

Caderno



Boas  
Práticas

em HIV/Aids na

**Atenção Básica**

4107  
01  
10



Caderno



Boas  
Práticas

em HIV/Aids na

**Atenção Básica**





Este caderno, desenvolvido pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, mostra experiências bem sucedidas de algumas cidades brasileiras sobre o manejo dos pacientes de HIV/aids na atenção básica.



# APRESENTAÇÃO

Esta publicação tem por objetivo mostrar como o processo de descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/aids para a atenção básica acontece na prática. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais esteve nas cidades de Curitiba, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Fortaleza para ver e compartilhar com todos o que cada um desses municípios fez ou vai fazer para acolher as pessoas que têm o vírus da aids nas unidades básicas de saúde.

A gestão compartilhada do cuidado do portador do HIV entre a rede primária (a Unidade Básica de Saúde - UBS) e a rede secundária (o Serviço de Assistência Especializada - SAE) é a chave para melhorar a assistência dos soropositivos no Brasil.

A única forma de aumentar o acesso tanto à assistência quanto ao diagnóstico do HIV é por meio da rede básica de saúde. Essa é a hora de os profissionais dos SAE compartilharem o conhecimento sobre o manejo clínico da doença, adquirido em 30 anos de epidemia e permanentemente atualizado, com os profissionais da rede de atenção primária. Por meio da gestão compartilhada do cuidado, será possível ampliar o diagnóstico precoce e iniciar o tratamento no momento oportuno. Essas duas ações são fundamentais para diminuir os óbitos relacionados à aids e garantir uma sobrevida com qualidade aos soropositivos.

Algumas ações do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, como: a ampliação do teste rápido anti-HIV nas unidades básicas de saúde; o tratamento precoce com antirretrovirais independentemente da taxa de CD4; e a distribuição da dose fixa combinada (uma só pílula com tenofovir, lamivudina e efavirenz) favorecem o processo de descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV.

O Ministério da Saúde, por meio do novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/Aids, deve iniciar em 2014 o tratamento de 100 mil soropositivos. Desse número, 68 mil são pessoas que têm diagnóstico positivo para aids e CD4 < 500 células/mm<sup>3</sup>, às quais, apesar de estarem em serviços especializados de aids, não foi oferecida a possibilidade de iniciar o tratamento com antirretroviral. “Em dezessete anos de provisão da terapia antirretroviral, TARV, fornecemos tratamento para cerca de 313 mil portadores do HIV. Com o novo Protocolo, vamos aumentar em 25% o número de pessoas em TARV. Temos que ampliar a rede de assistência para garantir o acesso de todos ao sistema de saúde”, afirma Fábio Mesquita, Diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Para melhorar os índices do HIV/aids no país, é preciso o envolvimento de toda a sociedade. O Brasil foi pioneiro na resposta à epidemia, mas o momento atual mostra que é preciso aperfeiçoar muitos pontos da assistência. Acreditamos que a inclusão da atenção básica no cuidado do portador do HIV trará benefícios a todos os envolvidos, usuários, profissionais de saúde e sociedade civil organizada.

Esse processo está sendo feito a partir dos municípios e estados e tem todo o respaldo do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Departamento de Atenção Básica e do Ministério da Saúde.

A presente publicação é também uma resposta aos indicadores do projeto Aids-SUS, estruturando a governança da resposta nacional ao enfrentamento das DST/aids nas instâncias estaduais e municipais.

Convidamos todos à leitura das experiências do manejo clínico do portador do HIV em unidades básicas de saúde.



# CURITIBA - PR

# Assistência a pessoas vivendo com HIV/aids na Atenção Primária

Maria (nome fictício), 42 anos, é ex-usuária de drogas e descobriu sua sorologia positiva para o HIV durante a gestação do terceiro filho, há 10 anos. Ela e os cerca de 7 mil moradores do bairro Capanema, em Curitiba, vivem em uma situação de muita vulnerabilidade, pobreza e violência. A Unidade de Saúde Capanema, responsável pelo território, é composta por três equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Cabe ao médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, agente comunitário e dentista fazer a promoção da prevenção, diagnóstico e tratamento da população por meio de uma abordagem de saúde integral, focada no bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de doença.

