizado pautado em serviços especializados para um modelo descentralizado, no que tange ao financiamento e à assistência. Esse processo se inicia com a incorporação da APS na testagem e diagnóstico e mais recentemente com as experiências da descentralização do tratamento e acompanhamento, suscitando uma série de polêmicas, questionamentos e novos desafios. Dentre esses desafios pode-se citar questões relacionadas à ordem moral, ética, técnica, organizacionais e que ao serem atendidas poderão permitir à APS atuar como ferramenta potencializadora do acesso e qualidade ao atendimento às PVHIV (MELO; MAKSDUD; AGOSTINI, 2018).

OS IMPACTOS DA DESCENTRALIZAÇÃO

A Atenção Primária organiza-se em uma lógica amparada em princípios como primeiro contato, acessibilidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem ampliada e competência cultural (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018). Nesse sentido, a APS é capaz de desenvolver papel chave em estratégias de saúde pública que contemplem as PVHIV, pois podem atuar à nível de diagnóstico precoce e permitir início da TARV com retenção da pessoa ao serviço (CHU; SELWYN, 2011).

Uma estratégia que mira uma maior integralidade no atendimento às PVHIV é a co-alocação também conhecida como “one-stop shopping”, que diz respeito a incorporar uma carteira de serviços ampliada em centros que oferecem tratamento ao HIV, prestando também assistência pré-natal, pediátrica e outros serviços (MIZUNO *et al.*, 2019). Trata-se de uma lógica que apresenta algumas similaridades com o atendimento proposto na atenção primária. Uma revisão sistemática avaliando o impacto de co-alocação demonstrou resultados muito positivos. Verificou-se associações positivas entre esses serviços e melhor vínculo (100%) e aderência à terapia antirretroviral (74%) e em menor escala uma maior taxa de supressão de carga viral (60%). O estudo também demonstrou que os resultados são melhores em serviços que oferecem atendimentos não relacionados ao HIV/AIDS (>70%), como é o caso da atenção primária (MIZUNO *et al.*, 2019).

Moçambique iniciou sua experiência com descentralização e integração de serviços de assistência ao HIV e atenção primária em 2005. A estratégia utilizada foi a de co-alocação, colocando-se centros de tratamento no mesmo espaço de centros de atenção primária (KARAGIANIS *et al.*, 2010). O país apresentou melhora no acesso e cobertura geográfica assistencial e observou-se que nos serviços integrados o número de pacientes com diagnóstico positivo e que iniciavam TARV em até 90 dias era muito maior em relação aos demais serviços (RR 1,58). O número de pacientes em uso de TARV, independentemente do tempo de início, também aumentou (RR 1,29) (KARAGIANIS *et al.*, 2010).

Uma preocupação levantada ao se propor um modelo de cuidados descentralizado às PVHIV, diz respeito à habilidade dos médicos da APS em acompanhar essas pessoas de maneira adequada. No Canadá e Austrália, estudos envolvendo médicos especialistas, generalistas e médicos de família não demonstraram relação entre a adequação de profilaxias, imunizações e protocolos de tratamento com a formação inicial do médico (KENDALL *et al.*, 2015; SMITH *et al.*, 2018). No Canadá essas taxas de adequação estiveram relacionadas principalmente à experiência do profissional no tratamento da infecção pelo HIV (KENDALL

et al., 2015). Entretanto, na Austrália os pacientes manejados por médicos generalistas apresentavam maiores taxas de inconformidades com os protocolos vigentes. Isso enfatiza a importância de capacitações e criação de dispositivos que permitam a incorporação do manejo do HIV na atenção primária de maneira adequada (SMITH *et al.*, 2018).

Pesquisas demonstram que entre os pacientes em uso de terapia antirretroviral, a assistência junto a serviço de Atenção Primária à Saúde resultou em impactos positivos na sobrevivência (KITAHATA *et al.*, 2003). Esse ponto da atenção à saúde tem papel fundamental na assistência às PVHIV justamente por sua característica de coordenação do cuidado em um contexto de envelhecimento da população que vive com HIV, que passa a apresentar mais comorbidades, polifarmácia, demanda por medicina preventiva e incluídos em contextos psicossociais, culturais e familiares que exigem atenção.

BENEFÍCIOS DO TRATAMENTO RÁPIDO E UNIVERSAL

Início rápido da TARV deve ser oferecido a todas as PVHIV após a confirmação do diagnóstico e avaliação clínica, sendo preconizado o início em até 7 dias a partir do dia do diagnóstico. O início da TARV deve ser oferecido no mesmo dia do diagnóstico para as pessoas que estão prontas para começar o tratamento medicamentoso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Enquanto uma pessoa infectada pelo HIV na era pré-tratamento apresentava expectativa de vida de 12,5 anos, hoje uma pessoa jovem, em um país industrializado apresenta a mesma expectativa de vida de uma pessoa que não possui o diagnóstico de HIV, caso ela apresente adesão ininterrupta à TARV (UNAIDS, 2015).

Além dos benefícios individuais trazidos pela TARV, ela também é considerada uma intervenção preventiva, pois encerra a cadeia de transmissão. Achados do estudo PARTNER demonstraram que entre 767 casais sorodiscordantes não houve nenhum caso de transmissão após 40 mil relações sexuais, uma vez que a pessoa vivendo com HIV tenha apresentado supressão da carga viral (RODGER *et al.*, 2016). Um ensaio clínico randomizado com 1763 casais sorodiscordantes de 9 países Africanos demonstrou a eficácia do tratamento como prevenção, principalmente quando este é iniciado precocemente (COHEN, MYRON S, CHEN, YING Q, MCCAULEY *et al.*, 2016). Diversos ensaios clínicos e estudos observacionais corroboram esses achados e reforçam a importância da TARV como prevenção (GRABOWSKI *et al.*, 2017; JIA *et al.*, 2013; OLDENBURG *et al.*, 2016).

Estudos conduzidos na província de Colúmbia britânica, no Canadá, demonstraram que cada aumento de 1% no número de pessoas em supressão da carga viral resultou em uma redução de 1,2% na incidência estimada de HIV (MONTANER *et al.*, 2014).

O tratamento como estratégia para redução do número de infecções pelo HIV vem sendo proposto desde 2013 pelos Protocolos Clínicos do Ministério da Saúde. Como reflexo dessa mudança nas recomendações terapêuticas o Brasil tem apresentado um aumento desde 2014 no número de pessoas que iniciam TARV com CD4 elevado, especialmente aquelas com contagem superior a 500 células/mm³, que contabilizaram mais de um terço do total de pessoas que iniciaram tratamento antirretroviral em 2020 (BRASIL, 2022b).

Outro avanço diz respeito ao aumento na proporção de PVHIV que apresentaram intervalo de tempo entre a coleta do CD4 e início de tratamento menor do que um mês. Desde 2018 mais da metade das PVHIV que iniciaram tratamento estavam dentro desse intervalo de tempo (BRASIL, 2022b). Apesar desses avanços importantes, o tratamento segue sendo o grande desafio para o Brasil.

Além dos indiscutíveis benefícios na saúde individual e coletiva do início precoce da TARV mirando supressão de carga viral, também pode-se destacar um importante impacto econômico. Há previsão de uma economia de US\$ 30 bilhões de dólares até 2050 com a intensificação do tratamento a todas as PVHIV, evitando a infecção de 3,3 milhões de pessoas (GRANICH *et al.*, 2012). Isso ocorre uma vez que muitos custos relacionados a tratamento de complicações médicas são evitados, mas há também um impacto sobre redução da produtividade e menor proporção de pessoas excluídas da população economicamente ativa em decorrência da aids (UNAIDS, 2015).

Dessa forma, fica clara a importância da instituição do tratamento de forma ampla e rápida. A inclusão da Atenção Primária à Saúde no processo com vistas à capilarização e ampliação do acesso é essencial para a efetivação dessa estratégia.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO

Em um primeiro momento elaborou-se um guia rápido para manejo da infecção pelo HIV em Porto Alegre a partir de referências de literatura atualizadas, protocolos e portarias relevantes sobre o assunto, de forma que essa ferramenta possa ser utilizada por profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde da cidade.

Após, fez-se a avaliação e validação do material, de seu formato e conteúdo através do método Delphi com a participação de especialistas na área.

Por fim, foi feita a análise descritiva dos dados obtidos a partir dos questionários e uma análise qualitativa dos apontamentos realizados a partir dos comentários feitos pelos especialistas.

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO/POPULAÇÃO-ALVO

A população alvo beneficiada pelo guia é de pessoas vivendo com HIV acima de 18 anos com critérios clínicos para acompanhamento e tratamento com terapia antirretroviral na Atenção primária à Saúde de Porto Alegre.

Para participação como avaliador das rodadas do questionário buscou-se por especialistas com experiência no tema, em especial no manejo descentralizado da infecção pelo HIV nos contextos de Atenção Primária à Saúde.

4.3 AMOSTRA E FORMA DE SELEÇÃO

Para participação como avaliador nas diferentes rodadas de elaboração do questionário estabeleceu-se como critérios: profissional médico com experiência profissional mínima de 5 anos com a temática HIV; ao menos 5 anos trabalhando diretamente com gestão de políticas públicas relacionadas às PVHIV; ao menos 5 anos trabalhando com pesquisa e/ou ensino relacionados à PVHIV; profissional atuante no Ministério da Saúde ou no município de Porto Alegre.

A seleção dos avaliadores ocorreu através da revisão de materiais considerados referências no acompanhamento de PVHIV na APS e posterior apreciação de currículos na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Foram apreciados os currículos de autores e colaboradores dos seguintes materiais: TeleCondutas: HIV: acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS na

Atenção Primária à Saúde, versão digital 2021; capítulo 261 sobre vírus da imunodeficiência humana do Tratado de Medicina de Família e Comunidade 2ª edição de 2018.

Inserir a atuação junto ao Ministério da Saúde ou ao município de Porto Alegre como critério de inclusão teve como objetivo padronizar as experiências, uma vez que as diretrizes e normativas de referência partem do Ministério da Saúde e são adaptadas às realidades locais. Dessa forma entende-se que é importante a inclusão de profissionais que atuam diretamente no local onde o Guia será utilizado.

4.4 COLETA DE DADOS

Delineou-se um questionário inicial para fins de coleta de dados relevantes referentes às trajetórias profissionais e experiência dos avaliadores do Guia. Os dados coletados foram referentes à idade, identidade de gênero, raça, macrorregião de procedência, nível educacional, tempo de experiência trabalhando diretamente na assistência às PVHIV, tempo trabalhando diretamente com gestão de políticas públicas relacionadas às PVHIV, tempo trabalhando em ensino e pesquisa relacionados ao HIV, especialidade médica, ano de formação na graduação, ano de formação na especialidade médica, programa de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado) cursado.

Uma primeira versão de um “Guia rápido para manejo da infecção pelo HIV em adultos na APS” foi elaborada a partir dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, portarias e literatura atualizada referente ao tema. Essa versão foi então dividida em 23 excertos organizados no formato de questionário através da ferramenta *Google forms*. Os excertos foram apresentados em páginas individuais, obedecendo a ordem sequencial do Guia.

Em cada página do questionário foi solicitado aos avaliadores que explicitassem seu grau de concordância com as informações contidas no excerto através de uma escala de Likert graduada em cinco níveis: discordo totalmente; discordo; indiferente; concordo e concordo totalmente. Em seguida solicitou-se ao avaliador que realizasse apontamentos, críticas e sugestões de melhorias referentes ao excerto avaliado e ao guia como um todo na forma de texto.

Após a aplicação do primeiro questionário, as sugestões de melhoria foram coletadas e serviram de base para a reformulação de versões subsequentes. Essas versões eram novamente apresentadas aos avaliadores no formato de questionário, para novos apontamentos. Cada rodada tinha duração prevista de 10 dias, com flexibilidade de mais 10 dias de prazo em caso de necessidade.

Para definir a proporção de concordância entre os avaliadores utilizou-se o índice de validade de conteúdo (IVC). Cada item teve seu índice de validade de conteúdo individual calculado (I-IVC) e ao final de cada rodada do Delphi também se calculou o índice de validade de conteúdo médio (S-IVC/Ave) (YUSOFF, 2019). O cálculo dos índices foi feito conforme a tabela 1.

Tabela 1- Definição dos cálculos para IVC e IVC/Ave

Índice	Definição	Cálculo
Índice de validade de conteúdo individual (IVC)	Proporção de avaliadores que sinalizaram o item como “concordo” ou “concordo totalmente”	$IVC = (\text{número de avaliadores concordantes}) / (\text{número total de avaliadores})$
Índice de validade de conteúdo médio (S-IVC/Ave)	Média aritmética dos valores de IVC de todos os itens avaliados na rodada	$IVC/Ave = (\text{soma dos IVC}) / (\text{número de itens da rodada})$

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

Aceitou-se como taxa de concordância mínima um S-IVC/Ave de 0,95 entre os avaliadores. As opções “concordo” e “concordo totalmente” foram consideradas como concordantes enquanto as demais opções foram consideradas como discordantes para fins de cálculo.

Foram necessárias três rodadas para se atingir a taxa de concordância de 95% estabelecida como mínima para fins de validação do Guia.

Foram enviados convites através de e-mail ou rede social para 6 potenciais avaliadores em maio de 2022, dos quais 5 aceitaram participar da elaboração do guia e 1 recusou.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido e aprovado pelos comitês de ética e pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde (parecer 4.218.424) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (parecer 4.373.622) sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 35994820.6.0000.5345.

5 RESULTADOS

O Delphi contou com a participação de 5 avaliadores, 3 do sexo masculino (60%) e 2 do sexo feminino (40%). As idades dos avaliadores variaram de 33 a 63 anos (média = 42,75 anos), houve predominância de participantes oriundos da região sul (60%, n=3), com média de tempo de experiência na assistência à PVHIV de 18,6 anos (mediana de 25 anos), média de tempo de experiência trabalhando diretamente com políticas públicas relacionadas às PVHIV de 17,6 anos (mediana de 25 anos) e tempo de experiência trabalhando com ensino e pesquisa relacionadas ao HIV de 16,6 anos (mediana de 20 anos).

Dentre os avaliadores, contou-se com 2 médicos de família e comunidade, 2 infectologistas e 1 clínico. O tempo médio de experiência na carreira médica foi de 21,2 anos (mediana de 25 anos) e o tempo médio de experiência dentro da especialidade foi de 17,25 anos (mediana de 15 anos).

Tabela 2- Resultados da primeira rodada do Delphi e seus respectivos I-IVC (1) e S-IVC/Ave (2)

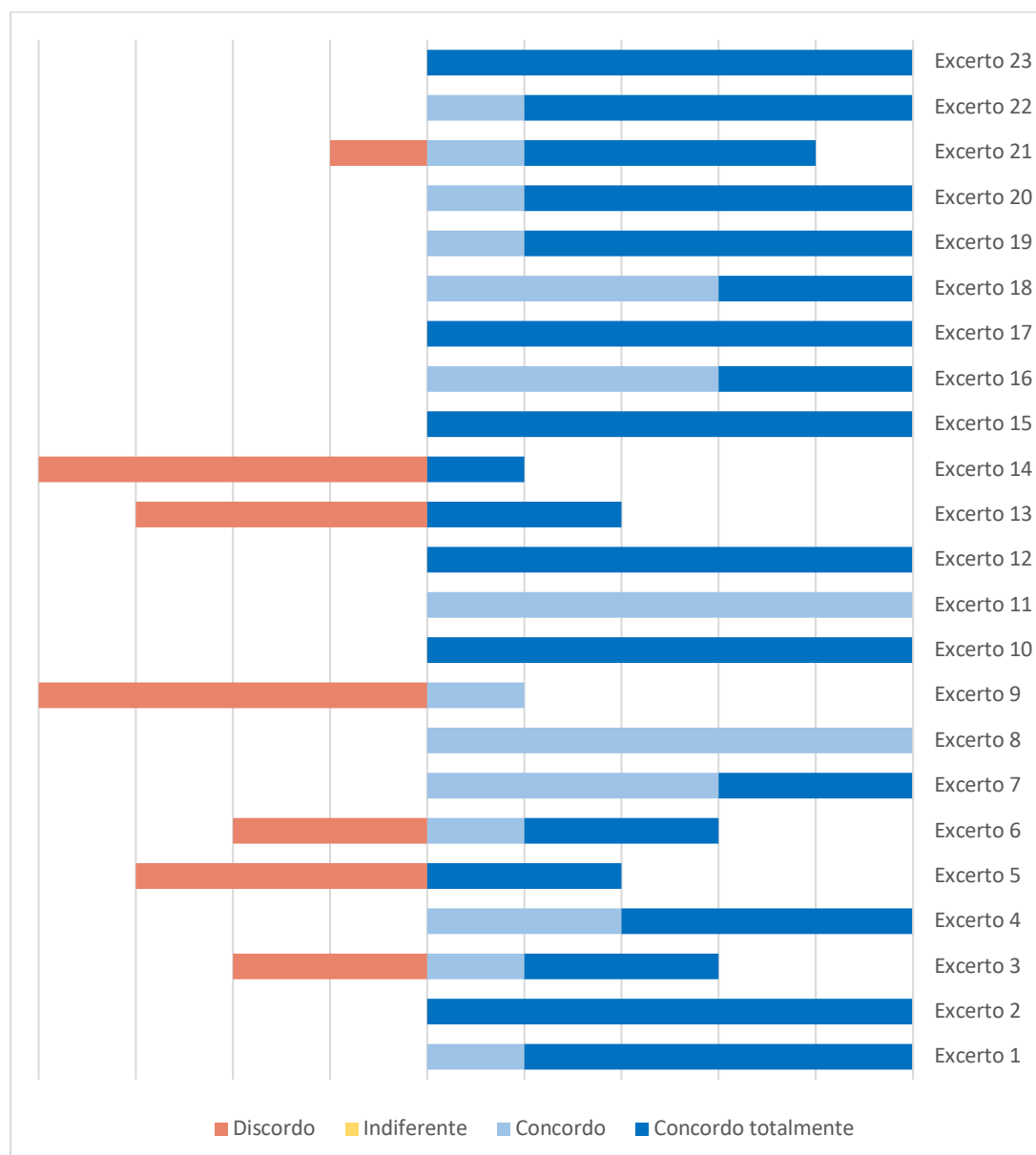
Excerto	Discordo totalmente		Discordo		Indiferente		Concordo		Concordo totalmente		I-IVC
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Introdução	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
2. Cuidado centrado na pessoa	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	1
3. História natural da infecção	0	0%	2	40%	0	0%	1	20%	2	40%	0,6
4. Promoção e prevenção	0	0%	0	0%	0	0%	2	40%	3	60%	1
5. Profilaxia pós exposição (PEP)	0	0%	3	60%	0	0%	0	0%	2	40%	0,4
6. Profilaxia pré exposição (PrEP)	0	0%	2	40%	0	0%	1	20%	2	40%	0,6
7. Diagnóstico e notificação	0	0%	0	0%	0	0%	3	60%	2	40%	1
8. Comunicação e testagem para HIV	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	0	0%	1
9. Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV	0	0%	4	80%	0	0%	1	20%	0	0%	0,2
10. Avaliação clínica inicial	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	1
11. Exames complementares iniciais	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	0	0%	1
12. Rastreamentos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	1
13. Imunizações	0	0%	3	60%	0	0%	0	0%	2	100%	0,4
14. Profilaxias	0	0%	4	80%	0	0%	0	0%	1	20%	0,2
15. TARV na APS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	1
16. Situações de exceção ao esquema inicial	0	0%	0	0%	0	0%	3	60%	2	40%	1
17. Gestantes e MVHIV em idade fértil	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	1
18. Efeitos adversos	0	0%	0	0%	0	0%	3	60%	2	40%	1
19. Periodicidade das consultas	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
20. Monitoramento de CD4 e CV	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
21. Falha virológica	0	0%	1	20%	0	0%	1	20%	3	60%	0,8
22. Critérios de encaminhamento	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
23. Anexos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	1
S-IVC/Ave											0,83

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

(1) índice de validade de conteúdo individual

(2) índice de validade de conteúdo médio

Gráfico 2- Resultados da primeira rodada do Delphi



Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

A primeira rodada de avaliação pelo Delphi contou com a participação de 100% dos avaliadores selecionados. Ao final foi obtido um S-IVC/Ave de 0,83, sendo que 30,4% (n=7) dos 23 itens avaliados apresentaram I-IVC insatisfatório conforme a metodologia.

Os itens que apresentavam os menores escores de I-IVC foram: Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV (I-IVC 0,2); Profilaxias (I-IVC 0,2); Profilaxia pós exposição (I-IVC 0,4); Imunizações (I-IVC 0,4); História natural da infecção (I-IVC 0,6); Profilaxia pré-exposição (I-IVC 0,6); Falha virológica (I-IVC 0,8).

Foram feitos 52 comentários, sugestões e/ou apontamentos ao longo da primeira rodada que serviram de base para reestruturação do Guia.

Tabela 3- Síntese das alterações sugeridas pelos avaliadores na primeira rodada do Delphi

Excerto	Sugestões de modificações pelos avaliadores
Profilaxia pós exposição (PEP)	• Adição da expressão “exposição sexual consentida, estupro ou acidente perfuro cortante”. • Enfatizar o risco de infecção por outras ISTs (sífilis, gonorreia, clamídia e hepatites virais).
Profilaxia pré exposição (PrEP)	• Modificar as populações e critérios para indicação da PrEP, conforme protocolo clínico e diretrizes terapêuticas em processo de aprovação pela Conitec.
Comunicação e testagem para HIV	• Incluir discutir e orientar estratégias de prevenção combinada (preservativos, PEP, PrEP, etc) em caso de teste não reagente para HIV.
Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV	• Reforçar os benefícios e a importância do início oportuno da TARV o mais precocemente possível.
Imunizações Profilaxias	• Adicionar a vacina meningocócica C ou ACWY • Atualizar o tratamento para ILTB conforme nota técnica de 2018 considerando o novo tratamento com rifapentina associada a isoniazida.
Falha virológica	• Reforçar a importância de buscar ativamente fatores potenciais de má adesão para corrigi-los.
Comentários finais	• Adicionar exames gerais para seguimento • Informações sobre síndrome da reconstituição imune • Adicionar trecho sobre situações que exigem brevidade no início da TARV.

