

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA
REGIÃO CERRADO – TURMA II

PLANO TERAPÊUTICO DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV
DO POLO BASE DE IGUATEMI

DANIELA APARECIDA DE SOUZA NUNES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena,
da Universidade Federal de São Paulo.

Orientador (a): Prof. (a) Luzia Aparecida
Oliveira

SÃO PAULO
2017

PLANO TERAPÊUTICO DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM
HIV DO POLO BASE DE IGUATEMI

DANIELA APARECIDA DE SOUZA NUNES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena,
da Universidade Federal de São Paulo.

Orientador (a): Prof. (a) Luzia Aparecida
Oliveira

SÃO PAULO

2017

RESUMO

A situação de vulnerabilidade das populações indígena, dado as suas condições sócio econômica, o acesso à infraestrutura de modo geral, o acesso a informação, o acesso aos serviços de saúde e o contato com a sociedade envolvente, são porta de entrada para muitas infecções de grande relevância para a saúde pública. A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) assume neste contexto uma posição importante, considerando sua característica de “doença silenciosa” que pode levar muitos anos até a manifestação clínica e a percepção destes povos com relação ao processo de adoecimento, ou seja, o entendimento que o índio tem de doença ser apenas aquelas que percebem manifestações físicas, tais como tosse, dores, emagrecimento, etc, faz com que os acompanhamentos dos casos diagnosticados fiquem prejudicados. Por vezes a adesão ao tratamento ocorre em estágios já avançados, ou seja, já no desenvolvimento da Aids, quando o paciente apresenta níveis de células de defesa CD4 em contagens muito abaixo de 350 células, o que indica que o organismo já está bastante debilitado. Esta situação faz com que tenhamos uma alta taxa de mortalidade por Aids nesta população em um curto espaço de tempo, ou seja, entre o diagnóstico da infecção e a manifestação da doença que é o comprometimento do sistema imunológico do paciente, este espaço acaba sendo mais curto entre os indígenas infectados, que em outros seguimentos da população.

Palavras – chave: Adesão, Pessoas Vivendo com HIV, População Indígena

LISTA DE SIGLAS

AIS – Agente Indígena de Saúde

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/Aids

DOTS – Doses de Tratamento Supervisionado

TARV – Terapia Antirretroviral

IPED APAE – Instituto de Pesquisa, ensino e diagnósticos da APAE

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICES DE QUADROS

Tabela 1 - Números de casos diagnosticados entre 2005 a 2017.....	12
Gráfico 1 - Incidência do HIV entre as populações do Polo Base de Iguatemi.....	12
Gráfico 2 - Prevalência do Vírus HIV.....	13
Gráfico 3 - Evolução dos casos diagnosticados entre 2005-2017.....	16
Gráfico 4 - Resultado de Cargas Virais dos pacientes que vivem com HIV.....	17
Gráfico 5 - Contagem de células CD4 dos pacientes que vivem com HIV.....	17

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Mapa de localização do Polo Base de Iguatemi.....	09
Figura 2- Mapa de Localização das aldeias.....	10
Figura 3- Pirâmide Populacional.....	15

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
1.1 Território.....	09
1.2 Contato com a infecção.....	11
2. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3. JUSTIFICATIVA.....	15
4. METODOLOGIA	18
5. RESULTADOS ESPERADOS.....	21
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
8. ANEXOS.....	26

1 - Introdução

Os povos indígenas no Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado aos processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país. (Coimbra, 2005)

A que se considerar então, quando se observa o processo saúde doença das populações indígenas a grande sócio diversidade existente e que perpassa por eixos que influenciam diretamente a compreensão deste processo; o uso da língua, a etnia e principalmente a história de contato destes povos com a sociedade envolvente são pontos de grande relevância para aqueles que se aventuram na compreensão de como estes povos entendem o processo de saúde e adoecimento entre os seus. E quando se chega a esta compreensão, podemos perceber que as condições de saúde dos povos indígenas são precárias, quando comparadas às condições de saúde de outros seguimentos da população, como afirma Coimbra:

“Não obstante, restam poucas dúvidas de que as condições de saúde dos povos indígenas são precárias, colocando-os em uma posição de desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional” (Coimbra Jr. & Santos, 2000; Coimbra Jr. et al, 2002; FUNASA, 2002.)

Os dados de censos demográficos podem evidenciar tais condições e demonstram uma população vulnerável uma vez que se evidencia níveis de escolaridade baixo, uma taxa de fecundidade acima da média observada em outras mulheres e uma taxa de mortalidade infantil mais elevada que a média brasileira, mesmo em regiões consideradas economicamente mais desenvolvidas.

E é neste contexto de vulnerabilidade dos povos indígenas que podemos perceber crescentes manifestações de epidemias que antes não era comum a estas populações, onde assume uma posição de destaque a infecção pelo vírus HIV.

A epidemia da infecção pelo HIV e da Aids constitui fenômeno global, dinâmico e instável, traduzindo-se por verdadeiro mosaico de sub-epidemias regionais. Resultante das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV e da AIDS revela epidemia de múltiplas dimensões que vem sofrendo transformações

epidemiológicas significativas. Inicialmente restrita aos grandes centros urbanos e marcadamente masculina, a atual epidemia do HIV e da Aids caracteriza-se pelos processos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização. (Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,2002)

Esta epidemia vem tomando uma proporção gigantesca nas populações indígenas e acarretando muitos problemas, que impactam diretamente nos indicadores de saúde desta população e que preocupa muito as EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena), em função da percepção de doença que existe entre esta população, uma vez que a infecção é assintomática e demora muitos anos para se ocorrer manifestações clínicas. Outro fator que preocupa é o início precoce da atividade sexual bem como o comportamento sexual de risco, muito comum nesta população.