Maria fez todo o pré-natal na Unidade e, graças ao vínculo que tinha com uma enfermeira, realizou o tratamento com antirretrovirais e aceitou dar à luz no hospital de referência, desde que a mesma enfermeira estivesse com ela. Quando faltava a uma consulta, a equipe da saúde da família ia até sua residência ou a buscava na rua e a levava para o posto. Na hora do parto, a profissional de saúde estava ao lado de Maria para garantir um bom atendimento para ela e seu bebê e evitar a transmissão vertical do HIV. A criança nasceu saudável e foi adotada por um parente de Maria. Dez anos depois, em 2013, Maria continua sendo atendida pela mesma equipe, que novamente se mobilizou para interná-la devido a doenças oportunistas, fruto do abandono do tratamento para a aids. O técnico de enfermagem João Bil, que trabalha na Unidade desde 2000, foi um dos responsáveis pelo cuidado à usuária. “Ela estava muito debilitada, nem conseguia ficar em pé. Conseguimos interná-la no hospital de referência e agora estamos monitorando a paciente para garantir que ela volte a se tratar”, conta.

Esse caso é um bom exemplo de um cuidado diferencial que a atenção básica, por meio da ESF, pode dar ao portador do HIV. Será que os profissionais do Serviço de Atenção Especializada (SAE), em uma busca ativa da paciente faltosa, a teriam encontrado?”, reflete Elisete Maria Ribeiro, que na época da gestação de Maria era gestora da Unidade de Saúde Capanema.

A gestão compartilhada do cuidado de um soropositivo entre o infectologista e o médico de família e entre as equipes multidisciplinares do SAE e da Unidade Básica de Saúde (UBS) é a chave para a melhora da assistência ao portador do HIV. O serviço especializado em HIV/aids tem um conhecimento acumulado da clínica do HIV e do manejo do agravo que deve e pode ser compartilhado com a atenção primária. “Só podemos melhorar o cuidado do agravo do HIV nas UBS na medida em que os profissionais dos SAE estiverem junto com os profissionais da unidade de saúde”, afirma Elisete Maria Ribeiro.





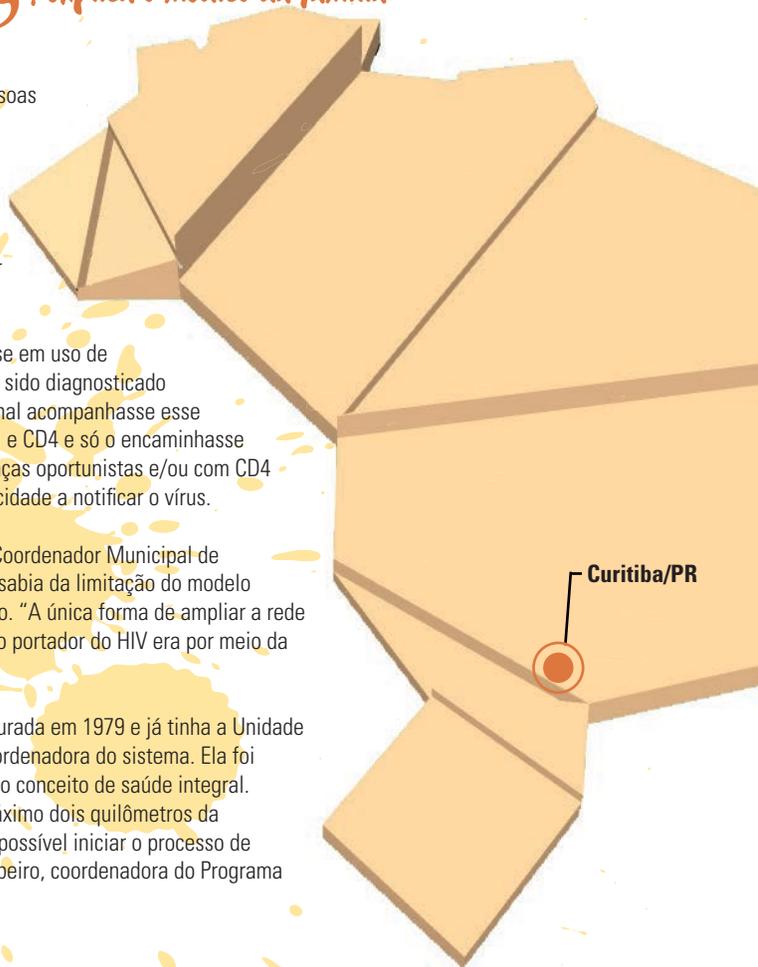
*Incluir o cuidado do portador de HIV no rol de atividades desenvolvido na unidade não assusta o médico de família Romeu Bestol. Desde 1999, ele trabalha na UBS e acredita que atender um soropositivo assintomático não tem nenhum mistério. Para ele, o médico de família deve cuidar dos agravos mais comuns da comunidade, como diabetes, hipertensão, uso de drogas, DST, além de fazer a prevenção e o diagnóstico dessas doenças.*