Fonte: elaborada pelo autor (2022).

Tabela 4- Resultados da segunda rodada do Delphi e seus respectivos I-IVC (1) e S-IVC/Ave (2)

Excerto	Discordo totalmente		Discordo		Indiferente		Concordo		Concordo totalmente		I-IVC
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Introdução	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	1
2. Cuidado centrado na pessoa	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	1
3. História natural da infecção	0	0%	0	0%	1	20%	0	0%	4	80%	0,8
4. Promoção e prevenção	0	0%	1	20%	0	0%	1	20%	3	60%	0,8
5. Profilaxia pós exposição (PEP)	0	0%	3	60%	0	0%	1	20%	1	20%	0,4
6. Profilaxia pré exposição (PrEP)	0	0%	2	40%	0	0%	1	20%	2	40%	0,6
7. Diagnóstico e notificação	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	1
8. Comunicação e testagem para HIV	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
9. Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
10. Avaliação clínica inicial	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
11. Exames complementares iniciais	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
12. Rastreamentos	0	0%	0	0%	0	0%	3	60%	2	40%	1
13. Imunizações	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
14. Profilaxias	0	0%	0	0%	0	0%	2	40%	3	60%	1
15. TARV na APS	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
16. Situações de exceção ao esquema inicial	0	0%	3	60%	0	0%	0	0%	2	40%	0,4
17. Gestantes e MVHIV em idade fértil	0	0%	0	0%	0	0%	2	40%	3	60%	1
18. Efeitos adversos	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
19. Periodicidade das consultas	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
20. Monitoramento de CD4 e CV	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
21. Exames complementares de seguimento clínico	0	0%	0	0%	0	0%	2	40%	3	60%	1
22. Falha virológica	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
23. Critérios de encaminhamento	0	0%	0	0%	1	20%	1	20%	3	60%	0,8
24. Situações que exigem brevidade no início de ARV	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
25. Anexos	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	1
S-IVC/Ave											0,912

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

(1) índice de validade de conteúdo individual

(2) índice de validade de conteúdo médio

Gráfico 3- Resultados da segunda rodada do Delphi



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Na segunda rodada do Delphi observou-se a participação de 100% dos avaliadores e obteve-se um S-IVC/Ave de 0,912, muito próximo do objetivo. 6 tópicos apresentaram um I-IVC abaixo do esperado, sendo estes: Situações de exceção ao esquema inicial (0,4); Profilaxia pós exposição (0,4); História natural da infecção (0,8); Profilaxia pré-exposição (0,6); Promoção e prevenção (0,8); Critérios de encaminhamento (0,8).

No total foram feitos 27 comentários e apontamentos sobre o Guia e que contribuíram para a elaboração da terceira versão.

Tabela 5 - Síntese das alterações sugeridas pelos avaliadores na segunda rodada do Delphi

Excerto	Sugestões de modificações pelos avaliadores
Promoção e Prevenção	• Inserir aconselhamento pré e pós teste como parte da prevenção. • Inserir o não compartilhamento de seringas como forma de prevenção no uso de drogas injetáveis
Profilaxia pós exposição	• Corrigir a apresentação do comprimido utilizado: coformulado de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + 1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50 mg
Profilaxia pré-exposição	• Remover o termo HSH com histórico de clamídia e gonococo como critério para indicar PrEP. Após discussão na Conitec o texto final incluiu todas as pessoas com histórico de infecção por gonococo e clamídia nos últimos seis meses como candidatas à PrEP, independentemente de sua orientação e práticas sexuais.
Situações de exceção ao esquema inicial	• Adicionar como situação pacientes em uso de alguns anticonvulsivantes. Pacientes com indicação de dolutegravir em uso de oxcarbazepina, dofetilida ou pilsicainida devem ser avaliados quanto à possibilidade de troca dessas medicações a fim de viabilizar o uso do dolutegravir

Fonte: elaborada pelo autor (2022).

Tabela 6 - Resultados da terceira rodada do Delphi e seus respectivos I-IVC (1) e S-IVC/Ave (2)

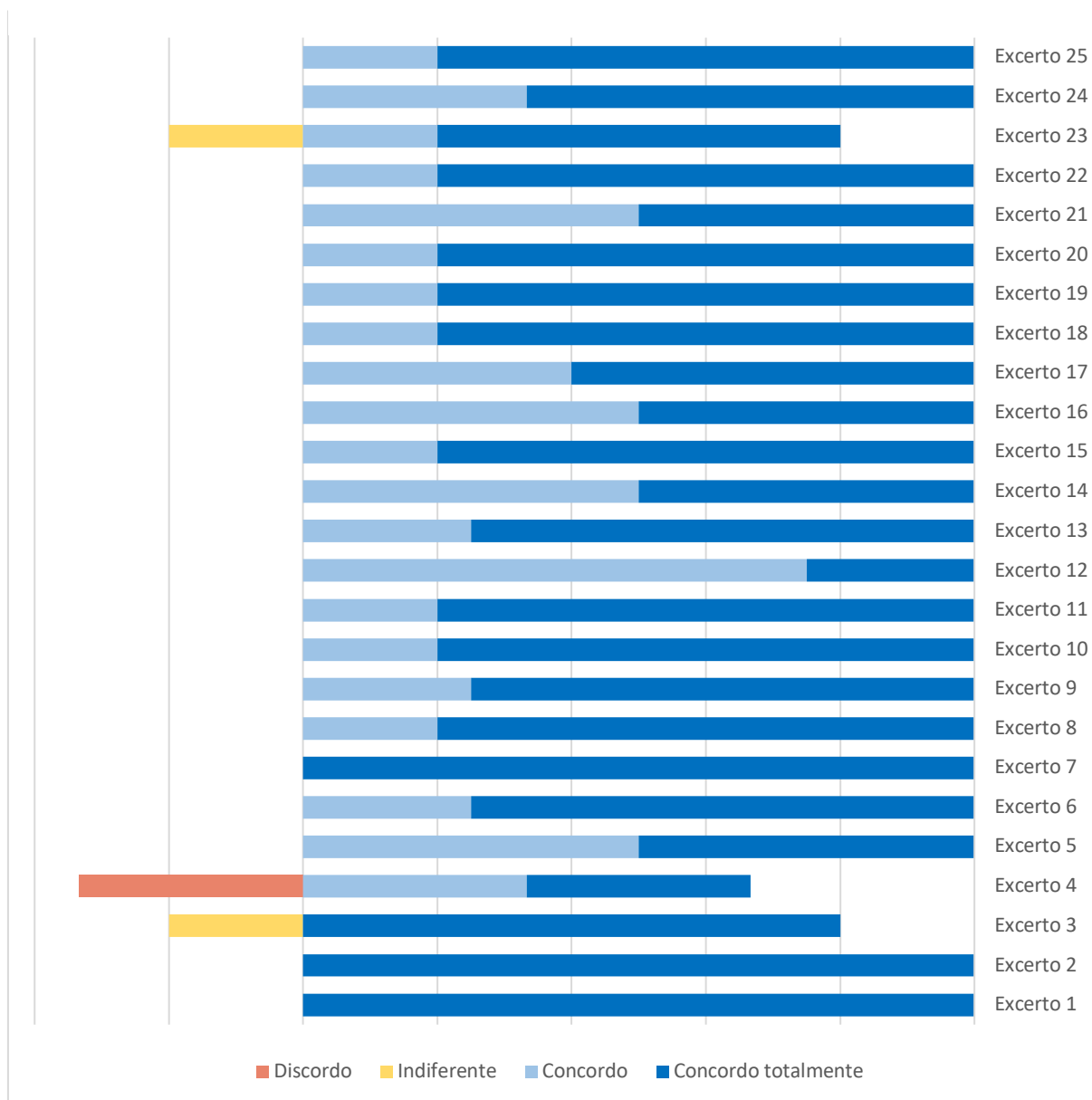
Excerto	Discordo totalmente		Discordo		Indiferente		Concordo		Concordo totalmente		I-IVC
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Introdução	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	1
2. Cuidado centrado na pessoa	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	1
3. História natural da infecção	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	1
4. Promoção e prevenção	0	0%	1	25%	0	0%	2	50%	1	25%	0,75
5. Profilaxia pós exposição (PEP)	0	0%	0	0%	0	0%	3	75%	1	25%	1
6. Profilaxia pré exposição (PrEP)	0	0%	0	0%	0	0%	1	25%	3	75%	1
7. Diagnóstico e notificação	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	1
8. Comunicação e testagem para HIV	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	80%	1
9. Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV	0	0%	0	0%	0	0%	1	25%	3	75%	1
10. Avaliação clínica inicial	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	1
11. Exames complementares iniciais	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	1
12. Rastreamentos	0	0%	0	0%	0	0%	3	75%	1	25%	1
13. Imunizações	0	0%	0	0%	0	0%	1	25%	3	75%	1
14. Profilaxias	0	0%	0	0%	0	0%	2	50%	2	50%	1
15. TARV na APS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	1
16. Situações de exceção ao esquema inicial	0	0%	0	0%	0	0%	2	50%	2	50%	1
17. Gestantes e MVHIV em idade fértil	0	0%	0	0%	0	0%	1	25%	3	75%	1
18. Efeitos adversos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	1
19. Periodicidade das consultas	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	1
20. Monitoramento de CD4 e CV	0	0%	0	0%	0	0%	0	20%	4	100%	1
21. Exames complementares de seguimento clínico	0	0%	0	0%	0	0%	2	50%	2	50%	1
22. Falha virológica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	1
23. Critérios de encaminhamento	0	0%	0	0%	1	25%	0	0%	3	75%	0,75
24. Situações que exigem brevidade no início de ARV	0	0%	0	0%	0	0%	2	50%	2	50%	1
25. Anexos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	1
S-IVC/Ave											0,98

Fonte: elaborada pelo autor (2022).

(1) índice de validade de conteúdo individual

(2) índice de validade de conteúdo médio

Gráfico 4 - Resultados da terceira rodada do Delphi



Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

A terceira rodada contou com a participação de 80% dos avaliadores, com uma abstenção. Observou-se um S-IVC/Ave de 0,98, considerado adequado de acordo com a metodologia definida. Dois itens seguiram com I-IVC considerados insuficientes: Promoção e prevenção (0,75) e Critérios de encaminhamento (0,75). Entretanto, nota-se que apenas um item recebeu avaliação “discordo” e nenhum item receber avaliação “discordo totalmente” nesta rodada.

Tabela 7 - Síntese das alterações sugeridas pelos avaliadores na terceira rodada do Delphi

Excerto	Sugestões de modificações pelos avaliadores
Promoção e prevenção	• Adicionar o conceito indetectável = intransmissível ou I=I
CrITÉRIOS de encaminhamento	• Excluir pacientes com CD4<200, assintomáticos, com adesão garantida, carga viral <40 e uso de profilaxia dos critérios de encaminhamento, pois podem ser acompanhados na APS.

Fonte: elaborada pelo autor (2022).

6 DISCUSSÃO

O atual estudo apresenta limitações que devem ser levadas em consideração. A busca por um perfil específico de avaliador, com experiência na temática da descentralização do cuidado às PVHIV e atuação junto ao Ministério da Saúde ou no município de Porto Alegre levou a um número restrito de experts. Esse número restrito dificultou algumas análises, pois a discordância de apenas um participante causa impacto significativo sobre os índices de validade de conteúdo, o que representou um desafio em alguns itens.

Outra limitação diz respeito à abstenção ao longo das rodadas, característica comum a pesquisas que utilizam o método Delphi. Entretanto, a abstenção no presente estudo foi baixa e contou-se com a participação de 100% dos avaliadores nas duas primeiras rodadas e 80% na última rodada.

Outro ponto a ser observado diz respeito à longa duração do processo e dos questionários, que demandam tempo e atenção dos participantes. Essa limitação inerente ao método pode fazer com que alguns trechos problemáticos não sejam identificados, o que é minimizado pelo fato de vários experts avaliarem os mesmos excertos por diversas rodadas.

Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV

Um dos pontos com o menor I-IVC na primeira rodada foi o trecho referente à avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV. Neste excerto, utilizou-se um material da European AIDS Clinical Society (EACS) (EUROPEAN AIDS CLINICAL SOCIETY (EACS), 2019), fazendo um paralelo entre o grau de preparação da pessoa para o início da TARV e o Modelo Transterórico de Prochaska e DiClemente (SIDDHARTHAN *et al.*, 2021). Nesse modelo o grau de motivação é dividido em pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção conforme a inclinação da pessoa a iniciar uma intervenção, que no caso é a terapia antirretroviral. O material propõe condutas específicas frente a esses diferentes estágios, mas a forma como foi colocada na primeira versão do Guia suscitou críticas e sugestões de readequações, conforme os comentários:

“O texto como está posto parece desencorajar o médico a prescrever. Sugere-se destacar a importância de começar precocemente a medicação (...)”

“Acho que seria importante reforçar os benefícios do início oportuno da TARV. Senti que o texto ficou meio em aberto. Início rápido de TARV deve ser oferecido a todas as PVHIV após a confirmação do

diagnóstico e avaliação clínica. A iniciação rápida é definida como dentro de sete dias a partir do dia do diagnóstico.”

“Acho bem legal essa abordagem do EACS, mas tenho uma consideração a fazer. No nosso país muitas vezes o diagnóstico é tardio com IO (infecções oportunistas) ativas ou CD4 muito baixo. É importante ressaltar que este tempo para pré-contemplação e contemplação não deve ser estendido em pacientes com imunossupressão grave. Não estou sugerindo que se "force" a pessoa a iniciar ARV, mas que a "urgência" é maior em um paciente com 50 de CD4 em comparação com um com 600. Só para não se perder o caso, sugiro uma frase na parte inicial de pré- contemplação que aborde o nível de imunossupressão (...). (...) Enfim, só acho que deveria ficar claro Que a "urgência" do início depende também do grau de imunossupressão e talvez isso não esteja tão explícito no documento do EACS pois os diagnósticos na Europa não são tão tardios.”

Os pontos levantados pelos avaliadores são de grande importância. As evidências mais recentes reforçam cada vez mais as recomendações de início imediato da TARV. Ensaios clínicos randomizados indicam que o início precoce da terapia, inclusive no mesmo dia do diagnóstico, impacta positivamente em adesão (AMANYIRE *et al.*, 2016; ROSEN *et al.*, 2016).

O benefício desse início precoce é ainda mais importante nas PVHIV com doença avançada em decorrência dos benefícios clínicos, mas se estende a todos. A Organização Mundial da Saúde traz forte recomendação a favor do início precoce da TARV, definido como tratamento iniciado em até 7 dias após o diagnóstico, a todas as PVHIV (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Um estudo conduzido no Quênia apontou que o início precoce da TARV é percebido por profissionais de saúde como fator responsável pela perda de seguimento de alguns usuários, presumidamente em decorrência das dificuldades de aceitação do diagnóstico e de preparação para iniciar um tratamento que perdurará por toda a vida (HELOVA *et al.*, 2017). Entretanto, no mesmo estudo percebeu-se que esse não era um fator limitante ou determinante para baixa adesão do ponto de vista dos usuários, o que corrobora a importância de se ofertar a TARV no diagnóstico.

A OMS recomenda que o início da TARV deve seguir os princípios de cuidado centrado na pessoa, respeitado as necessidades, preferências e expectativas individuais. O profissional de saúde deve atuar como um agente ativo para promoção de uma decisão informada e consciente, respeitando as particularidades de cada pessoa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). Diante disso, a proposta da EACS busca identificar pessoas que não estão

preparadas para iniciação da TARV para acolhê-las e permitir ao profissional de saúde fazer uso de ferramentas centradas na pessoa que possam auxiliá-la a evoluir para os próximos estágios na escala de motivação.

O texto referente a este excerto no Guia foi reformulado, mantendo a orientação de se identificar o grau de preparação da pessoa para iniciação da TARV e da necessidade de se respeitar as decisões e características individuais do paciente. Além disso, destacou-se que há forte recomendação de tratamento universal a todas as PVHIV e que a prescrição da TARV no mesmo dia do diagnóstico às pessoas que se sentem preparadas para tanto é uma estratégia segura. Enfatizou-se os impactos positivos dessas práticas sobre supressão viral e reconstituição imune, bem como a necessidade de se evitar postura inerte mediante pessoas em fase de pré-contemplação e contemplação. O texto também passou a estimular retornos frequentes para os pacientes identificados como ambivalentes, de forma que a automotivação possa ser trabalhada, permitindo tomadas de decisão orientadas e conscientes.

Após os ajustes feitos a partir dos apontamentos dos avaliadores, o I-IVC do excerto em questão passou de 0,2 para 1,0.

Promoção e prevenção

Outro tópico com I-IVC considerado insatisfatório foi o referente à “promoção e prevenção”. Esse item recebeu um I-IVC de 1 na primeira rodada, caindo para 0,8 na segunda rodada e, por fim, 0,75 na terceira rodada.

O decaimento do I-IVC demonstra a importância de múltiplas rodadas no método Delphi, pois falhas e lacunas podem não ser percebidas na avaliação inicial, gerando avaliações distintas e reconsiderações nas rodadas sucedentes. Essa é uma forma de contornar a limitação do Delphi, que costuma demandar um longo tempo de concentração por parte dos participantes (MARQUES; FREITAS, 2018).

Dentre as discussões e sugestões apontadas nesse tópico, o primeiro ponto levantado foi referente à inclusão de algumas medidas de prevenção que não estavam listadas no texto original.

“O aconselhamento pré e pós teste ainda cumpre papel importante na prevenção. Apesar de ter perdido importância epidemiológica, o uso de droga injetável ainda existe e o não compartilhamento de seringa deve ser mencionado.”

“acho que seria interessante incluir alguma coisa sobre o conceito I=I, isto é muito relevante pois tira um pouco do estigma sobre as PVHIV e dá uma perspectiva de uma vida normal (..)”.

“É interessante mencionar medidas de redução de danos, em especial as voltadas aos usuários de drogas injetáveis.”

A inclusão do aconselhamento pré e pós-teste e das políticas de redução de danos como medidas de prevenção foi um passo importante para melhoria do guia, pois ampliou o repertório de ferramentas à disposição da APS para trabalhar prevenção. Entretanto, na terceira rodada ainda se detectou a necessidade de ajuste no texto, em especial no que dizia respeito às políticas de redução de danos que contemplam os usuários de drogas injetáveis.

A terceira rodada contou com a participação de menos avaliadores, de forma que a avaliação insatisfatória de um dos membros resultou em um I-IVC ainda mais baixo que o da rodada anterior.

“A última frase ficou confusa. A prevenção para os usuários de drogas injetáveis é o não compartilhamento de seringas e a política prevê o fornecimento delas.”

Houve readequação da escrita para que o texto ficasse mais claro, porém não foram feitas novas rodadas do Delphi, uma vez que o S-IVC/Ave alcançou valor satisfatório para finalizar a avaliação.

Comunicação e testagem para HIV

Diversos materiais do Ministério da Saúde vinculam os momento do aconselhamento pré e pós teste e da comunicação sobre o resultado da testagem no geral como a oportunidade ideal para se reforçar medidas de prevenção a transmissão do HIV (BRASIL,). Trata-se de um momento de sedimentar as informações e oportunizar acesso a outras modalidades de prevenção combinada, conforme o desejo, realidade e vulnerabilidades da pessoa.

Na elaboração da primeira versão do Guia, a orientação pós-teste baseou-se em um algoritmo do Center of Disease Control de British Columbia, no Canadá (BC CENTRE FOR DISEASE CONTROL'S, 2016). Entretanto, na tradução do material o enfoque em prevenção foi descrito de maneira genérica, o que foi apontado pelos avaliadores como um ponto a ser melhorado.

“ (...) Nenhum dos braços do algoritmo nem o texto sobre o que fazer no resultado cita prevenção: tem que colocar: disponibilizar preservativos, orientar o uso, discutir a revelação para as parcerias sexuais, identificar necessidade de PEP ou PrEP para as parcerias sexuais.”

“Incluir no caso de teste não reagente a indicação de encaminhamento para outras estratégias de prevenção combinada, como PEP ou PrEP. Além disso, seria importante falar do acesso ao diagnóstico de forma não burocratizada. É necessário entender a testagem não como somente um ato mecânico, mas com a perspectiva de porta de entrada para o cuidado. Importante incluir na abordagem o gerenciamento de risco: com abordagem qualificada em saúde sexual, identificação de vulnerabilidades para o HIV e IST, e gestão do risco, compartilhando decisões sobre o cuidado com o paciente, ofertando o menu de possibilidade da prevenção combinada.”

Após os apontamentos, ajustou-se a escrita e enfatizou-se a necessidade de se reforçar as estratégias de prevenção combinada, ampliando-se a compreensão da testagem também como um momento de educação em saúde. A testagem, além de ser uma estratégia de prevenção isoladamente, pode servir de janela de oportunidade para identificar potenciais benefícios e disponibilizar outras estratégias de maneira individualizada.

Falha virológica

Outro tópico que gerou discussões relevantes para o aperfeiçoamento do Guia foi o trecho referente à avaliação e diagnóstico da falha virológica. Falha virológica é definida como a persistência de carga viral detectável após 6 meses de uso de TARV ou carga viral detectável persistente em indivíduos em tratamento que antes a apresentavam indetectável (BRASIL, 2018).