Território Indígena das aldeias do Polo Base

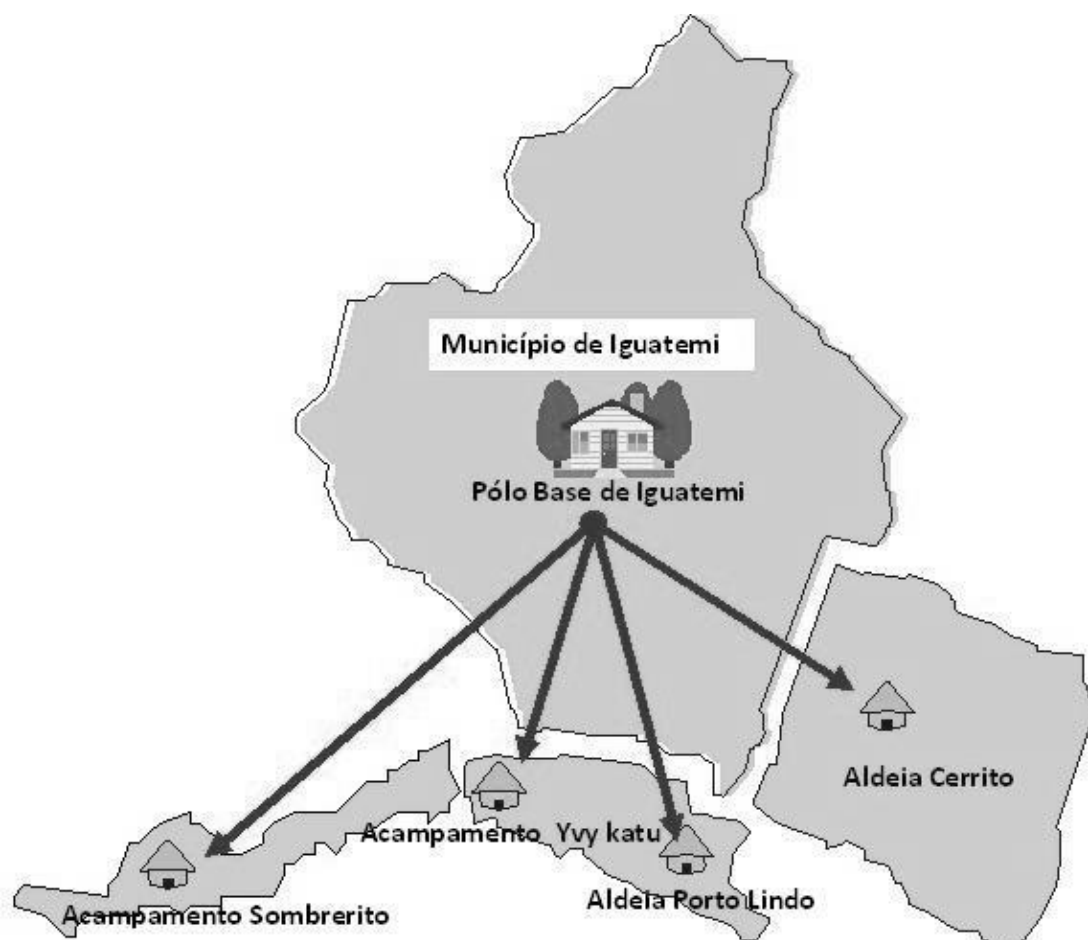


Figura 1

O Polo Indígena de Iguatemi assiste uma população de 4.690 indígenas de predominância da etnia Guarani. Esta população está distribuída em quatro municípios diferentes de pequeno porte, cuja população total não excede 10.000 habitantes. O Polo atende duas aldeias e três áreas de conflito. A maior aldeia do Polo Base tem uma população de 3.760 indígenas e implica em 60% da população do município e já foi considerado como a aldeia mais produtiva do Estado, atualmente não tem mais este título, e sua produção está baseada principalmente no cultivo da mandioca e milho, mas grande maioria das famílias depende dos serviços sociais do governo, assim como em todo o restante da população que o Polo atende. Estes municípios estão localizados na região de fronteira com o Paraguai, sendo que um destes possui uma extensão de mais de 100 KM de fronteira seca. Todas estas áreas indígenas estão localizadas a pelo menos 50 KM destes município, sendo que a aldeia maior está localizada a 17 KM, com uma proximidade muito grande com a sociedade envolvente.



Figura 2

A base de alimentação destas populações está na distribuição de cestas básicas e benefícios sociais como o bolsa família, auxílio reclusão e auxílio maternidade e isto caracteriza muito a alimentação desta população, ou seja, basicamente alimentos industrializados. No entanto há ainda o cultivo de alimentos tradicionais como o milho, a mandioca, a abóbora e a banana para comercializar e também para consumo das famílias, porém como item complementar. Algumas aldeias também mantêm o

arrendamento destas terras para pecuaristas, porém o destino dos recursos advindos destes arrendamentos é desconhecido das equipes que atuam nestas áreas.

As condições de moradia são, em sua grande maioria precárias, são barracos construídos com tábuas ou madeiras e cobertos por lonas, no entanto algumas famílias tem casas de alvenarias, geralmente estas casas pertencem aos AIS, professores e zeladores contratados pelos municípios.

O sistema de saneamento básico fica a cargo da SESAI e conta com cinco poços artesanais que distribui água para as casas dos habitantes através de encanamentos com mangueiras e ligações de cavaletes. Para manutenção destes poços a SESAI contrata uma equipe de sete Agentes indígenas de Saneamento e conta também com uma equipe técnica de engenheiros que ficam responsáveis por determinadas áreas do DSEI. Mesmo assim muitas famílias estão fora da cobertura deste sistema, pois estão em áreas em litígio, o que não permite a SESAI realizar novas perfurações de poços e construção de redes de distribuição de água, sendo assim estas duas áreas de retomadas estão sendo abastecidas por caminhão PIPA via decisão judicial, executado pela SESAI.