*“ Tenho acesso a casa e ao contexto familiar de um usuário soropositivo. Posso trabalhar a adesão ao tratamento em tempo real, intervir em casos de preconceito familiar e ainda mobilizar algum parente para ajudar no cuidado se preciso for, além de evitar o deslocamento para o serviço especializado ”, explica o médico da família.*

A descentralização da atenção às pessoas com HIV/aids no município de Curitiba é discutida pelos profissionais do Programa Municipal desde 2002, quando foi elaborado o Protocolo de Atendimento Inicial ao Portador do HIV em Unidades Básicas de Saúde. A proposta era capacitar os profissionais da atenção primária tanto na testagem quanto no acompanhamento do portador assintomático que não estivesse em uso de terapia antirretroviral (TARV), e que tivesse sido diagnosticado na Unidade. A proposta era que o profissional acompanhasse esse portador por meio de exames de carga viral e CD4 e só o encaminhasse ao especialista quando estivesse com doenças oportunistas e/ou com CD4 < 200. A capital paranaense foi a primeira cidade a notificar o vírus.

Segundo Moacir Pires Ramos, então Coordenador Municipal de DST/Aids de Curitiba, naquela época já se sabia da limitação do modelo assistencial focado no serviço especializado. “A única forma de ampliar a rede sem custo e garantir um cuidado integral ao portador do HIV era por meio da atenção primária”, explica Ramos.

A rede de saúde de Curitiba foi estruturada em 1979 e já tinha a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada e ordenadora do sistema. Ela foi construída com foco na territorialização e no conceito de saúde integral. Os serviços deveriam estar distantes no máximo dois quilômetros da casa do cidadão. “Com essa estrutura, era possível iniciar o processo de descentralização”, explica Elisete Maria Ribeiro, coordenadora do Programa Estadual de DST/Aids do Paraná.



Curitiba/PR

***“Essa proposta de descentralização da atenção ao portador do HIV pelo Ministério da Saúde visa reverter o modelo de atenção à saúde focada no especialista, e o único lugar onde isso acontece é na atenção primária à saúde, com profissionais de referência qualificados. Nós, no Estado do Paraná, temos isso”***, garante a Coordenadora Estadual de DST/Aids.

Esse esforço de descentralização atingiu a testagem para o HIV, hoje disponível em todas as UBS, mas não teve impacto na assistência ao portador. Pouquíssimos médicos das unidades de saúde assumiram o acompanhamento dos soropositivos.

Com a mudança do protocolo do tratamento do portador do HIV, do Ministério da Saúde, que recomenda o uso da terapia antirretroviral (TARV) independentemente da carga viral e da contagem de CD4, Curitiba terá um aumento de cerca de 30% na demanda, pulando de 9.000 para 12.300 tratamentos. Há em 2014 cerca de 3.300 portadores notificados no município. Os quatro Serviços de Atendimento Especializado em HIV/Aids, SAE, estão sobrecarregados e o soropositivo tem que esperar de duas a três semanas para a primeira consulta com o especialista. Segundo a coordenadora do SAE/Coas, Dulce Marie Blitzow, o serviço hoje acompanha muitos usuários com carga viral indetectável e CD4 alto, que não precisariam estar sendo atendidos por um infectologista. Ela acredita que a nova proposta de descentralização vai ao encontro do conceito de equidade do SUS, e dará acesso aos que mais necessitam. ***Aqueles usuários que fazem acompanhamento no SAE e que têm vínculo com a unidade e o infectologista vão continuar na unidade. Essa proposta é voltada para os novos casos assintomáticos, que serão acompanhados pelo médico de família ou o clínico da unidade de atenção primária mais próxima do local de residência***, ou para aqueles que desejem ser atendidos em unidades básicas”, explica a coordenadora do maior serviço de atendimento às pessoas vivendo com HIV/aids da cidade.