Diante da suspeita de falha virológica, um ponto crucial é verificar a presença de fatores que podem elevar a carga viral como diagnóstico diferencial. O principal desses fatores é a má adesão à TARV, podendo estar relacionada a intolerância aos efeitos colaterais, dificuldades em ingerir comprimidos, dificuldades em lembrar as doses, depressão, transtorno por uso de substâncias e questões socioeconômicas e culturais (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2012).

Com a modernização dos tratamentos antirretrovirais, o risco de desenvolvimento de falha virológica aos regimes de primeira e segunda linha diminuiu consideravelmente. Um estudo retrospectivo para avaliação de falha virológica demonstrou uma redução da incidência de falha de 56% ao ano em 1996 para 16% ao ano em 2005 (DEEKS *et al.*, 2010). Esse número

é potencialmente menor com o advento dos inibidores de integrase como o Dolutegravir, que faz parte do esquema de primeira linha brasileira e apresenta alta barreira genética contra mutações.

Diante disso, houve críticas à ausência de protagonismo às recomendações de se explorar e verificar adesão junto ao paciente quando da suspeita de falha virológica, uma vez que esta é a principal causa de elevação da carga viral.

“sugiro inserir a orientação de reforçar a adesão identificando fatores potenciais de má adesão e corrigindo. Sugiro também que seja coletada a genotipagem oportunamente. Se mandatório encaminhar ao SAE coloque que a consulta deverá ser garantida e imediata pois se o paciente já está com baixa adesão e falha o risco de abandono é maior”

“incluiria nos fatores a serem avaliados em caso de CV detectável as possíveis interações medicamentosas.

Não sei se vai ser abordado mais adiante, mas acho pertinente abordar um pouco mais profundamente avaliação e adesão. Nestes casos não basta simplesmente questionar "está tomando as medicações direitinho?" o nosso conceito de tomar adequadamente pode não ser o mesmo do paciente. É necessário questionar como o paciente está tomando, se não está falhando nenhum dia, se está tomando todos os comprimidos que deveria tomar naquele dia (as vezes os pacientes acham que algum dos comprimidos lhe fazem mal e decidem não tomar apenas aquele), se tem alguma crença ou mito em relação aos ARVs que possa estar prejudicando adesão, suporte social, comorbidades psiquiátricas, uso de substâncias, enfim, muitos aspectos podem ser uma barreira a adesão, acho bem importante explorar um pouco mais isto.”

Após os apontamentos o texto foi readequado e reforçou-se a necessidade de explorar e assegurar adesão junto ao paciente. O tópico referente à adesão, que anteriormente dispunha de 24 caracteres passou a contar com 426 caracteres, nos quais explorou-se a importância de uma pesquisa minuciosa e ampla sobre fatores que possam impactar na adesão.

Após os ajustes, o I-IVC deste item, que inicialmente era de 0,8, passou para 1,0.

Sugestões e comentários finais

Ao final do Delphi disponibilizou-se um espaço livre para redação de comentários gerais, que foram de grande valia para a finalização do Guia. Algumas informações foram adicionadas a partir dos apontamentos dos avaliadores, permitindo a produção de um material mais completo, como foi o caso da inserção do tópico referente às situações que exigem brevidade no início da TARV.

“- acho importante destacar algumas situações que exigem brevidade no início de ARV (mesmo que estas situações não sejam para acompanhamento na APS) porque em alguns contextos pode haver uma demora grande no encaminhamento e é paradoxal pensar que o paciente com indicação de maior brevidade para início do tratamento é o que vai acabar esperando mais já que deve aguardar o encaminhamento”

A inserção desse trecho foi determinante, pois dialoga diretamente com a questão do início precoce da TARV, amplamente discutida na primeira rodada do Delphi. Sabe-se que o início breve da terapia é especialmente benéfico aos pacientes com doença avançada e imunossupressão grave. Estes pacientes, muitas vezes não preencherão critérios de tratamento e seguimento junto à APS, mas o profissional pode se valer de estratégias de matriciamento e discussão com especialistas para proporcionar o início da terapia nesse ponto de assistência o quanto antes.

O guia, após o comentário, trouxe a sugestão de matriciamento, disponibilizando canais de discussão para que efetivamente as PVHIV nessa situação recebam seu tratamento de maneira mais precoce possível, conforme pode-se verificar no trecho a seguir:

“Muitas dessas situações encaixam-se nos critérios de encaminhamento para serviços especializados, sendo premente o acesso breve dessas pessoas a esses serviços. Em casos nos quais se identifique dificuldade para encaminhamento, o profissional da APS pode se valer de apoio matricial com infectologista conforme fluxo local ou discussão do caso através de ferramentas como o Telessaúde-RS UFRGS pelo telefone 0800 644 6543”

Uma outra sugestão levantada foi da inserção de um tópico explicando sobre Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIR), caracterizada por uma piora paradoxal de doenças e condições clínica pré-existentes após o início da TARV, levando a um estado inflamatório exacerbado (BRASIL, 2018). Esse tema tem relevância, uma vez que não há indicação de se suspender a TARV na vigência de sua ocorrência e o tratamento não deve ser protelado por receio de sua ocorrência, uma vez que os benefícios da terapia superam enormemente seus riscos (BRASIL, 2018).

“Sugiro acrescentar alguma informação sobre IRIS, o que esperar e como manejar”.

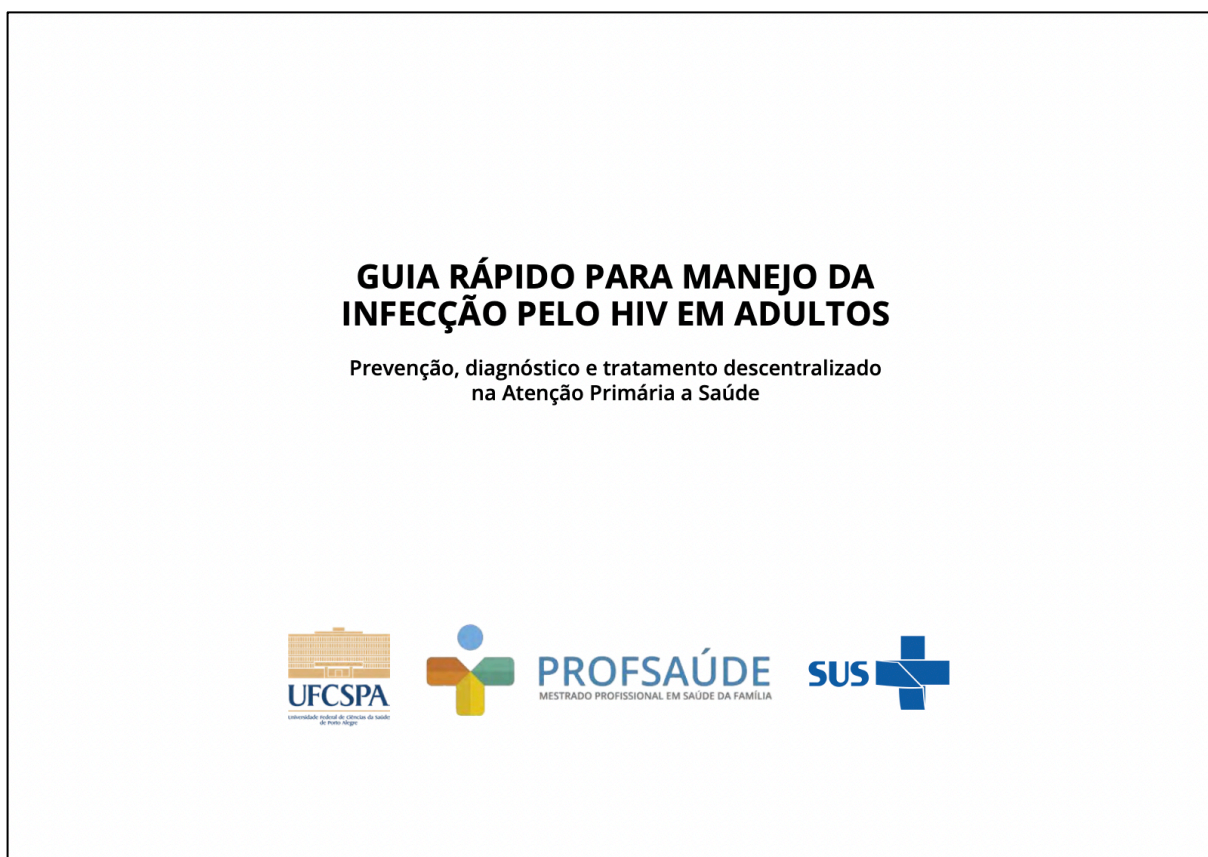
Diversos comentários foram bastante positivos, reforçando a importância da construção de um Guia que aproxime os médicos da Estratégia de Saúde da Família do cuidado descentralizado às PVHIV.

“Uma boa compilação dos diversos manuais e guidelines existentes. Ágil para o uso cotidiano”

“O guia está bom, constam todas as principais informações. Senti falta de alguma menção em relação ao cuidado em saúde mental, particularmente depressão e uso abusivo de álcool e outras drogas pois trata-se de importante causa de má adesão e abandono. Outra questão que eu abordaria seria o trabalho para mudança de estilo de vida e atividades físicas com vista a prevenção de distúrbios metabólicos tão frequentes”

Os apontamentos e ideias dos comentários finais foram incorporados à versão final do Guia, que foi enviada para formatação. A formatação do Guia permite o uso de maneira digital, com hiperlinks nos itens do sumário, e física em forma de livreto impresso.

7 GUIA RÁPIDO PARA O MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS



LISTA DE ABREVIATURAS

3TC – Lamivudina	LT-CD4 – Linfócitos T CD4+
AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida	OMS – Organização Mundial da Saúde
ALT – Alanina aminotransferase	PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
APS – Atenção Primária à Saúde	PEP – Profilaxia pós exposição
ARV – Antiretrovirais	PPD – Purified Protein Derivative/ Prova tuberculínica ou Mantoux
AST – Aspartato aminotransferase	PrEP – Profilaxia pré exposição
CD4 – Linfócitos T CD4+	PVHIV – Pessoas vivendo com HIV
CRIE – Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais	RCV – Risco cardiovascular
CT – Colesterol total	SAE – Serviço de Atenção Especializada
CV – Carga viral	SRA – Síndrome retroviral aguda
CV-HIV – Carga viral	TARV – Terapia antirretroviral
DTG – Dolutegravir	TB – Tuberculose
FA – Fosfatase alcalina	TDF – Tenofovir
FRAX – ferramenta para avaliação de risco de fratura	TFG – Taxa de filtração glomerular
HAV – vírus da hepatite A (hepatitis A vírus)	TR1 – Teste rápido 1
HBV – vírus da hepatite B (hepatitis B vírus)	TR2 – Teste rápido 2
HCV – vírus da hepatite C (hepatitis C vírus)	VDRL – Venereal Disease Research Laboratory
HDL – lipoproteína de alta densidade (high density lipoprotein)	
HIV – Vírus da imunodeficiência humana	
HTLV – vírus T linfotrópico humano (human T lymphotropic virus)	
ILTB – infecção latente da tuberculose	
IMC – índice de massa corpórea	
ISTs – Infecções sexualmente transmissíveis	

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
 PROFSAÚDE – Mestrado Profissional em Saúde da Família
 Contato: profsaude@ufcspa.edu.br (51) 3303-8794
 Rua Sarmento Leite, 245, Centro, Porto Alegre-RS

Autor

Cesar Augusto da Silva

Orientadora

Daniela Cardoso Tietzmann

Colaboração

Ana Flor Hexel Cornely
 Gabriela Tizianel de Carvalho
 Gustavo Albino Pinto Magalhães
 Maria Letícia Ikeda
 Ney Bragança Gyrão
 Thiago Cherem Morelli

Projeto gráfico, design, diagramação e capa

Paola Löw Pagliarini

Espaço para ficha catalográfica

SUMÁRIO

Introdução	6
Cuidado Centrado na Pessoa	7
História natural da infecção	8
Promoção e Prevenção	9
Profilaxia pós exposição (PEP)	11
Profilaxia pré exposição (PrEP)	15
Diagnóstico	18
Notificação	21
Comunicação e testagem para HIV	21
Aconselhamento pré-teste	22
Aconselhamento pós-teste	23
Comunicando um resultado positivo	25
Comunicando um resultado negativo	26
Avaliação inicial da PVHIV na APS	26
Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV	26
Avaliação clínica inicial	29
Exame físico	30
Exames complementares iniciais	32

Investigação de tuberculose	34
Rastreamentos	34
Risco cardiovascular	34
Rastreamento de neoplasias	35
Avaliação de massa óssea	36
Imunizações	36
Profilaxia primária	43
Tratamento da Infecção latente pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (ILTB)	44
Tratamento com antirretrovirais na APS	49
Esquema de primeira linha	49
Situações de exceção ao esquema preferencial	50
Situação de início de tratamento em gestantes e mulheres vivendo com HIV em idade fértil com intenção de engravidar	51
Efeitos adversos	52
Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIR)	54
Periodicidade das consultas	54
Monitoramento laboratorial da infecção pelo HIV utilizando contagem de LT-CD4 e Carga Viral	56
Exames complementares e avaliações de seguimento clínico	57
Falha virológica	59
Critérios para encaminhamento a serviço especializado	61

Situações que exigem brevidade no início de ARV	62
Anexos	64
Referências Bibliográficas	66

INTRODUÇÃO

Este guia de consulta rápida é direcionado aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e foi elaborado como parte integrante de projeto de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Seu objetivo é servir como ferramenta de fácil acesso e disponibilidade para o manejo adequado da infecção pelo HIV na APS.

Os primeiros casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) surgiram na década de 1980 nos Estados Unidos. A síndrome foi descrita em uma série de casos de pessoas que desenvolveram infecções e neoplasias pouco comuns na população em geral, sugerindo um estado de imunossupressão grave. Em 1983 o vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi identificado e percebeu-se que sua infecção em estágio tardio levava à imunodeficiência avançada. Isso ocorre, pois, seu principal alvo são os linfócitos T CD4+ (1) (2).

Em 1985 surgiram os testes sorológicos para anticorpos anti-HIV (3) e em 1987 os primeiros medicamentos antirretrovirais (4). A terapia combinada só passou a ser uma realidade a partir de 1996 e resultou em uma melhora expressiva na morbimortalidade (1).

Após décadas o conhecimento sobre HIV e Aids evoluiu muito. Dispomos de ferramentas que permitiram capilarizar o cuidado às Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) e que vão desde o diagnóstico ao tratamento. Os testes rápidos permitem diagnóstico em poucos minutos com fácil acesso e disponibilidade. Os esquemas medicamentosos modernizaram-se, permitindo simplificações posológicas, facilitando adesão, reduzindo o número de casos de resistência e de efeitos colaterais aos antirretrovirais. Houve também uma ampliação dos critérios para início de tratamento, pois percebeu-se os benefícios individuais e coletivos da terapia antirretroviral (TARV). A recomendação de início da TARV a todas as PVHIV, independentemente do CD4, é uma realidade desde 2013 no Brasil. Essa estratégia permitiu redução na transmissão, com impacto importante sobre morbimortalidade.

Atualmente a infecção pelo HIV é vista como uma condição de saúde crônica, na qual muitas pessoas diagnosticadas vivem com o vírus, em uso de TARV e com qualidade de vida. O aumento na expectativa de vida também

9

passou a modificar o perfil das pessoas em acompanhamento de saúde, que à medida que envelhecem passam a apresentar outras comorbidades como hipertensão e diabetes.

O papel da APS no cuidado às PVHIV foi se ampliando com o passar dos anos. Inicialmente centrado nas ações de conscientização e prevenção, progressivamente foi incorporando novos elementos, como os testes rápidos para HIV e outras ISTs que passaram a ser disponibilizados em 2012 nas unidades básicas de saúde (5).

Mais recentemente a APS passa a ter papel assistencial, possibilitando o início do tratamento e acompanhamento de pacientes através de um manejo descentralizado. Isso só foi possível graças a construção de protocolos baseados em evidência de fácil entendimento e possíveis de serem aplicados na APS(6).

A Atenção Primária organiza-se em uma lógica amparada em princípios como primeiro contato, acessibilidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem ampliada e competência cultural (5). Nesse sentido, a APS é capaz de desenvolver papel chave em estratégias de saúde pública que contemplem as PVHIV, pois podem atuar no nível de diagnóstico precoce e permitir início da TARV com retenção da pessoa ao serviço.

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

Entender a pessoa como um indivíduo único, complexo e que se insere em um contexto familiar, social, econômico e educacional próprio é de grande importância para se estabelecer um vínculo entre a pessoa e o serviço de saúde. Compreender suas ideias, sentimentos, o impacto do diagnóstico em sua funcionalidade e as expectativas geradas sobre o tratamento e seguimento é importante para a individualização do cuidado (7).

O compartilhamento de decisões deve ser exercido sempre que possível, sendo papel do profissional de saúde disponibilizar informações de qualidade e baseadas em evidências para que a pessoa possa guiar suas decisões (8).

Uma boa comunicação é essencial ao acompanhamento e deve ficar claro à pessoa que seu direito ao sigilo será

10

respeitado e que esta se encontra em um ambiente seguro para conversar.

HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO

A infecção aguda, denominada Síndrome Retroviral Aguda (SRA), é raramente diagnosticada devido a sua inespecificidade, podendo ser confundida com diversas outras infecções virais. Entre 50 e 90% dos indivíduos infectados apresentarão sintomas agudos e autolimitados, geralmente iniciados entre 5 e 15 dias após a contaminação e com duração de até 4 semanas (9,10).

A SRA apresenta manifestações clínicas inespecíficas como febre, sudorese, linfonodomegalia, esplenomegalia, faringite, astenia, mialgia, exantema e cefaleia. Sintomas gastrointestinais como náuseas, vômitos e diarreia podem estar presentes também (9,10).

Após findos os sintomas referentes à SRA, a infecção pelo HIV entra em uma fase de latência clínica, na qual o exame físico costuma não apresentar grandes alterações, exceto pela linfadenopatia, que pode persistir. Nesta fase algumas alterações laboratoriais podem estar presentes, sendo a plaquetopenia um achado comum. Além disso a anemia (normocrômica e normocítica) e leucopenia leve podem ser encontradas (9,10).

Com o passar dos anos a contagem de LT-CD4+ vai declinando e a infecção progredindo, levando a episódios mais frequentes de infecções bacterianas (pneumonias, sinusite, bronquite), lesões orais (leucoplasia oral pilosa), herpes zoster e candidíase oral (9,10).

O surgimento de infecções oportunistas e neoplasias ou a constatação de valores de LT-CD4+ abaixo de 350 céls/mm³, mesmo sem sintomas, é definidor da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). A Aids diz respeito a um estado mais avançado de imunossupressão, no qual infecções passam a ser mais prevalentes, como por exemplo a pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica, meningite por criptococo e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comumente observadas são o Sarcoma de Kaposi, o linfoma não

11

Hodgkin e o câncer de colo uterino (9,10).

Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos (10).

PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

Prevenção combinada do HIV: É o uso combinado de intervenções biomédicas (por exemplo, PEP e PrEP), comportamentais e estruturais aplicadas a cada indivíduo, considerando as relações, os contextos e os grupos sociais a que estes pertencem, com ações que atendam às suas necessidades e especificidades em relação à prevenção da transmissão do vírus HIV e ao cuidado integral. Cada indivíduo, junto com o profissional de saúde, possui a capacidade de escolher os métodos preventivos mais adequados à sua realidade e às suas necessidades. Nenhum método de prevenção isolado é totalmente eficaz. A combinação de várias estratégias de prevenção, de acordo com as necessidades e estilo de vida de cada um, é a melhor forma de prevenção (11).

As diversas estratégias de prevenção são reunidas na mandala de prevenção combinada, que engloba ações como uso de preservativos, profilaxias, imunizações, testagem e tratamento para ISTs e HIV, bem como medidas de redução de danos voltadas a evitar compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis.

O tratamento para HIV entra como medida de prevenção, pois hoje sabe-se que pessoas aderentes ao tratamento e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses não transmitem o vírus a outros, conceito conhecido como indetectável = intransmissível ou I=I (12)

12

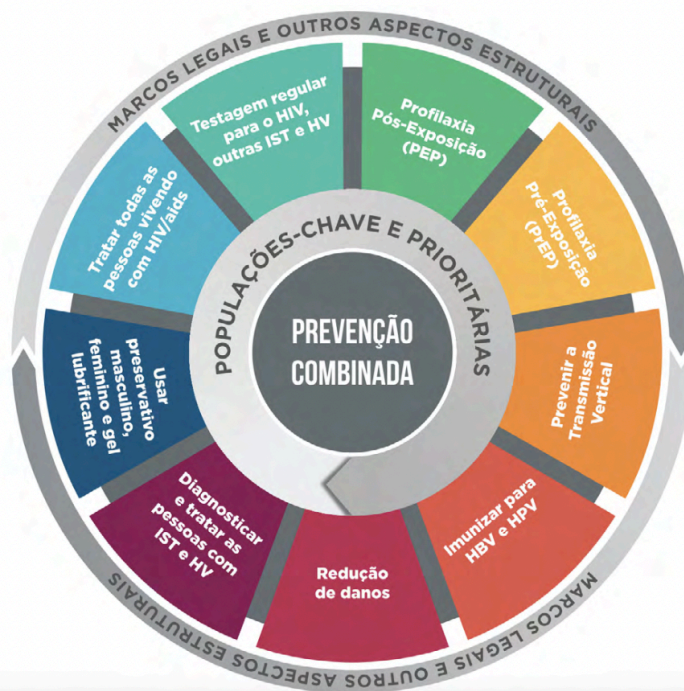


Figura 1: Mandala da prevenção combinada

13

PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO (PEP)

As intervenções biomédicas incluem estratégias que evitem a transmissão do HIV. Dentre essas intervenções temos as profilaxias pré e pós exposição.