Contato com a infecção

O primeiro caso de indivíduo infectado pelo vírus HIV ocorreu no ano de 2005. Este paciente não morava nas aldeias deste Polo Base no momento do diagnóstico vindo a mudar-se para a aldeia para realizar o acompanhamento. Neste mesmo ano também foi diagnosticado mais um caso em gestante. Até o ano de 2009 chegamos a diagnosticar 12 casos, sendo que dois destes evoluíram para óbito. Com a introdução dos testes rápidos no final do ano de 2015, chegou-se a diagnosticar mais 6 casos, precisamente em três casais. Com esta evidência podemos perceber a dimensão do problema do HIV nas comunidades indígenas, uma vez que se trata de populações com baixo nível de escolaridade e com comportamento de risco acentuado para práticas sexuais.

Importante salientar que todos os casos identificados até o ano de 2009, foi realizado através da população feminina na triagem do pré-natal IPED APAE, que consiste na coleta de amostra de sangue em papel filtro, principal forma de detecção de agravos em gestante ofertados pelo serviço público na época.

Na tabela abaixo podemos registrar a distribuição dos casos diagnosticados no período de 2005 a 2017:

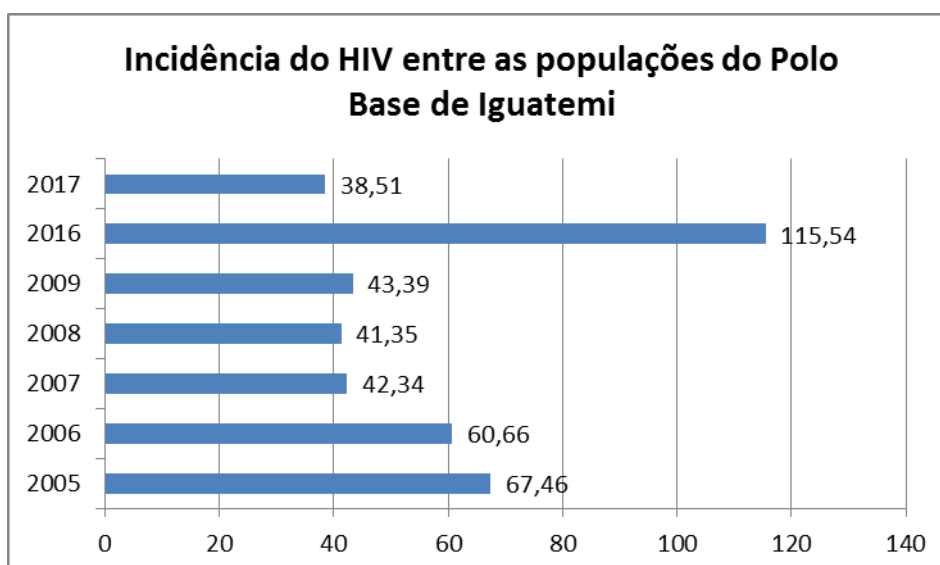
Tabela 1

Números de casos diagnosticados entre 2005 a 2017							
Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2016	2017
Nº CN	3 casos	3 casos	2 casos	2 casos	2 casos	6	2

Fonte: Fichas de Notificação Polo Base de Iguatemi/DSEI/MS

Considerando que a taxa de incidência da AIDS no Brasil, de acordo com o Boletim Epidemiológico de 2011, foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes e considerando que a avaliação do indicador de incidência consiste no número de casos novos do agravo como demonstrado da tabela 1, o gráfico abaixo demonstra a incidência de casos novos de HIV nos anos de 2005 a 2017 no Polo Base de Iguatemi. O gráfico revela ainda uma maior demanda de casos novos de infecção pelo vírus HIV no ano de 2016 (115,54/100.00), o que pode ser explicado pelo aumento da oferta de Testes Rápidos neste ano, demandando em 6 novos casos confirmados da infecção.

Gráfico 1

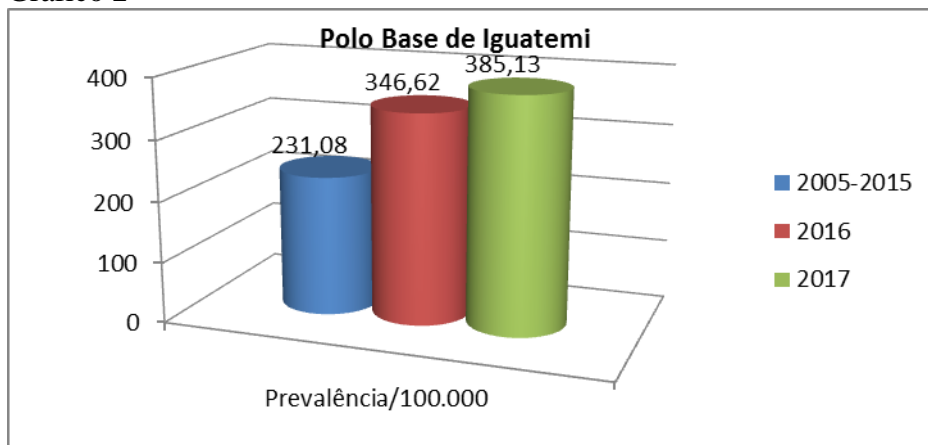


(Fonte: Fichas de Notificação Polo Base de Iguatemi-DSEI/MS)

Com a implementação desta estratégia para a detecção do vírus entre as populações indígenas e a oferta de testagem rápida para diagnóstico, o Polo Base de Iguatemi aumentou em 66,66% seu número de casos diagnosticados, passando de 12 até o ano de 2015 para 20 no ano de 2017, com uma mudança no perfil de detecção, pois os seis novos casos identificados não eram gestantes.