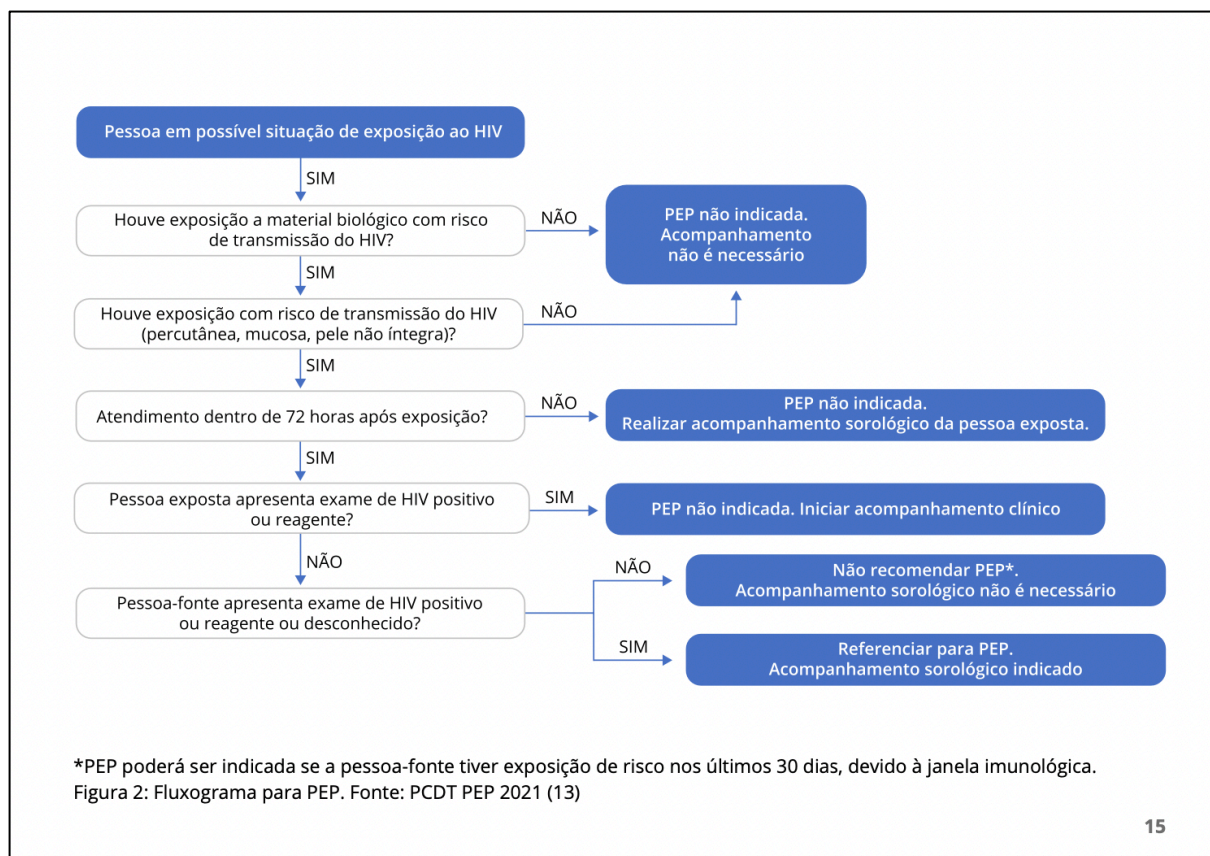
A profilaxia pós exposição (PEP) inclui medidas a serem implementadas após exposição sexual consentida, estupro ou acidente perfuro cortante. É importante atentar também ao risco de infecção por outras ISTs como sífilis, clamídia, gonorreia, hepatite B e C, bem como ao risco de gestação indesejada nos casos de exposição sexual (13).

Avaliar indicação de PEP inclui analisar o tipo de material biológico, tipo de exposição, situação sorológica da pessoa exposta e da pessoa fonte e o tempo transcorrido desde a exposição (13).

São considerados materiais biológicos com risco: sangue, sêmen, fluidos vaginais, líquidos de serosas (peritoneal, pleural e pericárdico), líquido amniótico, líquido, líquido sinovial e leite materno (13).

São consideradas com risco as exposições percutâneas (lesões causadas por agulhas ou outros instrumentos perfurocortantes), envolvendo membranas mucosas (exposição sexual desprotegida; respingos em olhos, nariz e boca), cutâneas envolvendo pele não íntegra e mordedura com presença de sangue (13).

14



15

A PEP deve ser iniciada em até 72 horas, o mais precocemente possível e é feita com o uso diário de 1 comprimido coformulado de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + 1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50 mg ao dia por 28 dias (13). Este esquema é o esquema preferencial para pessoas acima de 6 anos.

Em Porto Alegre a avaliação, prescrição e acompanhamento de PEP é feita durante a semana e em horário comercial nos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) a seguir:

SAE Centro - Santa Marta

Rua Capitão Montanha, 27 - 5º Andar
Fone: 3289.2926 e 3289.2925
Horário: 8h às 12h - 13h30min às 16h30min

SAE Centro de Saúde Vila dos Comerciantes - Área 11

Rua Moab Caldas, 400
Fone: 3289.4082, 3289.4051 e 3289.4050
Horário: 8h às 12h - 13h30min às 16h30min

SAE Centro de Saúde IAPI - Área 12

Rua Três de Abril, 90
Fone: 3289.3435 e 3289.3414
Horário: 8h às 12h - 13h30min às 16h30min

16

Para atendimentos fora de horário comercial e em fins de semana o atendimento ocorrerá nos pronto-atendimentos a seguir:

Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro

Estrada João de Oliveira Remião, 5110 - Parada 12
Fone: 3289.8245 e 3289.8243

Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul

Rua Professor Manoel Lobato, 151
Fone: 3289.4016

Pronto Atendimento Bom Jesus

Rua Bom Jesus, 410
Fone: 3289.5438 e 3289.5404

UPA - Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar

Rua Jeronimo Velmonovitz, esquina com Av. Assis Brasil
Fone: 3368.1619

Hospital da Restinga

Estrada João de Oliveira Remião, 3700
Fone: 3394.4700

PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO (PrEP)

A PrEP consiste no uso regular e diário de antirretrovirais, diminuindo a chance de transmissão do HIV nas populações de maior risco (9,14). A avaliação dos critérios de elegibilidade deve ser feita e levam em consideração exposição a parcerias com sorologia positiva ou desconhecida e a histórico de ISTs recentes(14).

Para a indicação do uso de PrEP é premente excluir clínica e laboratorialmente, o diagnóstico prévio da infecção pelo HIV. Caso seja confirmada a infecção pelo HIV, a PrEP não está mais indicada (14).

Também é contraindicado o uso da PrEP em pessoas com clearance de creatinina abaixo de 60 mL/min, sendo recomendada a coleta de exame de creatinina no primeiro encontro. Pessoas sem histórico ou fator de risco para doença renal não devem ter o início da PrEP atrasado enquanto se aguarda o resultado do exame (14).

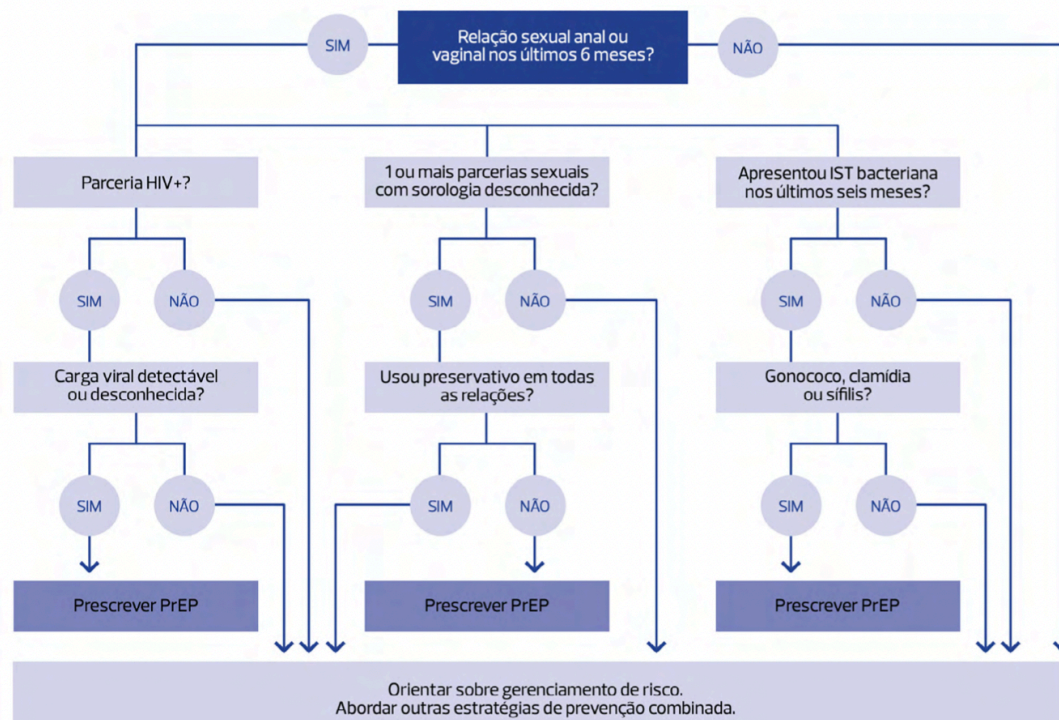


Figura 3: Fluxograma para PrEP. Fonte: DCCI/SVS/MS (14).

19

O uso diário e regular do medicamento é fundamental para a proteção contra infecção pelo HIV, sendo uma estratégia segura, eficaz e com raros eventos adversos. Entretanto, a PrEP não previne as demais ISTs ou hepatites virais, sendo necessário, portanto, orientar a pessoa sobre o uso de preservativos e outras formas de prevenção (14).

Em Porto Alegre a PrEP é oferecida nos SAEs. O atendimento ocorre somente durante a semana e em horário comercial. O tratamento e acompanhamento laboratorial para usuários de PrEP deve ser realizado nos locais de referência em PrEP, que estão listados a seguir:

SAE Centro - Santa Marta

Rua Capitão Montanha, 27 - 5º Andar
Fone: 3289.2926 e 3289.2925
Horário: 8h às 12h - 13h30min às 16h30min

SAE Centro de Saúde Vila dos Comerciantes - Área 11

Rua Moab Caldas, 400
Fone: 3289.4082, 3289.4051 e 3289.4050
Horário: 8h às 12h - 13h30min às 16h30min

SAE Centro de Saúde IAPI - Área 12

Rua Três de Abril, 90
Fone: 3289.3435 e 3289.3414
Horário: 8h às 12h - 13h30min às 16h30min

É importante orientar os usuários que são necessários 7 dias de PrEP para alcançar a eficácia na profilaxia para sexo anal e 20 dias para sexo vaginal (9,14).

20

DIAGNÓSTICO

A principal estratégia diagnóstica na APS é através dos testes rápidos (TR) devido a sua facilidade de acesso, agilidade, confiabilidade e praticidade por dispensar estruturas laboratoriais complexas para sua aplicação (10). A oferta de exames para diagnóstico de HIV deve ser feita de forma ampla a todas as pessoas sexualmente ativas, independentemente de sintomas ou queixas (9). Esse acesso precisa ser não burocratizado, priorizando-se a realização de testagem por livre demanda e evitando-se agendamentos.

A infecção pelo HIV é diagnosticada a partir da combinação de dois resultados reagentes em testes rápidos (TR1 e TR2) contendo antígenos diferentes e usados em sequência. As amostras de sangue podem ser obtidas por punção da polpa digital ou punção venosa (15).

Todos os indivíduos que apresentarem resultados reagentes em dois testes rápidos devem realizar imediatamente o exame de quantificação da carga viral (HIV-1 RNA), cujo resultado confirma a presença do vírus, e contagem de linfócitos T-CD4+. A carga viral além de descartar a ocorrência de um possível duplo falso-reagente, já consiste no primeiro exame de monitoramento (15).

21

FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV POR TESTE RÁPIDO 1 (TR1) E TESTE RÁPIDO 2 (TR2)

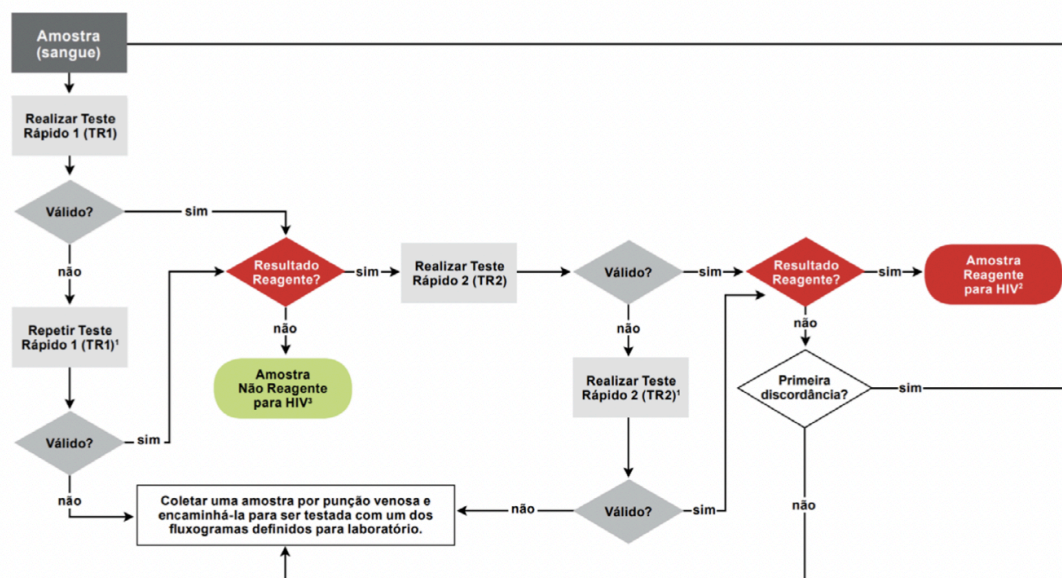


Figura 4: Fluxograma para Diagnóstico da infecção pelo HIV por teste rápido 1 (TR1) e teste rápido 2 (TR2)

22

CONDUTA MEDIANTE RESULTADO DE TR1 E TR2

TR1	TR2	Resultado	Observações	Desdobramentos
Não reagente	-	Amostra não reagente para HIV		
Reagente	-			Realizar TR2
Reagente	Reagente	Amostra reagente para HIV	A oportunidade de início de terapia antirretroviral imediata, baseada no resultado reagente obtido com dois testes rápidos, deverá ser avaliada por um profissional de saúde habilitado. Ressalta-se a importância da coleta de amostra para a realização do exame de quantificação da carga viral do HIV anterior ao início do tratamento.	Orientar sobre a necessidade de coleta imediata do exame de quantificação da carga viral.
Reagente	Não reagente			Repetir os testes com os mesmos conjuntos diagnósticos utilizados anteriormente, na mesma ordem. Tratando-se de segunda discordância, uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e encaminhada para ser testada em laboratório

Tabela 1: Conduta mediante resultados na testagem rápida. Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021)

23

O diagnóstico também pode ser realizado por meio de coleta de amostra de sangue para análise laboratorial, inicialmente utilizando-se de imunoensaios (Elisa de 4ª geração de preferência) e um teste confirmatório complementar sequencial (Western blot, imunoblot ou teste molecular) (9).

NOTIFICAÇÃO

Mediante a identificação de um caso positivo, tanto de infecção por HIV quanto de Aids, a notificação é compulsória e deve ser realizada através do preenchimento da ficha de notificação. Há também ficha de notificação específica para as gestantes vivendo com HIV que deve ser preenchida mesmo que esta já tenha sido notificada anteriormente à gestação (9).

COMUNICAÇÃO E TESTAGEM PARA HIV

Um aspecto essencial na oferta de testagem para HIV é comunicação adequada, de forma que a pessoa esteja consciente e preparada para receber orientações após o resultado.

O aconselhamento é entendido como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no paciente, garantindo apoio emocional, educativo, troca de informações e avaliação e gerenciamento de riscos. É necessário conversar com o usuário e perguntar sobre suas práticas sexuais, pesquisando contextos de vulnerabilidade para HIV e ISTs e compartilhando decisões sobre os métodos de prevenção mais adequados para aquele indivíduo.

O processo pode ser dividido em aconselhamento pré e pós-teste, que devem ser realizados em ambiente que permita privacidade, com tempo adequado para sua execução e de forma que a pessoa testada possa sair com suas dúvidas esclarecidas.

24

ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE

O aconselhamento pré-teste tem como função discutir com o paciente os motivos para a realização do teste, explicar os procedimentos envolvidos, esclarecer dúvidas e obter o consentimento para testagem (8).

O aconselhamento pré-teste em APS não segue obrigatoriamente um padrão, devendo ser individualizado de acordo com as demandas trazidas pela pessoa (7). Porém, não prescinde de alguns aspectos, listados no quadro a seguir:

- Reafirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem.
- Avaliar com a pessoa a realização ou não do teste.
- Trocar com a pessoa informações sobre os possíveis resultados do teste.
- Reforçar as diferenças entre ser soropositivo e a doença Aids.
- Conversar sobre o sistema de testagem e o significado de “janela imunológica”.
- Verificar história anterior de testagem e riscos.
- Explorar comportamentos de risco.
- Reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras, como o uso de preservativos e o não compartilhamento de seringas nos casos de uso de drogas injetáveis.
- Sondar quais as possibilidades de apoio emocional e social (parentes, amigos, colegas, parceiros).
- Procurar estabelecer sua possível rede de apoio.
- Discutir se a pessoa quer compartilhar o resultado com alguém e com quem.
- Considerar reações emocionais no período de espera do resultado.
- Levar em conta o significado do resultado negativo e atitudes frente a isto.
- Falar sobre o impacto na vida da pessoa diante da possibilidade do teste ser positivo.

25

- Sondar os medos e fantasias a respeito do HIV/Aids e reações tipo “eu me mataria”.
- Explorar reações passadas em situações de grande estresse.
- Perguntar sobre dúvidas e verificar o que foi compreendido.

Quadro 1: Aconselhamento em DST/Aids (16)

ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE

Esse aconselhamento deve ser direcionado pelas necessidades da pessoa e pelo resultado do teste realizado. Segue abaixo um fluxograma de aconselhamento pós-teste proposto pelo Center of Disease Control de British Columbia, no Canadá (17).

26

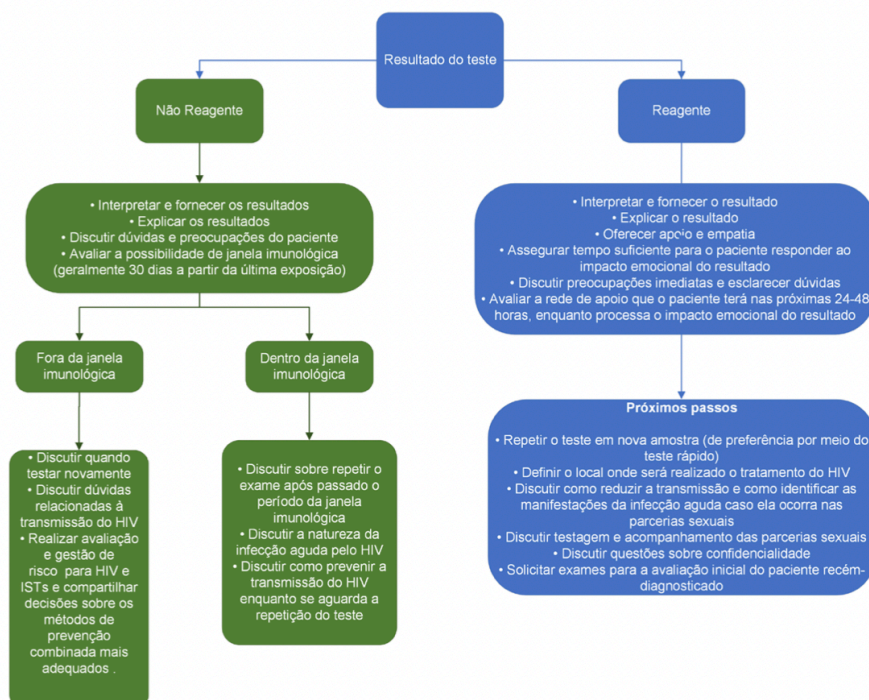


Figura 5: Fluxograma de aconselhamento pós-teste

27

COMUNICANDO UM RESULTADO POSITIVO

Diante de um teste positivo o profissional de saúde deve buscar o estabelecimento ou reforço do vínculo com a pessoa, pois esse encontro será o primeiro de muitos. O aconselhamento pós-teste positivo deve ser realizado de maneira centrada na pessoa e individualizada. Sugerem-se alguns aspectos a serem abordados (7).

- Fornecer o resultado clara e diretamente.
- Permitir à pessoa o tempo necessário para assimilar o impacto do resultado e expressar seus sentimentos.
- Atentar para o manejo adequado de sentimentos, como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação, ideação suicida e outros.
- Desmistificar sentimentos que associam HIV/Aids à culpa, à punição, à degenerescência, à morte iminente e outros.
- Explicar que um resultado positivo significa que a pessoa porta o vírus, podendo ou não estar doente.
- Enfatizar que a pessoa, mesmo sendo portadora assintomática, pode transmitir o vírus.
- Ressaltar a importância do acompanhamento médico regular, ressaltando que a infecção é controlável.
- Reforçar o uso de preservativos e a técnica correta de uso.
- Orientar, nas situações indicadas, o uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis.
- Enfatizar a necessidade de comunicação aos parceiros, oferecendo ajuda, se necessário, orientando sobre a necessidade de essas pessoas realizarem o teste.
- Em casos de gestantes, explicar as formas de transmissão vertical do HIV que podem ocorrer tanto na gestação e no parto como no aleitamento. Esclarecer como reduzir essa

28

possibilidade com o uso de TARV e não oferecimento de leite materno.

- Orientar a testagem dos filhos já nascidos se houver possibilidade das gestações terem ocorrido após a contaminação.
- Discutir sobre contracepção individualizada e sobre a possibilidade de concepção segura mediante adesão à TARV.

Quadro 2: Abordagem no pós teste positivo

COMUNICANDO UM RESULTADO NEGATIVO

Em caso de um resultado negativo, deve-se trabalhar educação para prevenção de ISTs e estratégias de prevenção combinada, como a PEP, PrEP, uso de preservativos, dentre outras.

AVALIAÇÃO INICIAL DA PVHIV NA APS

AVALIAÇÃO DO GRAU DE PREPARAÇÃO DA PESSOA PARA INICIAR TARV

O início da TARV é recomendado independentemente da contagem de CD4 pois previne a transmissão e impacta em morbimortalidade.

A TARV pode ser prescrita e orientada no dia do diagnóstico para as pessoas que estão prontas e se sentem preparadas para iniciá-la (9). Esse início rápido e precoce da TARV é uma estratégia segura e eficaz para o tratamento e seus benefícios superam qualquer risco. A sua implementação traz impactos positivos na reconstituição imune e na supressão viral (18) (19).

É importante avaliar o grau de preparação da pessoa para o início da TARV para detectar ambivalência ou fatores

29

dificultadores que possam impactar na adesão (20).

Para avaliação do grau de preparação, sugere-se iniciar a conversa sobre TARV com a frase “Eu gostaria de conversar sobre medicamentos para o HIV. Qual a sua opinião?”. Dependendo da resposta, podemos classificar a pessoa em 5 estágios de preparação (20).

Estágio	Conduta proposta
Pré-contemplação <i>“Eu não preciso, eu me sinto bem”</i> <i>“Não quero pensar sobre isso”</i>	Avaliar se há situação que exija brevidade para início da TARV / Respeitar a atitude da pessoa. / Tentar compreender as suas crenças de saúde e tratamentos. / Estabelecer confiança. / Fornecer informação concisa e personalizada. / Agendar a próxima consulta.
Contemplação <i>“Estou avaliando a situação, mas ainda estou confuso”</i>	Avaliar se há situação que exija brevidade para início da TARV / Permitir ambivalências. / Ajudar as pessoas a ver os prós e os contras. / Avaliar as necessidades de informação e estimular a procura de informação. / Agendar a próxima consulta.
Preparação <i>“Eu quero começar, pois acredito que os medicamentos me permitirão levar uma vida normal”</i>	Reforce a tomada de decisão. / Educar a pessoa sobre adesão, resistência aos medicamentos e efeitos colaterais. / Discutir o impacto da medicação na vida diária. / Envolver outras pessoas para apoio, quando apropriado.
Ação <i>“Quero começar agora”</i>	Orientar e iniciar TARV

30

Manutenção <i>"Eu vou continuar em uso da medicação."</i> ou <i>"Eu tenho dificuldades em manter a medicação."</i> **A pessoa pode regredir etapas, passando da "manutenção" para a "precontemplação"	Avaliar adesão a cada 3-6 meses Para as pessoas com boa adesão terapêutica: elogiar o sucesso. Avaliar a autopercepção da capacidade para aderir e continuar o tratamento. Para pessoas com baixa adesão terapêutica: Fazer perguntas abertas para identificar crenças disfuncionais. Avaliar qual etapa de preparação e oferecer apoio de acordo com a etapa Identificar barreiras e facilitadores Agendar a próxima consulta e recomendar o apoio
--	---

Tabela 2: Condutas propostas para cada estágio de preparação para início da TARV. Adaptado de EACSociety (20).

Respeitar a decisão de cada pessoa é importante, mas deve-se evitar postura de inércia diante de indivíduos que se encontrem na pré-contemplação ou contemplação, oportunizando retornos breves nos quais se possa trabalhar automotivação e enfatizar medidas que evitem transmissão dentro da mandala de prevenção combinada.

Algumas situações requerem início breve de TARV (ver página 55) e nesses casos pode ser necessário envolver equipe multiprofissional no cuidado para trabalhar e sensibilizar de maneira mais enfática a pessoa sobre a importância do início precoce do tratamento.

31

AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

Todas as PVHIV devem ser acolhidas ao chegarem ao serviço de saúde, garantindo-se uma escuta respeitosa e profissional que garanta a integralidade em seu cuidado. Aspectos importantes que envolvem o contexto de vida da PVHIV, como condições psicossociais, riscos e vulnerabilidades devem ser compreendidos e levados em consideração (10).

Roteiro para abordagem inicial da PVHIV

Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	• Explicar a doença: transmissão, história natural, significado dos principais exames (LT-CD4+ e carga viral), impacto da terapia antirretroviral (TARV) na morbimortalidade • Fazer revisão e documentação do primeiro exame anti-HIV • Checar se há contagens de LT-CD4+ e exames de CV-HIV anteriores • Verificar se já fez uso de antirretrovirais no passado e se há relato de eventos adversos
História médica atual e passada	• História de tuberculose (profilaxia e/ou tratamento prévio) • Histórico de transtornos de saúde mental • Histórico de infecções oportunistas prévias e potencial necessidade de profilaxias • Outras infecções ou comorbidades atuais/ pregressas • Imunizações • Medicamentos de uso contínuo
Riscos e vulnerabilidades	• Parcerias e práticas sexuais • Utilização de preservativos e outros métodos de prevenção • História de sífilis e outras ISTs • Uso de álcool, tabaco e outras drogas

32

História psicossocial	• Reação emocional ao diagnóstico • Análise da rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais) • Nível educacional • Condições de trabalho, domicílio e alimentação
Saúde reprodutiva	• Desejo de ter filhos • Métodos contraceptivos • Estado sorológico de parcerias e filhos
História familiar	• Histórico de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, dislipidemia e neoplasias

Tabela 3: Abordagem inicial à PVHIV. Adaptado de Ministério da Saúde (10).

AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

Todas as PVHIV devem ser acolhidas ao chegarem ao serviço de saúde, garantindo-se uma escuta respeitosa e profissional que garanta a integralidade em seu cuidado. Aspectos importantes que envolvem o contexto de vida da PVHIV, como condições psicossociais, riscos e vulnerabilidades devem ser compreendidos e levados em consideração (10).

EXAME FÍSICO

O exame físico deve ser realizado na avaliação inicial e rotineiramente, pois pode levar a achados importantes. A infecção pelo HIV tem acometimento sistêmico e manifestações múltiplas, sendo recomendado uma avaliação cuidadosa e focada nas principais manifestações da infecção (10) e direcionado pela anamnese.

O exame da pele e oroscopia tem papel relevante, uma vez que diversos sinais e sintomas podem ter relação com

a infecção pelo HIV. A figura abaixo ressalta as principais alterações a serem pesquisadas (10).

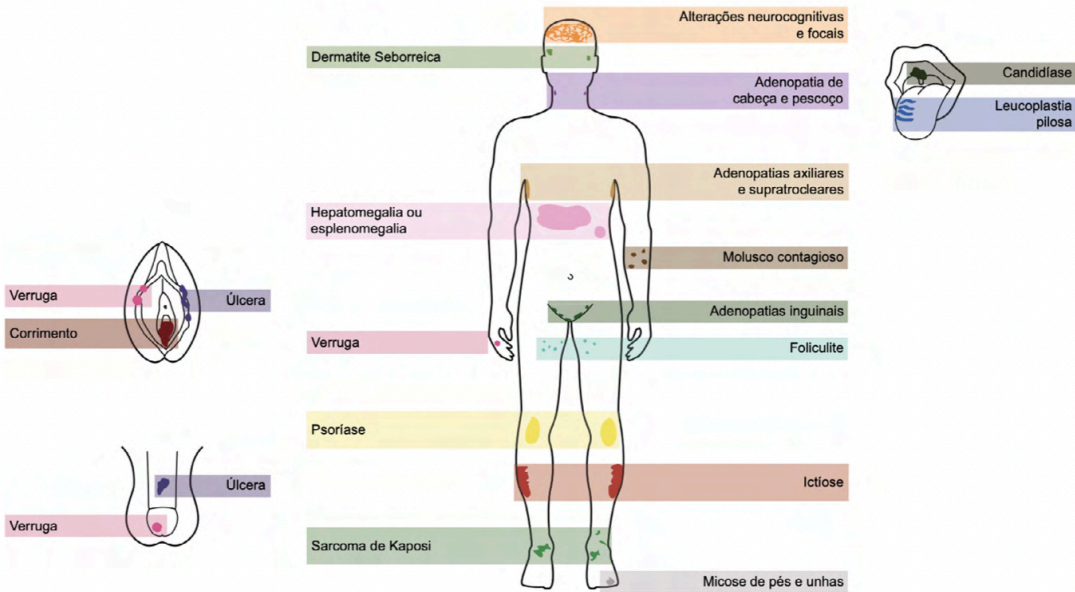


Figura 6: Manifestações clínicas potencialmente relacionadas à infecção pelo HIV.

EXAMES COMPLEMENTARES INICIAIS

A abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico auxilia a avaliação da condição geral de saúde, a pesquisa de comorbidades, a presença de coinfeções bem como da necessidade de imunizações ou profilaxias.

Exame	Descrição
Contagem de linfócitos T CD4+	Avaliar grau de imunossupressão. Em pessoas não-infectadas, os valores normais são em torno de 1000 células/mm ³ . Manifestações clínicas, entretanto, podem ocorrer com valores inferiores a 500 células/mm ³ e a maioria das infecções oportunistas e doenças indicativas ocorrem apenas com valores inferiores a 200 células/mm ³ .
Carga viral do HIV	Cargas virais mais elevadas estão associadas a maior transmissibilidade, potencial para progressão mais rápida da doença e doença mais avançada
Genotipagem pré-tratamento	Indicada APENAS para gestantes, casos novos com coinfeção TB-HIV, pessoas que tenham se infectado com parceria em uso de TARV, crianças e adolescentes pré-tratamento com ARV, pessoas com indicação de iniciar TARV com EFZ e soroconversão em vigência de PrEP
Hemograma completo	Avaliar presença de anemia, que pode estar presente em qualquer estágio da doença em especial na doença avançada. Leucopenia, incluindo linfopenia e neutropenia, são frequentes, especialmente na doença avançada. Plaquetopenia é um achado comum na doença avançada.
Creatinina	Doença renal crônica pode ser causada pela própria infecção pelo HIV ou por suas comorbidades, em especial diabetes e hipertensão. É importante determinar o nível sérico de creatinina, pois o tenofovir é contraindicado na presença de TFG < 60 mL/min/1,73m ² . A espera pelo resultado da

35

	creatinina não deve postergar o início da TARV em pessoas sem comorbidades ou diagnóstico de doença renal crônica prévios.
Enzimas hepáticas (AST, ALT, FA) e bilirrubinas	São solicitadas na primeira consulta como linha de base para avaliação de possíveis alterações com o uso da TARV
Exame qualitativo de urina (EQU) ou Elementos anormais e sedimentos (EAS) da Urina	Devem ser realizados como linha de base, mas também porque há risco aumentado de alterações, sobretudo em pessoas negras ou com outras morbidades, como hipertensão e diabetes.
Radiografia de tórax*	Para investigação de tuberculose pulmonar ativa
PPD	Solicitar na primeira consulta e anualmente se negativo. Quando há história de contato, a profilaxia prescinde da realização desse exame. Não há necessidade de se solicitar para pacientes que já tiveram tuberculose ativa ou trataram infecção latente por tuberculose (ILTb)
Sorologias (toxoplasmose IgG, anti-HCV, anti-HBs, anti-HBc total, HBsAg, anti-HAV, teste imunológico para sífilis)	Solicitar na primeira consulta
Colesterol total, HDL, triglicerídeos e glicemia de jejum	Solicitar na primeira consulta, pois podem surgir alterações no colesterol e triglicerídeos pelo próprio HIV e por alguns medicamentos da TARV.
HTLV I e II	Pacientes coinfectados pelo HIV-HTLV-1 podem apresentar dissociação entre a contagem de LT-CD4+ e o estadiamento clínico(10).
Chagas	A sorologia para doença de Chagas deve ser realizada apenas em pessoas de áreas endêmicas (10)
Pesquisa para Clamídia e Gono-coco (RT-PCR)	Recomenda-se a solicitação, quando disponível

Tabela 4: Exames complementares iniciais. Adaptado do Guia rápido Rio de Janeiro/ Tratado MFC (7,8)

36

INVESTIGAÇÃO DE TUBERCULOSE

Tuberculose é a principal causa de óbito por doença infecciosa em PVHIV e deve ser pesquisada ativamente em todas as consultas. Deve-se questionar sobre sintomas como tosse, febre, emagrecimento e/ou sudorese noturna. A presença de qualquer um desses sintomas deve levantar a suspeita de tuberculose e suscita investigação (10).

RASTREAMENTOS

RISCO CARDIOVASCULAR

É recomendada a avaliação do risco cardiovascular (RCV) em todas as PVHIV na abordagem inicial e a cada mudança na TARV através da escala de risco de Framingham. O intervalo para reavaliação do RCV varia de acordo com o risco inicial e o esquema de TARV em uso, conforme esquema a seguir (10):

- Risco < 10% (baixo) e sem uso de IP: reavaliação a cada 2 anos
- Risco entre 10 e 20% (moderado e alto), independentemente da TARV em uso: reavaliação a cada 6 a 12 meses
- Risco ≥ 20% (elevado), independentemente da TARV em uso: reavaliar após um mês e, posteriormente, a cada 3 meses.

RASTREAMENTO DE NEOPLASIAS

Com o aumento da expectativa de vida proporcionado pela TARV mais PVHIV estão envelhecendo e sujeitas a risco de neoplasias. O quadro abaixo resume as principais recomendações de triagem de neoplasias em PVHIV.

37

RASTREAMENTO DE NEOPLASIAS EM PVHIV

LOCAL	POPULAÇÃO	PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA
Mama	Mulheres entre 50 e 69 anos	Mamografia	Bianual
Colo uterino	Mulheres	Preventivo do câncer do colo do útero	Semestral no primeiro ano e, se normal, manter seguimento anual Se contagem de LT-CD4+ <200 céls/mm ³ , priorizar correção dos níveis de LT-CD4+ e realizar rastreamento citológico a cada 6 meses até recuperação imunológica Realizar colposcopia na presença de alterações patológicas
Ânus	Relação receptiva anal, antecedente de HPV, histologia vulvar ou cervical anormal	Toque retal e preventivo anal	Anual; realizar anoscopia na presença de alterações patológicas
Fígado	Pacientes cirróticos e portadores de HBsAg positivos	Dosagem de alfa-feto-proteína e realização de ultrassom	Semestral

Tabela 5: Rastreamento de neoplasias. Adaptado do PCDT/2018 (10)

38

AValiação de massa óssea

Homens com mais de 40 anos e mulheres com mais de 40 anos (pré-menopausa), devem ter seu risco de fraturas em dez anos determinado mediante o FRAX Brasil, sem necessidade de exames complementares. O FRAX deve ser feito a cada dois a três anos ou em caso de surgimento de um novo risco clínico.

Quando disponível, recomenda-se proceder à realização de densitometria óssea (DXA) nas seguintes circunstâncias (10):

- Pessoas com risco intermediário de fraturas em dez anos (>10% de risco de fraturas osteoporóticas), determinado pela FRAX;
- Todas as mulheres na pós-menopausa;
- Todos os homens com mais de 50 anos.
- Aqueles com história prévia de fraturas de fragilidade;
- Aqueles que usaram corticoide por mais de três meses (equivalente a >5mg de prednisona/dia);
- Aqueles com alto risco de quedas.

IMUNIZAÇÕES

Adultos e adolescentes vivendo com HIV podem receber todas as vacinas do calendário nacional, desde que não apresentem deficiência imunológica importante. Graus mais elevados de imunossupressão reduzem a possibilidade de resposta imunológica adequada, bem como aumentam os riscos relacionados à administração de vacinas com agentes vivos.

A administração de vacinas com vírus vivos atenuados (poliomielite oral, varicela, rubéola, febre amarela, sarampo, caxumba, herpes zoster e dengue) em pacientes com imunodeficiência está condicionada à análise individual de risco-benefício e não deve ser realizada em casos de imunodepressão grave.

39

Contagem de LT CD4 em céls/mm3	Recomendações para o uso de vacinas com agentes vivos atenuados
≥ 350	Indicar uso
200-350	Avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para tomada de decisão
<200	Não vacinar

Tabela 6: Recomendações para uso de vacinas conforme contagem de LT-CD4

É importante atentar que algumas das vacinas recomendadas estão podem ser encontradas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), porém outras são disponibilizadas apenas nos Centros de Referência para imunobiológicos Especiais (CRIE).

Segue abaixo o esquema vacinal básico para adultos e adolescentes vivendo com HIV.

VACINA	RECOMENDAÇÃO	DISPONIBILIDADE
Tríplice viral *	Duas doses em suscetíveis até 29 anos, com LT-CD4+ >200 céls/mm3 Uma dose em suscetíveis entre 30 e 49 anos, com LT-CD4+ >200 céls/mm3	UBS e CRIE
Varicela	Duas doses com intervalo de três meses em suscetíveis, com LT-CD4+ >200 céls/mm3	CRIE

40

Febre amarela **	Dose única. Havendo registro de dose anterior, não é necessário revacinar. Individualizar o risco/benefício conforme a condição imunológica do paciente e a situação epidemiológica da região. Vacinar quando LT-CD4+ >200 céls/mm3	UBS e CRIE
Dupla do tipo adulto (dT)	Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos	UBS
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	Para não vacinados: duas doses com intervalo de dois meses entre elas. Para maiores de 1 ano vacinados mas que não receberam dose de reforço após os 12 meses de idade: uma dose.	UBS para menores de 5 anos e nos CRIE para demais faixas etárias.
Hepatite A	Duas doses (0 e 6 a 12 meses) em indivíduos suscetíveis à hepatite A (anti-HAV negativo) portadores de hepatopatia crônica, incluindo portadores crônicos do vírus da hepatite B e/ou C	CRIE
Hepatite B	Dose dobrada recomendada pelo fabricante, administrada em quatro doses (0, 1, 2 e 6 a 12 meses) em todos os indivíduos suscetíveis à hepatite B (anti-HBc negativo, anti-HBs negativo) Recomenda-se a realização de sorologia 30 a 60 dias após o término do esquema. Considera-se imunizado se Anti HBs = ou >10 mUI/mL. Se Anti HBs <10 mUI/mL, após primeiro esquema, fazer novo esquema vacinal com quatro doses (com o dobro do volume recomendado para a faixa etária) uma única vez. Repetir sorologia anualmente; se Anti HBs <10 mUI/mL, considerar fazer uma dose de reforço.	UBS e CRIE

41

Streptococcus pneumoniae (Pneumo-13)	Dose única, a partir de 5 anos de idade. Não está recomendada para aquele que foi imunizado previamente com vacina pneumocócica 10-valente. Para quem já recebeu uma dose de Pneumo 23, deve-se respeitar o intervalo mínimo de 1 ano para a administração da Pneumo 13.	CRIE
Streptococcus pneumoniae (23-valente)	Uma dose e um reforço após 5 anos. Para aqueles não vacinados com Pneumo 10 na infância, administrar preferencialmente após a dose única de Pneumo 13 (com no mínimo 8 semanas de intervalo).	CRIE
Influenza	Uma dose anual da vacina inativada contra o vírus influenza a partir dos 6 meses de idade.	UBS e CRIE
Vacina papiloma-vírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – HPV quadrivalente	Homens e mulheres entre 9 e 45 anos, desde que tenham contagem de LT-CD4 $\geq$ 200 céls/mm3 (21) Vacina administrada em três doses (0, 2 e 6 meses) (22).	CRIE
Meningocócicas conjugadas (MenC ou MenACWY)	Sempre que possível, usar a vacina meningocócica conjugada ACWY. Duas doses com intervalo de dois meses. Reforço a cada cinco anos.	CRIE: MenC, duas doses

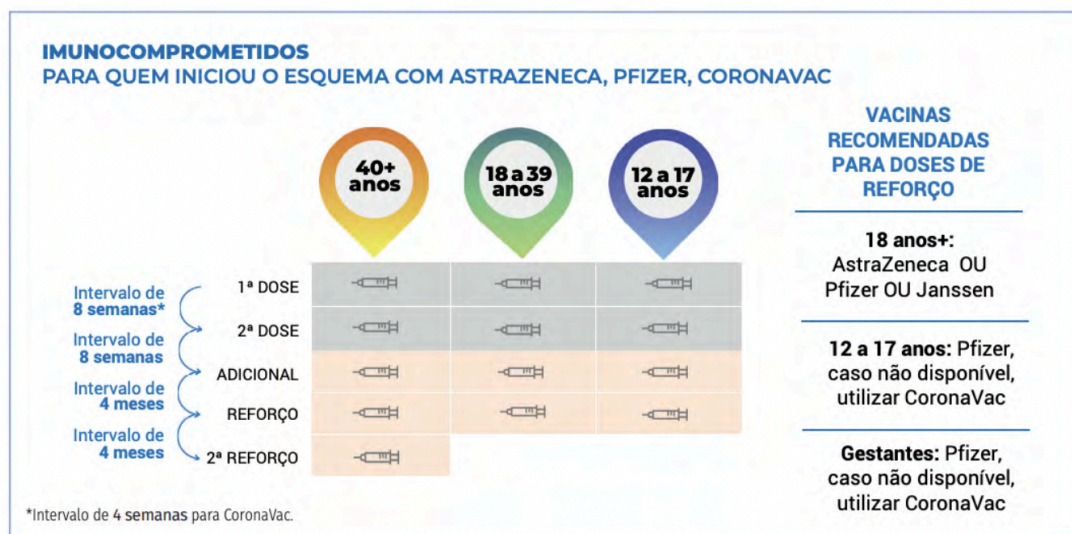
Tabela 7: Esquema vacinal básico para PVHIV.