Este quantitativo de casos novos da doença nos anos de 2016 e 2017 mudou o indicador de prevalência da doença, como podemos evidenciar no gráfico abaixo:

Gráfico 2



(Fonte: Relatório de Gestão – Polo Base de Iguatemi-DSEI/MS)

2- Objetivo

► Geral

-Implantar assistência integral no cuidado aos pacientes que vivem com HIV/AIDS pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena para apoio ao Plano Terapêutico de Atendimento.

► Específico

- Promover medidas/protocolos de acompanhamento sistemático pela Equipe multidisciplinar de Saúde Indígena, dos pacientes que vivem com HIV para identificação precoce da sintomatologia de doenças oportunistas.

-Envolver os Conselhos Locais de Saúde Indígena, Lideranças indígenas e capitania das comunidades indígenas do Polo Base de Iguatemi em ações que buscam a aceitação social dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos da infecção.

- Promover ações educativas junto aos Conselhos Locais de Saúde Indígena e Lideranças das comunidades indígenas a conscientização da população sobre a presença da doença e a circulação do vírus na comunidade.

-Promover ações com vistas a melhora da adesão dos pacientes diagnosticados ao tratamento para controle da quantidade de vírus circulante no organismo.

- Melhorar o acolhimento das pessoas que vivem com HIV nas Unidades Básicas de Saúde Indígena.

-Revisar, estabelecer e fixar rotinas de serviço para as Equipes Multidisciplinar de Saúde Indígena que atendem os pacientes que vivem com HIV

-Promover saúde individual e coletiva com ênfase na prevenção da transmissão da infecção.

3- Justificativa

Considerando a pirâmide populacional do Polo Base de Iguatemi e considerando também a faixa etária da população sexualmente ativa que está entre 10 e 69 anos de idade, analisamos que o desenvolvimento de qualquer problema nesta faixa etária caracteriza um grande desafio. Sendo assim, as EMSI precisam estar preparadas para alcançar, em suas atividades de promoção e prevenção, êxito quer sejam tanto no diagnóstico, quanto no acompanhamento dos casos de HIV.