* Considerando os atuais surtos de sarampo na Europa e nos EUA, eventuais viajantes HIV+ que receberam apenas uma dose em seu histórico vacinal devem receber uma segunda dose se estiverem com LT-CD4 $\geq$ 200 células/mm3

** Contraindicada para gestantes. Em regiões de risco elevado pode ser considerada, a partir do terceiro trimestre, em gestantes com LT-CD4 $\geq$ 200 células/mm3, sempre considerando a relação risco-benefício.

42

Esquema vacinal para Covid-19



43

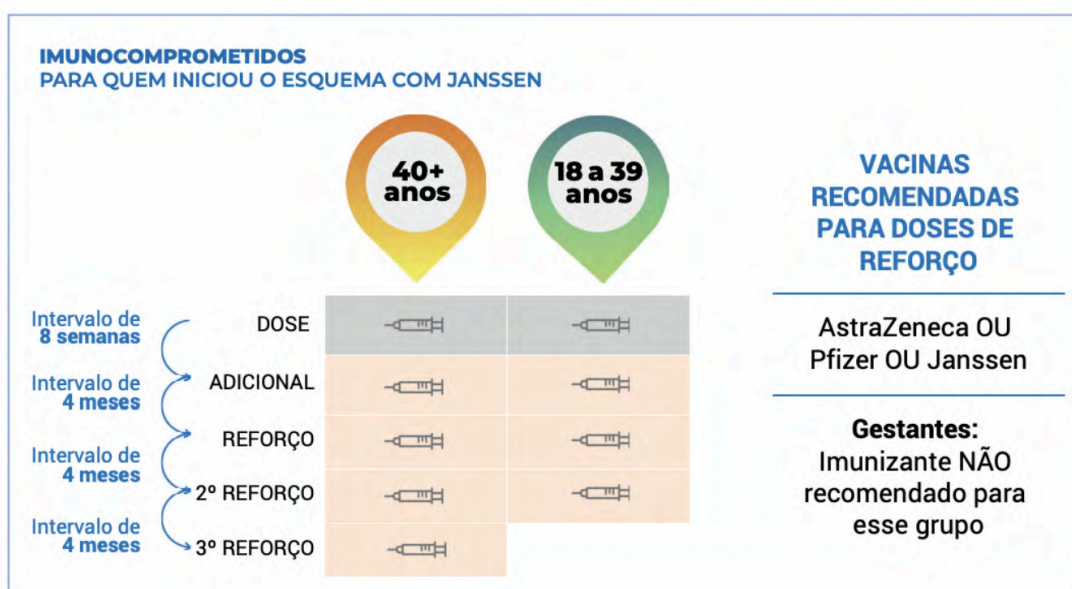


Figura 7 e 8: Esquema vacinal para Covid-19 em imunocomprometidos. Fonte: Ministério da Saúde (23)

44

PROFILAXIA PRIMÁRIA

A profilaxia para infecções oportunistas tem impacto importante na morbimortalidade das PVHIV. Na profilaxia primária busca-se prevenir o desenvolvimento de IO comuns em indivíduos com contagem de linfócitos T CD4+ baixas (10).

Pacientes nesta situação apresentam indicação de acompanhamento junto a serviços especializados, mas a instituição da profilaxia pode ser feita na APS.

PROFILAXIAS PRIMÁRIAS PARA INFECÇÕES OPORTUNISTAS

AGENTE	INDICAÇÃO	PRIMEIRA ESCOLHA	CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO
Pneumocystis jiroveci	LT-CD4+ <200 céls/mm ³ (ou <14%) ou presença de candidíase oral ou febre indeterminada com mais de duas semanas de duração ou doença definidora de aids	SMX-TMP (800/160mg) 3x/semana	Manutenção de LT-CD4+ >200 céls/ mm ³ por mais de 3 meses Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ <200 céls/ mm ³
Toxoplasma gondii	LT-CD4+ <100 céls/mm ³ e toxoplasmoze IgG reagente	SMX-TMP (800/160mg) 1x/dia	Manutenção de LT-CD4+ >200 céls/ mm ³ por mais de 3 meses Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ <100 céls/ mm ³
Complexo Mycobacterium avium	LT-CD4+ <50 céls/ mm ³	Azitromicina 1.200-1.500mg/ semana	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ >100 céls/ mm ³ por mais de 3 meses Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ <50céls/ mm ³

45

Cryptococcus sp.	Não se indica profilaxia primária para criptococose e histoplasmose Evitar situações de risco, tais como entrar em cavernas ou se expor a fezes de pássaros e morcegos
Histoplasma capsulatum	

Tabela 8: Profilaxias primárias para infecções oportunistas. Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021) (9).

TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (ILTb)

Considera-se um caso de ILTB o indivíduo infectado pelo M. tuberculosis, identificado por meio de prova tuberculínica (PT), desde que adequadamente descartada a tuberculose ativa por meio de anamnese, exame físico, vínculos epidemiológicos, exames complementares e achados radiológicos). Durante a investigação deve-se buscar excluir todas as formas clínicas da doença (pulmonar e extrapulmonar) (24).

Seguem abaixo as indicações de tratamento para ILTB.

Indicações de tratamento para ILTB

- PVHIV contato de TB pulmonar ou laríngea, independentemente do valor da PT.
- PVHIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 células/μL, independentemente do valor da PT.
- Pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 células/μL e PT ≥ 5mm
- PVHIV com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetidas ao tratamento da ILTB na ocasião
- PVHIV com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior.

Quadro 3: Indicações para tratamento de ILTB. Adaptado do protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil (24).

46

Atualmente estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) três esquemas de tratamentos para a ILTB.

- Isoniazida por 6 meses (6H) ou 9 meses (9H) (preferencialmente 9 meses),
- Rifampicina por 4 meses (4R),
- Rifapentina associada à isoniazida por 3 meses (3HP).

Quadro 4: Esquemas de tratamento para ILTB disponibilizados no SUS

O esquema 3HP é considerado o esquema preferencial, pois apresenta a maior comodidade posológica e maior segurança, favorecendo a adesão ao tratamento. Os esquemas de tratamento são descritos na tabela a seguir:

A apresentação dos comprimidos é da seguinte forma:

Fármaco	Apresentação
Isoniazida (H)	Comprimido de 300 mg
Rifapentina (P)	Comprimido de 150 mg
Rifampicina	Cápsula de 300 mg

Tabela 8: Apresentação dos principais fármacos para tratamento da ILTB.

ESQUEMA DE TRATAMENTO

	Isoniazida (6H ou 9H)	Isoniazida + Rifapentina (3HP)	Rifampicina (4R)
Tempo de tratamento/ número de doses	• 6 meses/ 180 doses diárias: tomar 180 doses diárias entre 6 a 9 meses. • 9 meses/ 270 doses diárias (preferencial): tomar 270 doses diárias entre 9 a 12 meses	3 meses/ 12 doses semanais: Tomar 12 doses semanais entre 12 a 15 semanas	4 meses/ 120 doses diárias: Tomar 120 doses diárias entre 4 a 6 meses.
Posologia	5 a 10 mg/kg até a dose máxima de 300 mg/dia, em tomada única diária, preferencialmente em jejum.	Em adultos (> 14 anos ≥ 30kg): • Isoniazida: 900mg/semana • Rifapentina: 900mg/semana. Em crianças (2 a 14 anos): • Isoniazida: 10 a 15kg: 300mg/semana; 16 a 23 kg: 500mg/semana; 24 a 30kg: 600mg/semana; > 30kg: 700mg/semana.	Em adultos (≥ 10 anos): 10 mg/kg, até a dose máxima de 600 mg/dia. Em crianças(<10 anos): 15 (10 – 20) mg/kg/dia de peso, até a dose máxima de 600mg/dia.

		• Rifapentina 10 a 15kg: 300mg/semana; 16 a 23 kg: 450mg/semana; 24 a 30kg: 600mg/semana; > 30kg: 750mg/semana.	
Indicações/ contraindicações	• Todas as indicações da ILTB, exceto efeitos adversos graves com H, contatos de monorresistentes à H, hepatopatas e pessoas acima de 50 anos. • Pode ser usada com segurança na gestação, incluir durante todo o tratamento o uso de piridoxina (Vit B6) entre 50 a 100mg/dia.	• Pode ser utilizado em todas as indicações da ILTB, incluindo PVHIV (atentando-se à algumas interações com ARV) • Não utilizar em contatos de pessoas com TB monorresistente à H e intolerância à H. • Não recomendada a sua utilização na gestação por falta de estudos com gestantes. • Contraindicado o uso com inibidores de protease (IP), nevirapina (NVP) e TAF. Pode ser usado com Tenofovir, efavirenz, dolutegravir (DLG) e raltegravir (RAL) sem necessidade de ajuste da dose	• Indivíduos com mais de 50 anos, hepatopatas, contatos de pessoas com TB monorresistente à H e intolerância à H. • Pode ser usado com segurança na gestação • Contraindicada com IP, NVP e TAF. Pode ser usada com DLG e RAL com ajuste da dose

49

Reações adversas	Hepatotoxicidade, neuropatia periférica, rash cutâneo e náuseas.	Reações de hipersensibilidade, hepatotoxicidade (menos frequente), cefaleia, rash cutâneo, náuseas, coloração avermelhada de suor, urina e lágrima.	Reações de hipersensibilidade, hepatotoxicidade (menos frequente), plaquetopenia, rash cutâneo, náuseas, coloração avermelhada de suor, urina e lágrima.
---------------------	--	---	--

Tabela 9: Esquemas de tratamento para ILTB. Adaptado de Ministério da Saúde (25).

50

TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS NA APS

ESQUEMA DE PRIMEIRA LINHA

A terapia antirretroviral (TARV) está indicada para todas as PVHIV, incluindo indivíduos assintomáticos, independentemente de seu estado imunológico (9). A TARV deve ser oferecida universalmente a todas as PVHIV, visando à redução da morbimortalidade por eventos relacionados e não relacionados à síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), bem como à redução das taxas de transmissão do HIV (7).

No esquema de primeira linha recomenda-se solicitar os exames iniciais, mas a espera por seus resultados não deve atrasar o início da TARV, especialmente se a PVHIV se encontra motivada para começar seu tratamento. Os exames de CD4 e carga viral, entretanto, devem ser coletados preferencialmente antes do início do tratamento, sendo possível iniciar o uso da TARV logo após a coleta (9).

É importante verificar a presença de interações medicamentosas entre os fármacos de uso crônico da PVHIV e a TARV. Uma fonte confiável para checar essas interações é o site HIV drug interactions da Universidade de Liverpool, disponível em <http://www.hiv-druginteractions.org/>.

A primeira linha de tratamento na APS para pacientes adultos virgens de tratamento inclui a combinação de dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos (lamivudina e tenofovir) associados a um inibidor de integrase (dolutegravir) (9).

Tenofovir 300 mg (TDF) + Lamivudina 300 mg (3TC) + Dolutegravir 50 mg (DTG)

Quadro 5 : Esquema de primeira linha para TARV em adultos virgens de tratamento.

51

Neste esquema inicial, o paciente fará uso de um comprimido contendo Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) e um segundo comprimido contendo Dolutegravir (DTG) que são tomados juntos em dose única diária (9).

Durante a consulta deve-se antecipar os efeitos adversos mais comuns como náuseas, vômitos e diarreia e seu caráter temporário, geralmente cessando após o primeiro mês de uso (9).

SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO AO ESQUEMA PREFERENCIAL

Algumas situações de exceção ao esquema de primeira linha devem ser avaliadas junto à atenção especializada. São elas:

- **coinfecção HIV e TB:** Os casos de coinfecção TB e HIV virgens de tratamento devem ter genotipagem pré-tratamento solicitada. O esquema a ser utilizado dependerá da disponibilidade de genotipagem e da presença ou não de resistência. Quando indicado DTG este deve ser administrado com dose dobrada (50mg de 12/12 horas) por interação com a rifampicina (9).
- **insuficiência renal crônica pré-existente:** Pessoas com TFG < 60 ml/min/1,73m têm contraindicação ao uso de TDF devido a sua nefrotoxicidade; (9).
- **uso de anticonvulsivantes:** PVHIV em uso de carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital e sem possibilidade de troca podem ter a posologia do DTG ajustada para 50 mg de 12/12 horas (26). Pacientes em uso de fenitoína, fenobarbital, oxycarbamazepina, dofetilida e pilsicainida devem ser avaliados quanto à possibilidade de substituição dessas medicações, pois não podem ser coadministradas com o DTG (9)(26).

52

SITUAÇÃO DE INÍCIO DE TRATAMENTO EM GESTANTES E MULHERES VIVENDO COM HIV EM IDADE FÉRTIL COM INTENÇÃO DE ENGRAVIDAR

O esquema preferencial de terapia antirretroviral para gestantes virgens de tratamento, independentemente da idade gestacional, e mulheres vivendo com HIV em idade fértil e com intenção de engravidar é o mesmo recomendado para as demais PVHIV (27). As gestantes virgens de tratamento deverão ter genotipagem pré-tratamento coletada sem atraso ao início da TARV.

ESQUEMA PREFERENCIAL

Tenofovir 300 mg (TDF) + Lamivudina 300 mg (3TC) + Dolutegravir 50 mg (DTG)

Quadro 6: Esquema preferencial de TARV em adultos gestantes e mulheres com HIV com intenção de engravidar.

Até janeiro de 2022 o Dolutegravir apresentava restrições ao uso em mulheres com potencial reprodutivo e gestantes no primeiro trimestre gestacional. Isso ocorreu pois em maio de 2018 a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu um alerta da possível associação do uso de DTG no período periconcepcional com a ocorrência de defeitos do tubo neural, o que não se confirmou em estudos conduzidos posteriormente no Brasil e outros países (28,29).

Diante de uma mulher que deseja gestar ou da gestante no primeiro trimestre, deve-se informar que as últimas evidências científicas não confirmaram associação do uso do DTG aos defeitos de tubo neural. Deve-se fornecer informações de segurança de antirretrovirais na gestação e, após o esclarecimento e discussão, pode-se optar pelo esquema preferencial de TARV a ser iniciado na APS ou esquemas alternativos junto ao SAE (27).

53

A escolha da TARV deve ser centrada na autonomia das mulheres, incluindo-as como participantes ativas do processo.

EFEITOS ADVERSOS

Os novos esquemas de ARV estão associados a menos efeitos adversos graves ou intoleráveis que os esquemas utilizados no passado, e as descontinuidades do tratamento têm sido menos frequentes (10).

Segue abaixo uma tabela com os efeitos colaterais mais comumente encontrados com o uso do esquema inicial. Efeitos colaterais de ARV fora deste esquema podem ser consultados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>.

ARV	EFEITOS ADVERSOS	RECOMENDAÇÃO DE MANEJO
TDF	Insônia (<3%), cefaleia (<2%), náuseas e vômitos (<1%). Risco de toxicidade renal (redução da TFG) e de disfunção tubular proximal (Síndrome de Fanconi). Diminuição da densidade mineral óssea. Acidose láctica ou hepatomegalia grave com esteatose são incomuns	Sintomas leves e autolimitados, como cansaço, cefaleia e mialgia, não indicam a suspensão da TARV e devem ser manejados sintomaticamente. Pacientes com insônia devem utilizar o ARV pela manhã. Realizar avaliação de função renal 30-60 dias após início de TDF e encaminhar ao SAE para troca de esquema em caso de TFG < 60 ml/min/1,73 m² ou queda > 25% da TGF em relação aos valores basais. Controlar fatores de risco para osteoporose. OBS: Usar com precaução quando hipertensão não controlada, diabetes não tratada, idoso ou baixo peso corporal.

54

3TC	Cansaço, cefaleia, mialgia. Eventos raros: pancreatite, neutropenia ou neuropatia periférica.	Queixas de cansaço, cefaleia e mialgia leve não indicam a suspensão da TARV e devem ser manejadas sintomaticamente. Em casos de suspeita de pancreatite, deve-se suspender os medicamentos e encaminhar à emergência. Após essa avaliação, a pessoa deve procurar o SAE para reiniciar TARV. Pessoas com neuropatia periférica e neutropenia (< 1000 células/mm ³) também devem ser avaliadas no SAE de referência.
DTG	Associado a hiperglicemia e hepatotoxicidade. Menos frequentemente associado a insônia, cefaleia, náuseas, vômitos e rash (raros relatos de hipersensibilidade). O DTG diminui a secreção tubular de creatinina sem afetar a função glomerular, com possível aumento na creatinina sérica observado nas primeiras quatro semanas de tratamento.	Podem ser necessários ajustes na dose de metformina em diabéticos (dose máxima de 1000 mg ao dia em vigência do uso de DTG). Pacientes com insônia em uso de DTG, devem utilizar o ARV pela manhã. Não há necessidade de ajuste de dose em casos de elevação da creatinina sérica. Determinar nova creatinina basal após um a dois meses.

Tabela 10: Efeitos adversos dos principais ARV. Adaptado de Telecondutas HIV - TelessaudeRS (9)

SÍNDROME INFLAMATÓRIA DA RECONSTITUIÇÃO IMUNE (SIR)

Essa síndrome ocorre mais frequentemente em pacientes que iniciam o tratamento com doença avançada e imunodeficiência grave (contagem de LT-CD4+ <100 céls/mm³) e é caracterizada por uma piora paradoxal de doenças e condições clínicas pré-existentes, levando a um estado inflamatório exacerbado (10). A SIR é um evento incomum quando a TARV é iniciada precocemente (9).

O diagnóstico é clínico e deve ser suscitado na vigência de sinais e sintomas inflamatórios que ocorrem entre 4 a 8 semanas após o início da TARV. Os sintomas são autolimitados e tendem a desaparecer espontaneamente após dias ou algumas semanas (10).

Não existe indicação de interromper a TARV para obter melhora da SIR e o início da TARV não deve ser postergado por receio de sua ocorrência, uma vez que os benefícios da terapia superam enormemente seus riscos (10).

PERIODICIDADE DAS CONSULTAS

A frequência e periodicidade das consultas deve ser ajustada de acordo com as condições clínicas da PVHIV e ao seu estágio de tratamento (10).

Após a introdução ou alteração da TARV, recomenda-se retorno entre sete e 15 dias para avaliar adesão à medicação, bem como possíveis efeitos colaterais. Até total adaptação à TARV, retornos mensais podem ser necessários. PVHIV em uso de TARV e estáveis clinicamente podem ser acompanhadas em retornos semestrais (10).

A adesão também pode ser trabalhada pela equipe multiprofissional, sendo recomendado acompanhamento por outros profissionais de saúde nos intervalos das consultas médicas (10).

RECOMENDAÇÃO DE PERIODICIDADE DE CONSULTAS MÉDICAS

SITUAÇÃO	INTERVALO DE RETORNO	OBJETIVOS PRINCIPAIS
Após introdução ou alteração da TARV	Entre 7 e 15 dias	• Observar e manejar eventos adversos imediatos e dificuldades relacionadas à adesão • Fortalecer vínculo com equipe e serviço de saúde
Até adaptação à TARV	Mensal/bimestral	• Observar e manejar eventos adversos tardios e dificuldades relacionadas à adesão em longo prazo • Fortalecer vínculo com equipe e serviço de saúde
PVHIV em TARV com supressão viral e assintomática	Até 6 meses	• Observar e manejar eventos adversos tardios e dificuldades relacionadas à adesão em longo prazo • Avaliar manutenção da supressão viral e eventual falha virológica • Manejar comorbidades
PVHIV em TARV sem supressão viral, sintomática ou com comorbidades não controladas	Individualizar	• Avaliar falhas na adesão e seus motivos • Verificar possibilidade de resistência(s) viral(is) à TARV e necessidade de troca • Avaliar e investigar sintomas • Manejar comorbidades não controladas

Tabela 11: Periodicidade recomendada para retornos médicos.

57

MONITORAMENTO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO HIV UTILIZANDO CONTAGEM DE LT-CD4 E CARGA VIRAL

A contagem de CD4 é um marcador importante e determinante para indicação de imunizações e profilaxias para infecções oportunistas. Com esse exame é possível avaliar o comprometimento do sistema imune, bem como a recuperação da resposta imunológica mediante a TARV (10).

PVHIV estáveis, em uso de TARV, com carga viral indetectável e contagem de CD4 acima de 350 céls/mm³ não se beneficiam de monitoramento clínico-laboratorial do CD4. Flutuações fisiológicas nos valores de CD4 ocorrem e não tem relevância clínica, podendo inclusive levar a erros de conduta como mudança precoce de esquemas de antirretrovirais (10).

PVHIV com imunossupressão grave (CD4 menor que 200 céls/mm³) e em seguimento junto à serviço especializado podem demandar monitoramento mais frequente de CD4 para definir manutenção ou suspensão de profilaxias para infecções oportunistas.

FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE LT-CD4+ PARA MONITORAMENTO LABORATORIAL DE PVHIV

SITUAÇÃO CLÍNICA	CONTAGEM DE LT-CD4+	FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO
PVHIV com: • Em uso de TARV; e • Assintomática; e • Com carga viral indetectável	CD4 <350 céls/mm ³	A cada 6 meses
	CD4 >350 céls/mm ³ em dois exames consecutivos, com pelo menos 6 meses de intervalo	Não solicitar

58

PVHIV • Sem uso de TARV; ou • Evento clínico (infecções, toxicidade, neoplasias, uso de interferon ou outras situações que levem a linfopenia); ou • Em falha virológica	Qualquer valor de LT-CD4+	A cada 6 meses
---	---------------------------	----------------

Tabela 12: Frequência de solicitação de exames LT-CD4. PCDT MS adaptado (10).

FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE CARGA VIRAL PARA MONITORAMENTO LABORATORIAL DE PVHIV

SITUAÇÃO CLÍNICA	FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO	PRINCIPAIS OBJETIVOS
Início de TARV ou modificação de TARV por falha virológica	Após 8 semanas do início de TARV ou de novo esquema TARV	Confirmar resposta virológica adequada à TARV ou ao novo esquema de TARV e adesão do paciente
PVHIV em seguimento clínico	A cada 6 meses	Confirmar continuidade da supressão viral e adesão do paciente

Tabela 13: Frequência de solicitação de carga viral. PCDT MS adaptado (10).

EXAMES COMPLEMENTARES E AVALIAÇÕES DE SEGUIMENTO CLÍNICO

Alguns parâmetros devem ser monitorados nas PVHIV em uso de TARV. As recomendações a seguir dizem respeito a pacientes assintomáticos, sob tratamento e estáveis. Esse monitoramento deve ser individualizado em caso de queixas ou sintomas (10).

EXAME	SEGUIMENTO	OBSERVAÇÃO
Hemograma completo	6 – 12 meses	Repetir em 2-8 semanas se início ou troca de TARV com AZT Intervalo de 3-6 meses se em uso de AZT ou outras drogas mielotóxicas
Creatinina sérica, Taxa de Filtração Glomerular estimada (TFGe) e Exame básico de urina	Anual	Intervalo de 3-6 meses se em uso de TDF ou outras drogas nefrotóxicas, TFGe <60mL/min ou risco aumentado para doença renal (ex.: diabetes, hipertensão)
AST, ALT, FA, BT e frações	3-12 meses	Intervalos mais frequentes em caso de uso de drogas hepatotóxicas, doença hepática ou coinfeções com HCV ou HBV
CT, HDL e TGL	Anual	Intervalo de 6 meses em caso de alteração na última análise
Glicemia de jejum	Anual	Considerar teste de tolerância à glicose caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125mg/dL
PT (prova tuberculínica)	Anual, se exame inicial <5mm	Iniciar tratamento para infecção latente quando PT ≥5mm e excluída TB ativa
Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR) ou teste rápido para sífilis	Semestral/conforme indicação	Considerar maior frequência de triagem em caso de risco ou exposição

Anti-HCV, HBsAg (ou testes rápidos)	Anual	Considerar maior frequência de triagem em caso de risco ou exposição
		Solicitar carga viral de HCV se anti-HCV positivo ou em caso de suspeita de infecção aguda
		Pacientes imunizados (anti-HBs positivos) não necessitam nova triagem para HBV

Tabela 14: Exames laboratoriais no acompanhamento da PVHIV em TARV. Adaptado do PCDT e TelessaudeRS (9,10).

FALHA VIROLÓGICA

O reconhecimento da falha virológica é fundamental para evitar graves consequências como uma maior progressão de doença, acúmulo de mutações de resistência aos ARV e perda de futuras opções terapêuticas (10).

O principal parâmetro de falha da TARV é a falha virológica, que é caracterizada por:

CV-HIV detectável após 6 meses do início ou modificação da TARV
Ou
CV-HIV detectável em indivíduos em TARVA que mantinham CV-HIV indetectável.

Quadro 7: Critérios para definição de falha virológica.

Nessas situações, a CV-HIV sempre deve ser confirmada em nova coleta com intervalo mínimo de 4 semanas em relação à coleta anterior. Se a nova CV for indetectável na coleta após 4 semanas, repetir CV em 6 meses. Se baixa viremia (CV <200 cópias/mL) for detectada na coleta após 4 semanas, realizar uma nova CV em 12 semanas, com o objetivo de avaliar a permanência de baixa viremia e a necessidade de troca futura da TARV (9).

Alguns fatores podem estar relacionados a elevação da carga viral, sem representar falha virológica e devem ser pesquisados como diagnóstico diferencial, sendo eles (9):

- **Baixa adesão ao tratamento:** A busca ativa por potenciais fatores que contribuam para má adesão é de grande importância e deve ser realizada por toda a equipe multiprofissional continuamente. Deve-se verificar detalhadamente a posologia e forma como a TARV está sendo utilizada, buscar possíveis interações medicamentosas, aspectos subjetivos de cada indivíduo (crenças, medos e mitos), vulnerabilidade social e barreiras de acesso que possam impactar negativamente sobre a adesão.

- **Blips virais:** Detecção esporádica de valores baixos de viremia, inferiores a 200 cópias/mL. Não é uma viremia sustentada, de forma que a CV deve ser indetectável na coleta de confirmação após 4 semanas.

- **Transativação heteróloga:** viremia transitória ocasionada por processos infecciosos ou vacinação.

Caso confirmada falha virológica a TARV deve ser mantida e o paciente encaminhado para o SAE com indicação de genotipagem. A consulta junto ao serviço especializado deverá ser garantida o mais brevemente possível em casos de falha virológica secundária a baixa adesão, pois o risco de abandono nesses casos é maior.

Outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) podem contribuir para estimular adesão e deverão ser acionados conforme a necessidade. O trabalho conjunto, articulado e intersetorial pode ser decisivo nestes casos.

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO A SERVIÇO ESPECIALIZADO

O tratamento e acompanhamento de PVHIV de baixo risco e com imunodeficiência leve pode ocorrer totalmente na Atenção Primária à Saúde. Entretanto, algumas situações requerem acompanhamento e seguimento junto à atenção especializada. As seguintes condições demandam avaliação o mais brevemente junto a serviços especializados (30):

- imunodeficiência avançada ou moderada e/ou CD4 < 200 céls/mm³ (inclui pacientes com doenças definidoras de aids e doenças oportunistas, ver quadros A e B);
- neoplasia não definidora de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia;
- contraindicação ao esquema antirretroviral de primeira linha (por resistência evidenciada em genotipagem, histórico de uso prévio de esquema de segunda ou terceira linha, comorbidades ou interações medicamentosas);
- falha terapêutica comprovada após trabalhada a adesão;
- intolerância ao esquema antirretroviral de primeira linha por efeitos adversos, após tentativa de manejo do efeito adverso;
- coinfeção com vírus da Hepatite C ou B;
- coinfeção com tuberculose ou indicação de ILTB com rifampicina (idade > 50 anos; hepatopatas; contato de pessoas com TB monorresistente à isoniazida; intolerância à isoniazida);
- suspeita ou diagnóstico de neurosífilis (após avaliação em serviço de emergência, se necessário);
- pessoa com HIV e comorbidades graves como:
 - doença renal crônica (TFG < 60 ml/min/1,73m² ou proteinúria); ou
 - cardiomiopatia (insuficiência cardíaca classe III e IV, cardiomiopatia isquêmica, outras cardiomiopatias); ou
 - alterações neurológicas ou psiquiátricas – quadros demenciais, depressão grave, transtorno de humor bipolar, esquizofrenia, outras condições neurológicas ou psiquiátricas incapacitantes ou de difícil manejo medicamentoso por interações com a TARV;
- gestantes (cuidado compartilhado entre atenção básica e SAE);
- mulheres em idade fértil com plano de gestar e que em decisão compartilhada optaram por não utilizar esque-

63

ma inicial preferencial;

- crianças;
- preocupação do paciente relativa ao sigilo da doença e local de atendimento na APS (após explicado sobre questões éticas e reforçado o ambiente de segurança da unidade de saúde)

Nos casos de PVHIV encaminhadas aos serviços especializados, é importante que o vínculo com a APS não seja perdido, cabendo à equipe desempenhar papel de coordenadora do cuidado. O acompanhamento deve ser compartilhado e a APS passa a ter papel fundamental na orientação e estímulo à adesão ao tratamento.

Nada impede que pacientes que acompanharam na atenção especializada recebam alta e possam ter seguimento junto à APS. Nestes casos a contra-referência deve ser estimulada e as informações advindas do serviço especializado devem ser compartilhadas com a APS.

São critérios para acompanhamento e tratamento na APS de pessoas em uso de TARV com esquema de 1º linha, após alta ambulatorial do SAE:

- morbidades possíveis de serem acompanhadas na APS; e
- 2 cargas virais indetectáveis consecutivas com intervalo de 6 meses; e
- CD4 ≥ 200 céls/mm³

SITUAÇÕES QUE EXIGEM BREVIDADE NO INÍCIO DE ARV

O início da TARV precoce traz benefício de redução de morbimortalidade para todas as PVHIV. Algumas situações demandam acesso prioritário ao tratamento, sendo estas listadas a seguir (9):

- PVHIV sintomática;
- LT-CD4 < 350 céls/mm³;
- gestante;

64

- tuberculose ativa;
- coinfeção HBV;
- coinfeção HCV;
- risco cardiovascular elevado (> 20%).

Muitas dessas situações encaixam-se nos critérios de encaminhamento para serviços especializados, sendo premente o acesso breve dessas pessoas a esses serviços. Em casos nos quais se identifique dificuldade para encaminhamento, o profissional da APS pode se valer de apoio matricial com infectologista conforme fluxo local ou discussão do caso através de ferramentas como o Telessaúde-RS UFRGS pelo telefone 0800 644 6543 (9).

ANEXOS

QUADRO A - Manifestações de imunodeficiência avançada (doença definidora de aids)

- Síndrome consumptiva associada ao HIV (perda involuntária de mais de 10% do peso habitual) associada a diarreia crônica (dois ou mais episódios por dia com duração $\geq$ 1 mês) ou fadiga crônica e febre $\geq$ 1 mês
- Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*
- Pneumonia bacteriana recorrente (dois ou mais episódios em um ano)
- Herpes simples com úlceras mucocutâneas (duração > 1 mês) ou visceral em qualquer localização
- Candidíase esofágica ou de traqueia, brônquios ou pulmões
- Tuberculose pulmonar e extrapulmonar
- Sarcoma de Kaposi
- Doença por citomegalovírus (retinite ou outros órgãos, exceto fígado, baço ou linfonodos)
- Neurotoxoplasmose
- Encefalopatia pelo HIV
- Criptococose extrapulmonar
- Infecção disseminada por micobactérias não *M. tuberculosis*
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva
- Criptosporidiose intestinal crônica (duração > 1 mês)
- Isosporíase intestinal crônica (duração > 1 mês)
- Micoses disseminadas (histoplasmose, coccidioidomicose)
- Septicemia recorrente por *Salmonella* não *typhi*
- Linfoma não-Hodgkin de células B ou primário do sistema nervoso central
- Carcinoma cervical invasivo

- Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite ou miocardite)
- Leishmaniose atípica disseminada
- Nefropatia ou cardiomiopatia sintomática associada ao HIV

QUADRO B - Manifestações de imunodeficiência moderada

- Perda de peso inexplicada (> 10% do peso)
- Diarreia crônica por mais de um mês
- Febre persistente inexplicada por mais de um mês (>37,6 °C, intermitente ou constante)
- Candidíase oral persistente
- Candidíase vulvovaginal persistente, frequente ou não responsiva à terapia
- Leucoplasia pilosa oral
- Tuberculose pulmonar
- Infecções bacterianas graves (por ex: pneumonia, empiema, meningite, piomiosite, infecções osteoarticulares, bacteremia, doença inflamatória pélvica grave)
- Estomatite, gengivite ou periodontite aguda necrosante
- Anemia inexplicada (<8 g/dL), neutropenia (<500 células/μL) e/ou trombocitopenia crônica (<50.000 células/μL)
- Angiomatose bacilar
- Displasia cervical (moderada ou grave)/carcinoma cervical in situ
- Herpes zoster (≥2 episódios ou ≥2 dermatomos)
- Listeriose
- Neuropatia periférica
- Púrpura trombocitopênica idiopática (PTI)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. U.S. Department of Health & Human Services. A Timeline of HIV/AIDS. HIV.gov [Internet]. 2020;1-18. Available from: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/history/hiv-and-aids-timeline>
2. Schmidt S. The Discovery of HIV-1. Nature [Internet]. 2018;1981(Milestone 1):4. Available from: <https://www.nature.com/articles/d42859-018-00003-x>
3. Roberts BD. HIV antibody testing methods: 1985-1988. [Internet]. Vol. 26, Journal of insurance medicine. New York; 1994. 13-14 p. Available from: <https://aaimedicine.org/journal-of-insurance-medicine/jim/1994/026-01-0013.pdf>
4. Broder S. The development of antiretroviral therapy and its impact on the HIV-1/AIDS pandemic [Internet]. Vol. 85, Antiviral Research. 2010. 1-18 p. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2009.10.002>
5. Melo EA, Maksud I, Agostini R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018;42:e151. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49508>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST HIV/Aids e Hepatites Virais. 5 Passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica. 2014;8. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>
7. Gusso G, Lopes JMCL, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade : princípios, formação e prática. 2nd ed. Artmed, editor. Porto Alegre; 2019.
8. Saúde SM de. Coleção Guia de Referência Rápida - Infecção pelo HIV e AIDS. [Internet]. 1a. SMS/RJ, editor. Rio de Janeiro; 2016. 1-45 p. Available from: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176326/Guia-deReferenciaRepidaemHIV_AIDS_pagsimples_web.pdf

9. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. TeleCondutas: HIV: acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde: versão digital 2021 [Internet]. versão dig. Porto Alegre; 2021. 59 p. Available from: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/telecondutas_hiv.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos [Internet]. 1a edição. Editora MS, editor. Brasília; 2018. 410 p. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde [Internet]. 1a edição. Vol. 1. Brasília; 2017. 127 p. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-as-e-gestores-as>#:~:text=Tamanho-,Prevenção Combinada do HIV - Bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores (as) de saúde,
12. Ministério da Saúde. Nota Informativa no 5/2019 - Informa sobre o conceito do termo Indetectável = Intransmissível (I = I) para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos 6(seis) meses. 2019;5(9263347):1–4. Available from: http://www.aids.gov.br/pt-br/acesso_a_informacao/legislacao
13. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais [Internet]. 1a edição. Brasília; 2021. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pos_exposicao_risco_infeccao_hiv_ist_hepatites_virais_2021.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST HIV/Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV. Brasília; 2022.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças. 4a edição. Brasília; 2018. 148 p.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST e HIV / AIDS - Diretrizes e Procedimentos Básicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1–21 p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_01aconselhamento.pdf
17. BC Centre for Disease Control's. Communicable Disease Control Manual - Chapter 5 page 47 [Internet]. 2016. 1–51 p. Available from: [http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter 5 - STI/HIV_Guidelines_Testing_FollowUp_Prevention.pdf](http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter%205-STI/HIV_Guidelines_Testing_FollowUp_Prevention.pdf)
18. Le T, Wright EJ, Smith DM, He W, Catano G, Okulicz JF, et al. Enhanced CD4+ T-Cell Recovery with Earlier HIV-1 Antiretroviral Therapy. N Engl J Med. 2013;368(3):218–30.
19. Pilcher CD, Ospina-Norvell C, Dasgupta A, Jones D, Hartogensis W, Torres S, et al. The Effect of Same-Day Observed Initiation of Antiretroviral Therapy on HIV Viral Load and Treatment Outcomes in a US Public Health Setting. J Acquir Immune Defic Syndr. 2017;74(1):44–51.
20. European AIDS Clinical Society (EACS). Linhas Orientadoras EACS 2019 versão 10.0. 2019;(November):1–123. Available from: <https://www.eacsociety.org/files/guidelines-10.0-portuguese.pdf>
21. Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendários de Vacinação Pacientes Especiais SBIM. 2022; Available from: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-pacientes-especiais.pdf>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Ofício no 203/2021/CGPNI/DEIDT/SVS - Ampliação da faixa etária da vacina HPV para mulheres com imunossupressão até 45 anos [Internet]. Brasília; 2021. Available from: https://mncp.org.br/wp-content/uploads/2021/03/OFICIO_203.pdf
23. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de operacionalização da vacinação contra Covid-19 [Internet]. 2a edição. Brasília; 2022. 123 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_operacionalizacao_vacinacao_covid19.pdf
24. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil. Ministério da Saúde. 2022. 32 p.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa no 5/2021-CGDR/.DCCI/SVS/MS. Dispõe sobre atualização das Recomendações do Tratamento da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* com a disponibilização da Rifapentina [Internet]. Brasília; 2021. Available from: <https://www.saude.gov.br/files/sistemas/silt/NOTA-INFORMATIVA-N-5-RIFAPENTINA.pdf>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Ofício circular No 3/2020/CGAHV/.DCCI/SVS/MS - Atualizar as recomendações sobre a coadministração de Dolutegravir e medicamentos com potencial interação. 2020;3(0013199025):1-2.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Nota informativa no 1/2022-CGIST/.DCCI/SVS/MS - Dispõe sobre as recomendações do uso de dolutegravir em gestantes independentemente da idade gestacional e mulheres vivendo com HIV em idade fértil, com intenção de engravidar. 2022;1(0024996343):1-7. Available from: [http://azt.aids.gov.br/documentos/NOTA_INFORMATIVA_No_12022-CGIST.DCCI.SVS.MS - uso de DTG em gestantes e MVHIV.pdf](http://azt.aids.gov.br/documentos/NOTA_INFORMATIVA_No_12022-CGIST.DCCI.SVS.MS_-_uso_de_DTG_em_gestantes_e_MVHIV.pdf)
28. Organização Mundial da Saúde. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva, Switzerland:World Health Organization; WHO [Internet]. 2019;(July):3. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-update-2019-policy/en/%0Afile:///C:/Users/Harrison/Downloads/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf>
29. Pereira GFM, Kim A, Jalil EM, Fernandes Fonseca F, Shepherd BE, Veloso VG, et al. Dolutegravir and pregnancy outcomes in women on antiretroviral therapy in Brazil: a retrospective national cohort study. *Lancet HIV* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2022 Mar 6];8(1):e33-41. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S235230182030268X/fulltext>
30. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. Protocolos de Regulação Ambulatorial Infecologia Adulto/ Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. 2017;1-19.

8 CONCLUSÃO

As PVHIV enfrentam uma jornada histórica que se dá ao longo de várias décadas em busca de acesso à saúde. Jornada esta inicialmente marcada pelos movimentos de luta por reconhecimento e visibilidade encabeçados por organizações da sociedade civil, até a materialização de políticas públicas para o cuidado às PVHIV e enfrentamento da epidemia de HIV/Aids vivida no país.

A percepção de que o cuidado pleno e integral a essas pessoas deve envolver de maneira mais efetiva a Atenção Primária à Saúde foi amadurecendo concomitantemente ao aperfeiçoamento e modernização dos tratamentos, mas ainda se percebem entraves importantes à implementação desse modelo.

A elaboração do Guia Rápido para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos em Porto Alegre vem como uma ferramenta para sanar algumas dessas dificuldades, permitindo o uso de um material de consulta rápida, prático e voltando para as necessidades específicas de cenários de Atenção Primária da cidade.

A metodologia Delphi proporcionou debates relevantes sobre temas pouco explorados pelos protocolos e materiais nacionais disponíveis hoje para consulta pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado das PVHIV. Durante as diferentes rodadas, percebeu-se que as discussões se concentraram muito mais em aspectos referentes à comunicação e acolhimento do que em pormenores técnicos (posologias, exames, profilaxias, por exemplo). Dentre os tópicos levantados temos a importância da avaliação do grau de preparação da pessoa para início da TARV, particularidades na comunicação durante a testagem e questões referentes à adesão à terapia.

Todas essas discussões possibilitaram um enriquecimento e amadurecimento progressivo do material, culminando na elaboração de um texto cuja ótica contempla diversos pontos referentes à comunicação e acolhimento às PVHIV, o papel da APS e informações do ponto de vista técnico para o cuidado descentralizado.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, R.; ROCHA, F.; MELO, E.; MAKSDUD, I. **A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise.** *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4599–4604, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/8kskKTq9StVQYtMxrwrB4KL/?lang=pt#:~:text=A crise e o HIV,ter efeitos ainda mais significativos.>>.

AMANYIRE, G. *et al.* **Effects of a multicomponent intervention to streamline initiation of antiretroviral therapy in Africa: a stepped-wedge cluster-randomised trial.** *The Lancet HIV*, v. 3, n. 11, p. 1–23, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5408866/pdf/nihms814293.pdf>>.

BARROS, S. G. de. **Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil.** [s.l: s.n.]42–120 p. Salvador, BA. 2018.