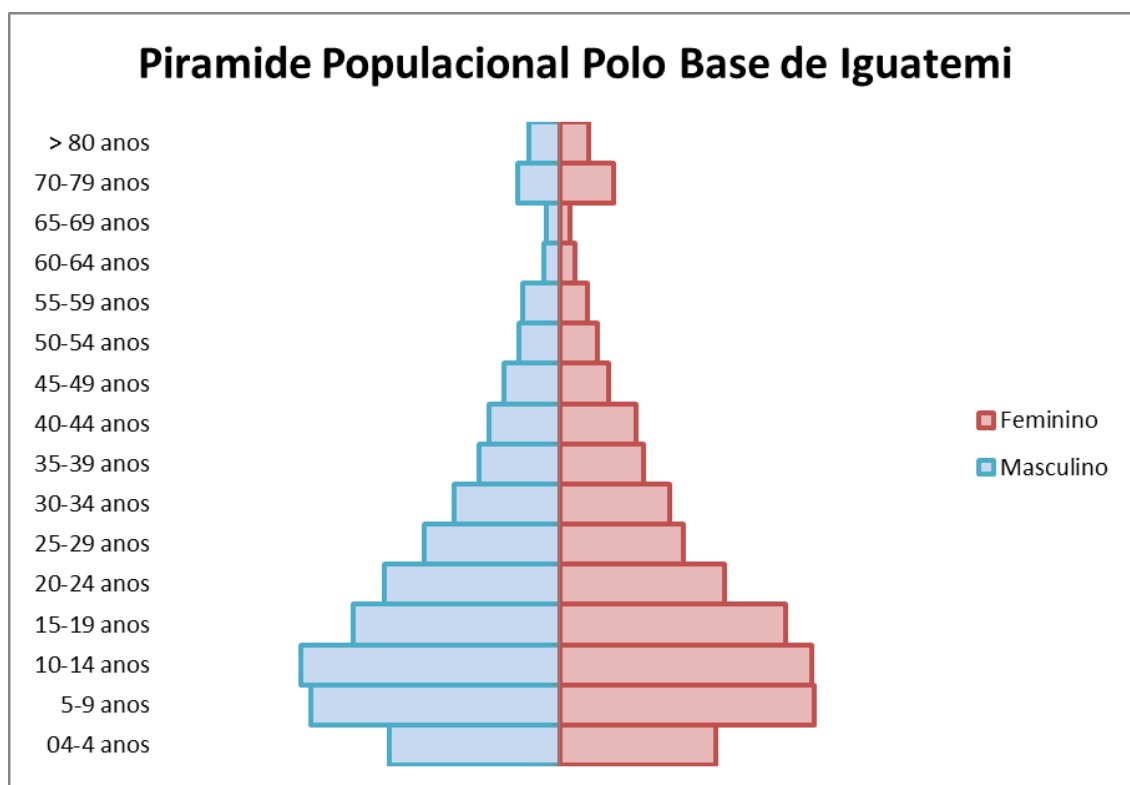


Figura 3

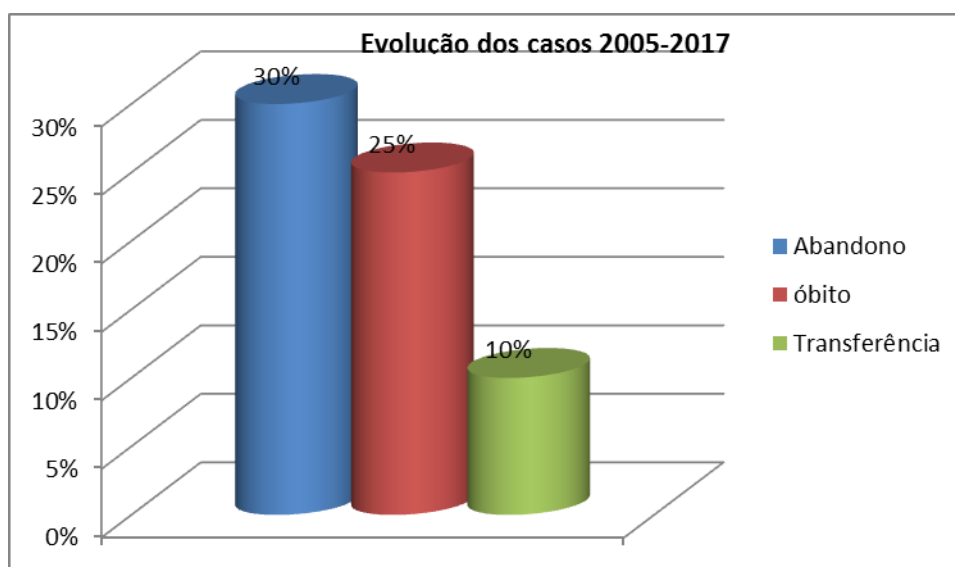
As experiências em Saúde Pública demonstram que o controle da difusão da infecção pelo HIV nas pessoas em risco assim como a preservação da vida daquelas infectadas requerem uma atenção integral e a potencialização dos esforços de distintos programas. Este tipo de ação integral e integrada, como definida na Saúde Indígena, é fundamental para o controle da infecção, uma vez que a cada novo caso aumenta-se o risco da circulação do vírus nas aldeias.

As comunidades indígenas são altamente vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis. As condições sócio econômicas, número elevado de pessoas com baixo grau de escolaridade e também um comportamento sexual de risco com baixa adesão ao

uso de preservativos, são condicionantes para manutenção desta condição de vulnerabilidade no campo das infecções sexuais, aqui com destaque ao vírus HIV.

Durante o acompanhamento dos casos diagnosticados, as principais dificuldades apontadas pelas equipes de saúde foi com relação à compreensão da doença por parte dos pacientes e por consequência a não adesão dos mesmos ao tratamento e prevenção (quando necessário). Como consequência percebemos uma alta taxa de mortalidade da doença e abandono do tratamento por parte dos pacientes, pois por não compreenderem o tamanho do problema, uma vez que não percebiam sintomas da doença, eles não aderiam ao tratamento e acompanhamento, culminando assim em uma baixa expectativa de vida aos infectados. Em menos de uma década 5, dos 20 casos notificados evoluíram para óbito e 6 pacientes abandonaram o tratamento, apontando uma alta taxa de mortalidade da doença e também uma alta taxa de abandono do tratamento, como demonstra o gráfico abaixo.

Gráfico 3



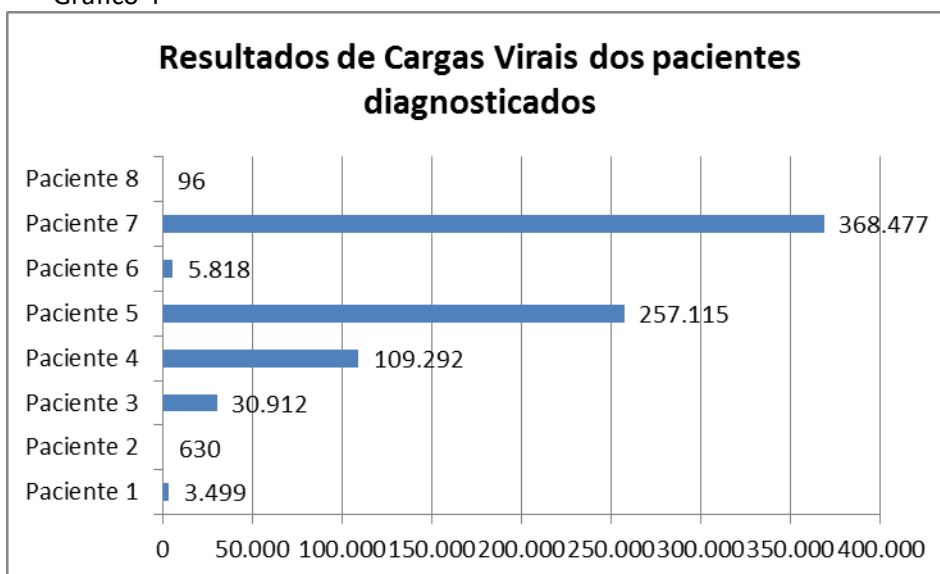
(Fonte: Relatório de Gestão Polo Base de Iguatemi – DSEI/MS)

Apesar das implementações das ações e do aumento do diagnóstico da doença, o que pode ser analisado de uma forma positiva, pois com o descobrimento dos casos pode-se chegar à redução da circulação do vírus através da adesão ao tratamento e uso dos meios de prevenção da infecção, persiste ainda as dificuldades apontadas já no início dos descobrimentos dos casos em 2005, pois as equipes ainda trabalham com muita

dificuldade na compreensão da doença pelos portadores e na não adesão destes ao tratamento e acompanhamento nos Serviços de Atendimento Especializado.