BC CENTRE FOR DISEASE CONTROL'S. **Communicable Disease Control Manual - Chapter 5 page 47.** [s.l: s.n.]1–51 p. Setembro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST e HIV / AIDS - Diretrizes e Procedimentos Básicos.** Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]1–21 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. CTA do Brasil - **Desafios para a Equidade e o Acesso.** n. 11, p. 105. Brasília, DF. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** [s.l: s.n.]1–11 p. Brasília, DF. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política brasileira de enfrentamento da Aids. *In: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.* [s.l: s.n.]p. 16.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012.** [s.l: s.n.]1–11 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **História da Aids no Brasil.** p. 8, 2013a. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/aids_dst/arquivos/historia_brasil.pdf>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em crianças e adolescentes.** p. <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/>, 2013b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55939/08_05_2014_protocolo_pediatico_pdf_36225.pdf>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **5 Passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica.** p. 8, 2014a. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/8kskKTq9StVQYtMxrwrB4KL/?lang=pt#:~:text=A crise e o HIV,ter efeitos ainda mais significativos.>>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de boas praticas em HIV/Aids na atencao básica** Brasília. 2014b. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_boas_praticas_hiv_aids_atencao_basica.pdf>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica**. p. 24. Brasília, DF. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde.. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. [s.l: s.n.]410 p. Brasília, DF. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2020**. Ministério da saúde, v. 3, p. 142. Brasília, DF. 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2020>>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **História da aids**. Disponível em <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>. Brasília, DF. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Monitoramento Clínico do HIV 2021**. [s.l: s.n.]. Brasília, DF. 2021

CALAZANS, G. J.; PINHEIRO, T. F.; AYRES, J. R. de C. M. **Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil**. Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad, n. 29, p. 263–293, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sess/a/bfYWcm96qhvs45Rby64xzgh/?lang=pt#:~:text=Resumen%3A-,Vulnerabilidade programática e cuidado público%3A Panorama das políticas de prevenção,infecção pelo HIV para homens>>.

CEZAR, V. M.; DRAGANOV, P. B. **A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética**. Ensaios e Ciencias, v. 18, n. 3, p. 151–156, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/65XMXBCdW7mX6mMY5Zp4QHS/abstract/?lang=pt>>.

CHU, C.; SELWYN, P. A. **An epidemic in evolution: The need for new models of HIV care in the chronic disease Era**. Journal of Urban Health, v. 88, n. 3, p. 556–566, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3126936/>>.

COHEN M. S. *et al.* **Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission**. New England Journal of Medicine, v. 375, n. 9, p. 830–839, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.359/92**São Paulo. Diário Oficial da União em 19/11/1992, 1992. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1992/1359>>.

DEEKS, S. G. *et al.* **Trends in Multidrug Treatment Failure and Subsequent Mortality among Antiretroviral Therapy–Experienced Patients with HIV Infection in North America**. Clin Infect Dis, v. 49, n. 10, p. 1582–1590, 2010.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Lei No 9.313 de 13 de novembro de 1996**1996. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm>.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde origem e articulação do movimento sanitário**. [s.l:

s.n.]. Editora Fiocruz. 208p. Rio de Janeiro. 1999

EUROPEAN AIDS CLINICAL SOCIETY (EACS). **Linhas Orientadoras EACS 2019 versão 10.0.** n. November, p. 1–123, 2019. Disponível em: <<https://www.eacsociety.org/files/guidelines-10.0-portuguese.pdf>>.

FRANCH, M.; RIOS, L. F. **O direito à prevenção da Aids: nas escolas, nos serviços de saúde e alhures.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/CBFyjbNFRGH6PM5ZFgfJqrn/?lang=pt>>.

FRANCO, J. C. da S. **O desempenho da política de HIV/AIDS e o avanço da epidemia no estado do Rio Grande do Sul.** 2012. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/4269/JoaoFranco.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

GRABOWSKI, M. K. *et al.* **HIV Prevention Efforts and Incidence of HIV in Uganda.** New England Journal of Medicine, v. 377, n. 22, p. 2154–2166, 2017.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L. L. da; TEIXEIRA, P. R. **Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária.** Revista Panamericana de Salud Publica, v. 26, n. 1, p. 87–94, 2009.

GRANICH, R. *et al.* **Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: Estimated cost and cost-effectiveness 2011-2050.** PLoS ONE, v. 7, n. 2, 2012. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0030216&type=printable>>.

GRECO, D. B. **Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015.** Ciencia e Saude Coletiva, v. 21, n. 5, p. 1553–1564, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/65XMXBCdW7mX6mMY5Zp4QHS/abstract/?lang=pt>>.

HELOVA, A. *et al.* **Health facility challenges to the provision of Option B+ in western Kenya: A qualitative study.** Health Policy and Planning, v. 32, n. 2, p. 283–291, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5886182/pdf/czw122.pdf>>.

JARDIM, L. P. **A descentralização da política de atenção ao HIV/Aids no SUS - Sistema Único de Saúde: estudo comparativo das ações e ntre Rio Grande do Sul e Pernambuco.** 2018. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2018. Disponível em: <<http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/7408>>.

JIA, Z. *et al.* **Antiretroviral therapy to prevent HIV transmission in serodiscordant couples in China (2003-11): A national observational cohort study.** The Lancet, v. 382, n. 9899, p. 1195–1203, 2013. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61898-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61898-4)>.

KARAGIANIS, M. *et al.* **Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique - a case study.** Journal of the International AIDS Society, v. 13, n. 1, p. 3, 2010.

KENDALL, C. E. *et al.* **A population-based study evaluating family physicians' HIV experience and care of people living with HIV in Ontario.** *Annals of family medicine*, v. 13, n. 5, p. 436–45, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26371264>><<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4569451>>.

KITAHATA, M. M. *et al.* **Primary Care Delivery Is Associated With Greater Physician Experience and Improved Survival Among Persons with AIDS.** *J Gen Intern Med*, v. 18, p. 95–103, 2003. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12542583/>>.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. de. **Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação.** *Pro-Posições*, v. 29, n. 2, p. 389–415, 2018.

MARQUES, M. C. da C. **Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil.** *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 9, p. 41–65, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

MELO, E. A.; MAKSUD, I.; AGOSTINI, R. **Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e151, 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49508>>.

MIZUNO, Y. *et al.* **Is co-location of services with HIV care associated with improved HIV care outcomes? A systematic review.** *AIDS Care*, v. 0, n. 0, p. 1–9, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1576847>>.

MONTANER, J. S. G. *et al.* **Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and hiv transmission: The “HIV treatment as prevention” experience in a Canadian setting.** *PLoS ONE*, v. 9, n. 2, p. 1–10, 2014.

MORAIS, P. B. De; AMORIM, R. F. De. **Políticas públicas de saúde e campanhas de prevenção à aids: resgatando algumas controvérsias enfrentada nas décadas de 1980 e 1990.** *Tempo e Ciência*, n. 18, p. 95–113, 2011.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. **Guidelines for Improving Entry Into and Retention in Care and Antiretroviral Adherence for Persons With HIV: Evidence-Based Recommendations From an International Association of Physicians in AIDS Care Panel.** *Ann Intern Med*, v. 23, n. 1, p. 1–7, 2012.

OLDENBURG, C. E. *et al.* **Antiretroviral therapy to prevent HIV acquisition in serodiscordant couples in a hyperendemic community in rural South Africa.** *Clinical Infectious Diseases*, v. 63, n. 4, p. 548–554, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy.** [s.l: s.n.]1–56 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Technical report HIV drug resistance 2021.** [s.l: s.n.]125 p.

RIO GRANDE DO SUL, S. de E. da S. do. **Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras DST**. 2. ed. [s.l: s.n.]

RIO GRANDE DO SUL, S. de E. da S. do. **Boletim epidemiológico 2019 Hiv / Aids E Síflis**. [s.l: s.n.]. Porto Alegre. 2019

RODGER, A. J. *et al.* **Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy**. JAMA - Journal of the American Medical Association, v. 316, n. 2, p. 171–181, 2016.

ROSEN, S. *et al.* **Initiating Antiretroviral Therapy for HIV at a Patient's First Clinic Visit: The RapIT Randomized Controlled Trial**. PLoS Medicine, v. 13, n. 5, p. 1–19, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4862681/pdf/pmed.1002015.pdf>>.

SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. da G. C. da. **A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da Aids após os anti-retrovirais**. v. 14, n. 3, p. 455–462, 2006. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107165/000660280.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

SIDDHARTHAN, S. *et al.* **Transtheoretical Model of Behavioural Change**. International Journal of Pharmaceutical Research, v. 13, n. 02, p. 344–347, 2021.

SMITH, D. E. *et al.* **HIV in practice: current approaches and challenges in the diagnosis, treatment and management of HIV infection in Australia**. HIV Medicine, v. 19, p. 5–23, 2018.

TEODORESCU, L. L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da AIDS no Brasil 1983-2003, v. I: As respostas governamentais à epidemia de Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 434 p.

UNAIDS. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS**. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, p. 38, 2015. Disponível em: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf>.

YUSOFF, M. S. B. **ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation**. Education in Medicine Journal, v. 11, n. 2, p. 49–54, 2019.

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESCENTRALIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE: UMA ANÁLISE DA ADEQUAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS A PROTOCOLOS E LINHAS DE CUIDADO

Pesquisador: Daniela Cardoso Tietzmann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35994820.6.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.218.424

Apresentação do Projeto:

Trabalho de conclusão do mestrado profissional em Saúde da Família.

A Atenção Primária organiza-se em uma lógica amparada em princípios como primeiro contato, acessibilidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem ampliada e competência cultural. A atenção primária vem conquistando espaços dentro do tratamento e acompanhamento do HIV, pois proporciona um cuidado mais próximo da realidade do usuário, atuando em todos os patamares, desde promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Trata-se de um estudo transversal descritivo com análise de dados secundários.

A população alvo a ser estudada são pacientes maiores de 18 anos portadores de HIV encaminhados da atenção primária a serviços especializados em infectologia de Porto Alegre. Serão analisados encaminhamentos provenientes da Atenção Primária à Saúde de pacientes maiores de 18 anos aos serviços especializados em infectologia entre 01 de janeiro de 2019 e 01 de janeiro de 2020 no município de Porto Alegre.

Os dados serão coletados a partir do Sistema de Gerenciamento de Consultas Online (Gercon) desenvolvido pela Companhia de Processos de Dados de Porto Alegre (Procempa) e que compila

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 4.218.424

todos os encaminhamentos a serviços especializados no município de Porto Alegre. O acesso ao sistema será feito através da criação de perfil de usuário com senha individual solicitados junto à coordenação de Regulação Ambulatorial da Secretaria Municipal de Porto Alegre, após aprovação do projeto junto aos Comitês de Ética em Pesquisa.

Serão analisadas as seguintes variáveis: data do encaminhamento, idade do paciente no momento do encaminhamento, sexo, tempo na fila de espera, município, código na Classificação Internacional de Doenças (CID10), categoria do solicitante, CD4 e carga viral. Será avaliado também se o paciente foi encaminhado para início de tratamento ou se já se apresentava em tratamento no momento do encaminhamento bem como o desfecho do encaminhamento (autorizado ou cancelado) também será avaliado. No presente estudo será avaliado se o encaminhamento se encontra dentro da matriz de cuidados prevista pelo Protocolo de Regulação Ambulatorial para Infectologia Adulto da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Também será verificado se há relação entre adequabilidade do encaminhamento e a categoria profissional do solicitante (Médico de Família e Comunidade, Médico Clínico, Médico da Estratégia de Saúde da Família ou Médico Residente em Medicina de Família e Comunidade).

Coleta de dados - previsão de início setembro/2020.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a adequação dos encaminhamentos feitos pela Atenção Primária aos serviços especializados em Porto Alegre, considerando a matriz de cuidados prevista pelo Protocolo de Regulação Ambulatorial para Infectologia Adulto da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

Analisar os encaminhamentos feitos da Atenção Primária à Saúde aos serviços especializados de 01 de janeiro de 2019 a 01 de janeiro de 2020.

Caracterizar a população encaminhada quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas disponíveis.

Elaborar um guia de consulta rápida, de caráter multiprofissional, com os principais pontos observados no acompanhamento de PVHIV direcionado aos profissionais da Atenção Primária

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Dentre os benefícios da participação no presente estudo está a contribuição para elaborar um diagnóstico situacional da adequação dos encaminhamentos aos serviços especializados em HIV.

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 4.218.424

Dessa forma contribui-se para a produção e sedimentação do conhecimento, possibilitando que medidas futuras sejam tomadas no sentido de otimizar o acompanhamento de pessoas vivendo com HIV na Atenção Primária.

Dentre os possíveis riscos deve-se mencionar a possibilidade de vazamento de dados sigilosos envolvendo informações de saúde pessoais. No entanto, diversas estratégias serão tomadas para minimizar este risco, como a identificação exclusivamente via cartão SUS durante a coleta de dados. Será respeitado o sigilo dos pacientes e dos profissionais responsáveis pelos encaminhamentos, de maneira que os dados coletados serão de uso exclusivo dos pesquisadores e não será revelado nenhum dado de identificação direta dos participantes envolvidos na pesquisa (nome, idade, diagnóstico, desfecho, procedência ou demais). Não será utilizado nenhum tipo de registro fotográfico dos pacientes selecionados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Dispensa de TCLE - A pesquisa será realizada através da análise de dados secundários de encaminhamentos a serviços especializados realizados através do Sistema de Gerenciamento de Consultas de Porto Alegre (GERCON). Será respeitado o sigilo dos pacientes e dos profissionais responsáveis pelos encaminhamentos, de maneira que os dados coletados serão de uso exclusivo dos pesquisadores e não será revelado nenhum dado de identificação direta dos participantes envolvidos na pesquisa (nome, idade, diagnóstico, desfecho, procedência ou demais).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCUD

Dispensa de TCLE

Termo de Entrega de Relatório Janeiro e julho/2021

Termo de Anuência Diretoria Geral de Atenção Primária à Saúde

Termo de Autorização para utilização dos dados

Folha de Rosto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

CEP: 90.050-170

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 4.218.424

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1596070.pdf	31/07/2020 17:51:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISA.docx	31/07/2020 17:49:34	Cesar Augusto da Silva	Aceito
Outros	FORMULARIOPROJETOSMS.pdf	31/07/2020 17:47:15	Cesar Augusto da Silva	Aceito
Outros	TCUDSMS.pdf	31/07/2020 17:46:38	Cesar Augusto da Silva	Aceito
Outros	TCUD.pdf	31/07/2020 17:44:41	Cesar Augusto da Silva	Aceito
Outros	TERMOAUTORIZACAODGAPS.pdf	31/07/2020 17:43:24	Cesar Augusto da Silva	Aceito
Outros	TERMODEANUENCIADGAPSUFCSA.pdf	31/07/2020 17:42:50	Cesar Augusto da Silva	Aceito
Outros	TERMORELATORIO.pdf	31/07/2020 17:40:23	Cesar Augusto da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSATCLE.pdf	31/07/2020 17:35:46	Cesar Augusto da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	31/07/2020 17:34:54	Cesar Augusto da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 17 de Agosto de 2020

Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ANEXO B - PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA SMS-PoA


**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA**
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESCENTRALIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE: UMA ANÁLISE DA ADEQUAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS A PROTOCOLOS E LINHAS DE CUIDADO

Pesquisador: Daniela Cardoso Tietzmann

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35994820.6.3001.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.373.622

Apresentação do Projeto:

TRATA-SE DE UM RETORNO DE PENDÊNCIA

A Atenção Primária organiza-se em uma lógica amparada em princípios como primeiro contato, acessibilidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem ampliada e competência cultural. A atenção primária vem conquistando espaços dentro do tratamento e acompanhamento do HIV, pois proporciona um cuidado mais próximo da realidade do usuário, atuando em todos os patamares, desde promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a adequação dos encaminhamentos feitos pela Atenção Primária aos serviços especializados em HIV de 01 de janeiro de 2019 a 01 de janeiro de 2020, caracterizar a população encaminhada quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas disponíveis e avaliar a adequação dos encaminhamentos considerando os critérios estabelecidos pelo Protocolo de Regulação Ambulatorial para Infectologia Adulto da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Além disso, será produzido um guia de consulta rápida, de caráter multiprofissional, com os principais pontos observados no acompanhamento de PVHIV direcionado aos profissionais da Atenção Primária. No Brasil atualmente a prevalência de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) é de 0,4%. O Rio Grande do Sul é o

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 4.373.622

terceiro estado com maior taxa de detecção de HIV no país, com 29,4 infectados para cada 100 000 habitantes em 2017 e segue como o estado com a maior taxa de detecção de HIV em gestantes, com uma taxa 3,4 vezes maior que a do Brasil. Porto Alegre é a capital com a maior prevalência de PVHIV em todo o país. A mortalidade por Aids no estado do Rio Grande do Sul também preocupa e tem sido quase o dobro da mortalidade nacional, sendo Porto Alegre a capital com as maiores taxas no país, com 24,2 óbitos a cada 100 000 habitantes. O cuidado contínuo em HIV diz respeito à atenção aos pacientes que vivem com HIV e envolve uma série de momentos. Dentre esses momentos podemos citar a vinculação e retenção do paciente a um serviço de saúde para acompanhamento, fatores determinantes para sua aderência ao tratamento. O modelo de atendimento às pessoas vivendo com HIV, vinha até então muito pautado em atendimentos juntamente aos serviços especializados, que acabam tendo um enfoque restrito às questões ligadas ao HIV em detrimento de outras necessidades de saúde. Novas diretrizes nacionais e experiências locais em diversos municípios – em especial Curitiba, Rio de Janeiro, Florianópolis e Porto Alegre - vem colocando a Atenção Primária como a figura central no cuidado das PVHIV (5)(6). Esse processo vem ocorrendo paulatinamente, inicialmente com a descentralização das tecnologias diagnósticas para testagem de HIV, hepatites virais e sífilis através da portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012, e finalmente em 2013 com o incentivo do Ministério da Saúde para o acompanhamento e tratamento de PVHIV após estratificação de risco nas unidades de saúde. Em 2014 com o estabelecimento dos cinco passos para o manejo clínico da infecção pelo HIV na Atenção Básica pelo Departamento Nacional de Saúde essa mudança no direcionamento do atendimento é reforçada. A Atenção Básica tem papel fundamental no cuidado às pessoas vivendo com HIV, uma vez que trata o paciente dentro de uma perspectiva de integralidade, podendo atuar em ações de promoção à saúde e ampliar o diagnóstico e tratamento do HIV. O Brasil, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), comprometeu-se com a meta 90-90-90, que preconiza até 2020 diagnosticar 90% dos casos de HIV em território nacional, tratar 90% desses casos e atingir o status de carga viral indetectável em 90% desses usuários. Nesse sentido, o processo de descentralização do cuidado é crucial para se atingir tais metas, uma vez que a atenção primária é sensível a todos os pontos dessa meta tríplice

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 4.373.622

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a adequação dos encaminhamentos feitos pela Atenção Primária aos serviços especializados em Porto Alegre, considerando a matriz de cuidados prevista pelo Protocolo de Regulação Ambulatorial para Infecologia Adulto da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

Objetivo Secundário:

Analisar os encaminhamentos feitos da Atenção Primária à Saúde aos serviços especializados de 01 de janeiro de 2019 a 01 de janeiro de 2020. Caracterizar a população encaminhada quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas disponíveis. Elaborar um guia de consulta rápida, de caráter multiprofissional, com os principais pontos observados no acompanhamento de PVHIV direcionado aos profissionais da Atenção Primária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco: Dentre os possíveis riscos deve-se mencionar a possibilidade de vazamento de dados sigilosos envolvendo informações de saúde pessoais. No entanto, diversas estratégias serão tomadas para minimizar este risco, como a identificação exclusivamente via cartão SUS durante a coleta de dados. Será respeitado o sigilo dos pacientes e dos profissionais responsáveis pelos encaminhamentos, de maneira que os dados coletados serão de uso exclusivo dos pesquisadores e não será revelado nenhum dado de identificação direta dos participantes envolvidos na pesquisa (nome, idade, diagnóstico, desfecho, procedência ou demais). Não será utilizado nenhum tipo de registro fotográfico dos pacientes selecionados.

Benefícios: Dentre os benefícios da participação no presente estudo está a contribuição para elaborar um diagnóstico situacional da adequação dos encaminhamentos aos serviços especializados em HIV. Dessa forma contribui-se para a produção e sedimentação do conhecimento, possibilitando que medidas futuras sejam tomadas no sentido de otimizar o acompanhamento de pessoas vivendo com HIV na Atenção Primária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nome da Instituição: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Pesquisador Responsável: Daniela Cardoso Tietzmann

Tamanho da Amostra: 2.000

Data de término do estudo: 28/02/2021

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 4.373.622

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão presentes.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram respondidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes de seu início. Os relatórios semestrais devem ser apresentados ao CEP SMSPA, através de submissão na Plataforma Brasil, como "Notificação".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1614337.pdf	08/10/2020 16:29:55		Aceito
Outros	TERMORESPONSABILIDADE.pdf	08/10/2020 16:28:14	Daniela Cardoso Tietzmann	Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	08/10/2020 16:27:04	Daniela Cardoso Tietzmann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISA2.docx	08/10/2020 16:25:09	Daniela Cardoso Tietzmann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISA.docx	31/07/2020 17:49:34	Cesar Augusto da Silva	Aceito
Outros	FORMULARIOPROJETOSMS.pdf	31/07/2020 17:47:15	Cesar Augusto da Silva	Aceito
Outros	TCUDSMS.pdf	31/07/2020 17:46:38	Cesar Augusto da Silva	Aceito
Outros	TCUD.pdf	31/07/2020 17:44:41	Cesar Augusto da Silva	Aceito
Outros	TERMOAUTORIZACAODGAPS.pdf	31/07/2020 17:43:24	Cesar Augusto da Silva	Aceito
Outros	TERMODEANUENCIADGAPSUFCSA.pdf	31/07/2020 17:42:50	Cesar Augusto da Silva	Aceito
Outros	TERMORELATORIO.pdf	31/07/2020 17:40:23	Cesar Augusto da Silva	Aceito

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com

 Prefeitura de Porto Alegre Secretaria Municipal de Saúde	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA	
---	---	---

Continuação do Parecer: 4.373.622

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSATCLE.pdf	31/07/2020 17:35:46	Cesar Augusto da Silva	Aceito
---	------------------	------------------------	------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 31 de Outubro de 2020

Assinado por:
Alexandre Luis da Silva Ritter
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com