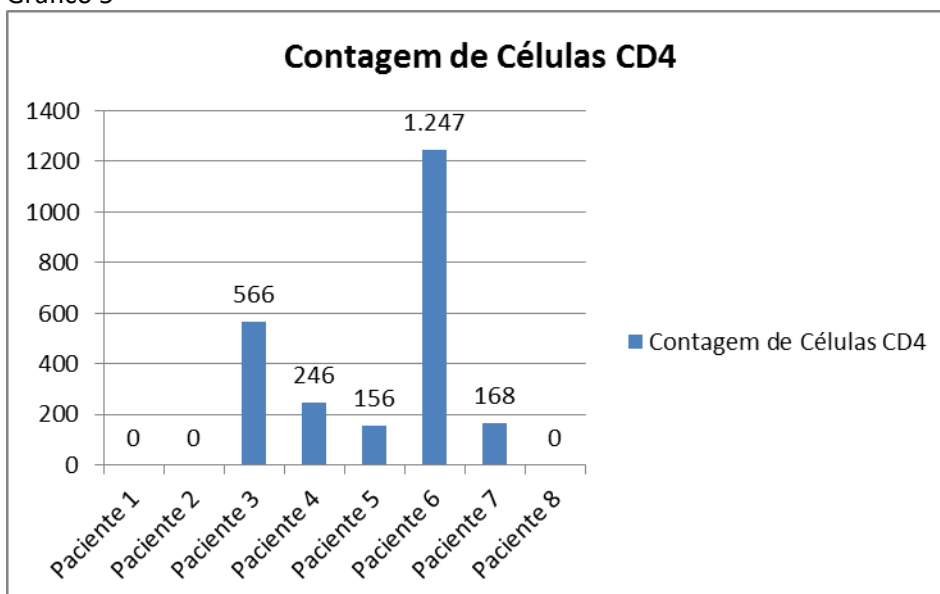
Através da avaliação dos resultados dos exames de carga viral e contagem de células CD4 dos pacientes, mesmo daqueles pacientes que alegam uma adesão ao tratamento, podemos perceber que muitos deles continuam com uma carga viral elevada e número de células de defesa abaixo de 350 céls/mm, o que implica na instalação de um quadro clínico que sugere o desenvolvimento da Aids, como podemos observar nos dois gráficos subsequentes.

Gráfico 4



(Fonte: SAE-Naviraí/MS)

Gráfico 5



(Fonte: SAE-Naviraí/MS)

OBS: Os pacientes 1, 2 e 8 não realizaram o exame de contagem de células CD4 em 2016.

4- Metodologia

Para a implantação deste plano de intervenção foi avaliado o prontuário dos pacientes do Polo Base de Iguatemi que vivem com HIV, com análise da série histórica das cargas virais da paciente 8 (gráfico 4 e 5) e avaliação da carga viral no ano de 2016 (gráfico nº 4) após a aplicação do Plano Terapêutico de Atendimento.

Carga Viral	Cópias: 1.097	Log: 3,040	Técnica: D-DNA	Lim. mínimo detecção: 30 cópias/mL
Resultado atual			Kit: HIV 3.0 RNA	Lim. máximo detecção: 500.000 cópias/mL

Observações:

Históricos (Últimos 6 Exames)

Carga Viral					CD4+/CD8+					
Coleta	Cópias	Log	Técnica	Resultado	Coleta	CD4	%	CD8	% CD4/CD8	Resultado
26/03/2008 07:00		1.097	3,040 b-DNA	09/04/2008	26/03/2008 07:00	570	---	685	---	0,83 04/04/2008
17/10/2007 07:00	5.379	3,731	b-DNA	24/10/2007	17/10/2007 07:00	656	---	682	---	0,96 23/10/2007
26/07/2006 07:00	2.100	3,322	NASBA	29/08/2006	26/07/2006 07:00	552	---	607	---	0,91 29/08/2006
21/09/2005 07:01	230	2,362	NASBA	30/09/2005	21/09/2005 07:01	481	---	516	---	0,93 30/09/2005

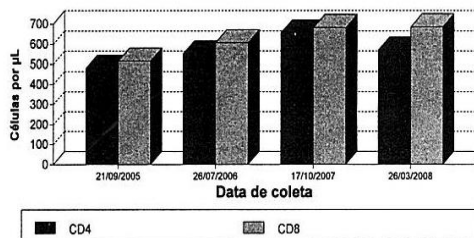
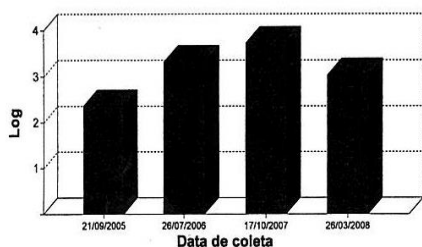


Figura 4

Iniciamos a integralização da assistência prestada aos pacientes que vivem hoje com HIV no Polo Indígena de Iguatemi, trabalhando esta integralidade juntamente com a equipe de Apoio do Polo Base, através do estabelecimento de Plano Terapêutico de Atendimento aos pacientes. Entendemos que para conseguir melhorar a atenção às pessoas que vivem com HIV/aids faz-se necessário a implantação de um modelo de assistência estruturado a partir da realidade local de cada comunidade indígena.

O envolvimento da Equipe Multidisciplinar é de suma importância neste processo, para tanto faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam inseridos

em processo de educação permanente, a saber médicos, enfermeiros, psicólogos, odontólogos.

Ainda na aplicação do Plano Terapêutico de Atendimento, espera-se que a avaliação médica e psicossocial do paciente possa permitir a identificação dos sintomas que sugerem o desenvolvimento de doenças oportunistas, bem como identificar sinais que possam indicar a tendência do paciente ao abandono do tratamento.

Na aplicação do Plano de Intervenção deverá ser requisitada a agenda de reuniões do Conselho Local de Saúde Indígena, bem como a solicitação de inclusão de pauta sobre a temática da infecção pelo vírus HIV nas reuniões, afim de que se possa através dessas ações sensibilizar as lideranças indígenas sobre a presença da doença e a circulação do vírus dentro das comunidades indígenas, alcançando assim a conscientização da mesma.

Já com relação à articulação com os Serviços de Atendimento Especializado, deverá ser estabelecido uma pactuação entre as instituições para que possam garantir as Unidades de Atenção Básica de Saúde Indígena, o acesso aos exames realizados pelos pacientes e que nesta pactuação contemple o fornecimento dos resultados de exames como carga viral e contagem de Linfócitos T-CD4+, imprescindíveis para acompanhamento da situação imunológica do paciente na atenção básica em área.

Deve-se também estabelecer vínculo com os pacientes para se trabalhar com eles pontos relevantes que determinarão o sucesso do acompanhamento, tais como: é fundamental que o paciente conheça as características da doença e entenda claramente o objetivo da terapia antirretroviral (TARV), compreendendo a importância da tomada contínua e correta do medicamento, a fim de atingir uma adequada supressão da replicação virológica. Ainda é essencial que o paciente tenha conhecimento básico sobre a doença, as formas de transmissão, o significado e a utilidade dos exames laboratoriais e os possíveis efeitos adversos em curto e longo prazo relacionado à TARV. Esta dinâmica pode ocorrer através da realização de rodas de conversa, que deverá ser protagonizada pela equipe de apoio em conjunto com a equipe mínima responsável pelo paciente. Lembrando que a adesão ao tratamento pelas pessoas que vivem com HIV é um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, e que requer decisões compartilhadas e corresponsabilidades entre a pessoa que vive com HIV e a EMSI.

As EMSI deverão desenvolver sensibilidade através de um acompanhamento integralizado, para poder conhecer e entender as condições e realidades de cada paciente, a fim de que ela possa desenhar junto ao paciente um Planejamento Terapêutico adequado à sua rotina, avaliando, no que se refere ao tratamento, a possibilidade de DOTS em casos de acompanhamento de pacientes mais complexo.

5- Resultados Esperados

No início da epidemia de aids e nos anos seguintes, o modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) em serviços especializados, como os Serviços de Atenção Especializada (SAE), mostrou-se mais adequado e seguro. Com o avanço do cuidado às PVHA e com a simplificação do tratamento, a infecção pelo HIV foi desenvolvendo características de uma condição crônica e o modelo centrado unicamente em serviços especializados passou a apresentar deficiências.

Nos últimos anos, alguns municípios brasileiros conseguiram melhorar a atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids, a partir da implantação de um novo modelo de atenção, em que as ações são estruturadas de acordo com a realidade local, passando a envolver diferentes níveis de atenção (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – Brasília-DF)

Assim, nesse modelo de atenção, os serviços especializados continuam sendo fundamentais, mas a linha de cuidados envolve outros serviços de saúde, em especial, a Atenção Básica, com o suporte do SAE. A Atenção Básica favorece um vínculo com as pessoas que vivem com HIV podendo assim identificar com mais eficiência os fatores de risco que podem se estabelecer nestes paciente, bem como A PVHA deve ser acolhida sem discriminação, participando ativamente do autocuidado, o que facilita a adesão e previne a transmissão do vírus, evita a evolução para aids e reduz a mortalidade pela doença.

Incluir a Atenção Básica no cuidado compartilhado do HIV/aids com os serviços especializados é fundamental para a melhoria do atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil, pois garante maior acesso e vínculo com o sistema de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. As equipes da Atenção Básica podem desempenhar papel decisivo no cuidado integral às pessoas vivendo com HIV/Aids, pois possuem mais proximidade, contato e vínculo com as pessoas do território adscrito.

Com este plano de intervenção espera-se alcançar maior adesão ao tratamento das PVHA a fim de que o tratamento alcance os resultados esperados e possa oferecer a estas pessoas maior qualidade de vida o que implicara diretamente na avaliação de melhores indicadores do HIV nesta população. Para se chegar a este objetivo maior do

plano de intervenção faz-se necessário a implementação de outras ações que irão contribuir direta ou indiretamente no nosso objetivo geral.

Com este plano de intervenção espera-se alcançar a qualificação dos profissionais envolvidos na assistência as pessoas que vivem com HIV/Aids, bem como alcançar por meio desta qualificação o comprometimento destes profissionais que deverão realizar o acolhimento e uma escuta ativa da pessoa. Esta escuta e acolhimento deverá estabelecer o vínculo com os profissionais de saúde. Espera-se que a equipe possa trabalhar a formação de grupos de apoio a partir desta qualificação, onde poderá lançar mão do uso de técnicas que possam garantir a adesão ao tratamento e a prevenção com uso regular e consistente de preservativos, tais como material educativo na língua materna, se utilizando da expertise dos próprios AIS e uso de mapas de doses.

Espera-se alcançar, através do estabelecimento de rodas de conversa e da formação dos grupos de apoio, o conhecimento e compreensão das pessoas que vivem com HIV/Aids sobre a enfermidade se utilizando das técnicas acima mencionadas;

Envolvimento das lideranças indígenas para o fenômeno de alastramento da infecção que suas comunidades estão vivendo de forma silenciosa através da inclusão de pautas nas reuniões dos conselhos locais de saúde sobre a infecção do vírus HIV, comportamento da doença e formas de transmissão e proteção contra a transmissão do vírus entre a população indígena.

Conscientização da comunidade para o problema da doença e circulação do vírus no meio da comunidade, através do envolvimento desta nos trabalhos de mobilização, principalmente nas reuniões dos Conselhos Locais, com isso espera-se alcançar que este envolvimento possa disseminar as informações sobre a doença na comunidade.

Espera-se alcançar a redução nas altas taxas de mortalidade pelo vírus HIV, aumentando a expectativa de vida entre os infectados, através da adesão ao tratamento por parte das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Sabendo-se da vulnerabilidade das populações indígenas, e de todos os problemas sócio culturais a que eles estão submetidos e reconhecendo a magnitude do problema da infecção pelo vírus HIV, sabemos que todos os esforços concentradas das equipes que atuam na saúde indígena, juntamente com a capacidade de gestão das políticas de saúde indígena, são muito necessários.

6- Considerações Finais

Apesar de não saber precisar desde quando o vírus HIV começou a circular nas comunidades indígenas, fato é que o vírus está circulando e tem gerado muitas perdas de vida em curto espaço de tempo. A grande preocupação está no fato de como estas comunidades se comportam com relação a esta presença cada vez mais evidente, através da atuação das equipes de saúde e implementação das estratégias de diagnósticos e seguimento dos casos.

Sendo assim é urgente e necessário a reunião de esforços clínicos para identificação precoce da sintomatologia, uma demanda administrativa eficiente para ter acesso ao maior número de Kits diagnósticos, uma articulação com os serviços de maior complexidade, o envolvimento da comunidade para aceitação social dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e uma maior conscientização da população sobre a doença, são aspectos distintos a serem considerados neste plano de intervenção.

7- Referências Bibliográficas

BRITO, A. M., CASTILHO, E. A., SZWARCOWALD, C. L. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2000.

3. Berquó, E. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS.** Ministério da Saúde, Série Avaliação, nº 4, Brasília, 2000.

BRITO, A. M., CASTILHO, E. A., SZWARCOWALD, C. L. **Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais sócio-econômicos.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids, e Hepatites Virais, **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas Com Infecção Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids, e Hepatites Virais. **Cuidado Integral às Pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015

COIMBRA Jr., C.E.A., SANTOS, R. V., 2003. **Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 2003.

COIMBRA JR., SANTOS, R.V., ESCOBAR, A.L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil .** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2ª Ed. Brasília: FUNASA/Ministério da Saúde , 2002.

GARNELO, L.; MACEDO, G. & BRANDÃO, L.C. **Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil.** Brasília: OPS, 2003

IBGE, 2005. **Tendências Demográficas: Uma Análise dos Indígenas com Base nos Resultados da Amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000.** Rio de Janeiro: IBGE

RATTNER, D. **A Epidemiologia na avaliação da qualidade: Uma proposta.** *Cadernos de Saúde Pública*, 1996.

Santos, R. V., COIMBRA Jr. C. E. A. **Saúde dos Povos Indígenas.** Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1994

FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª Ed. Brasília: FUNASA/Ministério da Saúde , 2002.

GARNELO, L.; MACEDO, G. & BRANDÃO, L.C. **Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil**. Brasília: OPS, 2003

IBGE, 2005. **Tendências Demográficas: Uma Análise dos Indígenas com Base nos Resultados da Amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000**. Rio de Janeiro: IBGE

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids, e Hepatites Virais, **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas Com Infecção Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids, e Hepatites Virais. **Cuidado Integral às Pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015

8- Anexos

1- Aplicação do Plano Terapêutico para a paciente nº 8 (gráfico 4)

Saúde Indígena
Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI
Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul - DSEI/MS
Plano terapêutico para pacientes

Nome: A. T. Data nascimento: 06/03/1973 casa: 247
DU = 30/08/83

Profissional Responsável: _____

Situação problema:
Casal portador de vírus HIV, fazendo acompanhamento no SAE com certa frequência de exames com atropias devido uso inadequado da medicação ou dificuldade de adesão ao tratamento.

Estratégia:
Uma vez ao mês o casal deve comparecer a Unidade de Saúde para acompanhamento múltiplo, ou seja, com os diversos profissionais disponíveis (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista).

Evolução:
15/04 Paciente veio ao posto de atendimento múltiplo, referiu ter voltado ao uso da medicação. Recebeu orientações e combinou-se o atendimento mensal.
12/11/15 Paciente regularmente para consultas de acompanhamento (vide prontuário)

Aline Schwengel Lange
CRP 14702552-0
Psicóloga

07/03/16 Paciente fez no SAE e voltou com a medicação e está fazendo tratamento corretamente e animada com os resultados. Marido ainda resistente. Quem?

Aline Schwengel Lange
CRP 14702552-0
Psicóloga

25/03/16 Paciente um pouco resistente em vir ao acompanhamento mensal, paciente está em medicação regular e vir ao SAE agendado mensalmente. Quanto ao marido e boa adesão do tratamento.

Aline Schwengel Lange
CRP 14702552-0
Psicóloga

18/04/16 Paciente sem acompanhamento, recebe orientações.
01/05/16 Relata uso correto da medicação. Quanto sobre importância de continuar. Marido resistente, outro sobre uso

Aline Schwengel Lange
CRP 14702552-0
Psicóloga

2- Instrumento para aplicação do Plano Terapêutico para Pacientes

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL
Rua Professor Luiz Alexandre de Oliveira, 689, Royal Park
Campo Grande/MS – CEP: 79.021-430
Fone: (67)3326-6885/2677/3396

PLANO TERAPÊUTICO PARA PACIENTES

Nome do paciente: _____ DN: _____

Aldeia: _____ Casa: _____

Situação Problema:-----

Estratégia:-----

Evolução:-----