Pessoas que vivem com HIV/aids também precisam cuidar dos vários aspectos relacionados à sua saúde (alimentação saudável, exercício físico, vacinação, avaliação da pressão, entre outras), de forma integral e multiprofissional e de forma longitudinal. A atenção primária à saúde pode realizar essa abordagem integrada em linhas de cuidado com o apoio da atenção especializada.

# Raio X do SUS em Curitiba

**109** Unidades de Saúde (US)

**63** US atuam no PSF

**215** equipes de PSF

**165** equipes de Saúde Bucal

**51%** da população está coberta pelo PSF

Fonte: [HTTP://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index-php/assistencia/atencao-basica](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index-php/assistencia/atencao-basica)

## Rede Assistencial ao HIV/Aids em Curitiba

**04** SAE

**04** UDM

**9 MIL** pessoas em TARV

**15.000** óbitos por ano

**10.030** casos de aids

**3.372** portadores de HIV

## Rede Assistencial ao HIV/Aids no Paraná

**32 MIL** pacientes com diagnóstico de aids

**14 MIL** pessoas em uso de ARV

**36** SAE/CTA

Lined writing area with horizontal dotted lines for text entry.



# Matriciamento do atendimento ao portador do HIV/aids na Atenção Primária

A fim de melhorar a assistência às pessoas vivendo com HIV/aids e garantir o acesso aos serviços, o Programa Municipal de Curitiba elaborou uma nova estratégia de descentralização, baseada no matriciamento. A proposta consiste em inserir nove infectologistas, um para cada regional de saúde. Os especialistas foram contratados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família, NASF, com uma jornada de 40 horas semanais. “Esses profissionais vão dividir sua agenda entre o atendimento ao portador do HIV e a supervisão dos médicos da atenção básica que estão atendendo os portadores do HIV. Cabe a eles fazer o monitoramento da ocorrência do HIV, a supervisão das equipes que atendem nas Unidades de Saúde e dar todo o respaldo técnico ao paciente”, afirma Moacir Pires Ramos. O modelo de matriciamento foi desenvolvido a partir do modelo da psiquiatria e pediatria já existente na rede de atenção primária. **“O médico da ponta vai fazer o atendimento ao portador do HIV em parceria com o especialista. Ele vai discutir os casos mais complexos e quando houver complicação relacionada ao HIV e o paciente tiver que ser encaminhado para o SAE, este será atendido pelo infectologista responsável pela supervisão daquele médico. Quando o usuário estiver estabilizado, volta a ser acompanhado pelo médico da sua UBS”**, explica o coordenador Municipal de Curitiba.

Os nove infectologistas foram contratados por meio de concurso, estão sendo treinados no modelo de matriciamento e iniciam as atividades em março. “O trabalho será gradativo; cada unidade sanitária terá de duas a três Unidades de Saúde com supervisão. Os serviços selecionados nessa fase piloto foram aqueles que mais diagnosticam HIV e solicitam CD4 e carga viral, pois os profissionais já estão sensibilizados. Depois vamos expandir para toda rede”, explica Moacir. A primeira unidade a entrar no matriciamento deverá ser a Ouvidor Pardinho, uma policlínica.

## Entenda o NASF

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família visa apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade. Além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008.

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF nos quais o NASF está cadastrado.

Fonte: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/passo\\_a\\_passo\\_nasf.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/passo_a_passo_nasf.pdf)

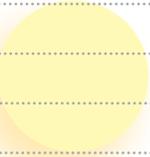
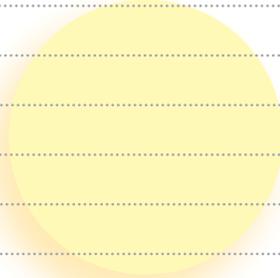




# PORTO ALEGRE - RS

# A DESCENTRALIZAÇÃO EM ALVORADA

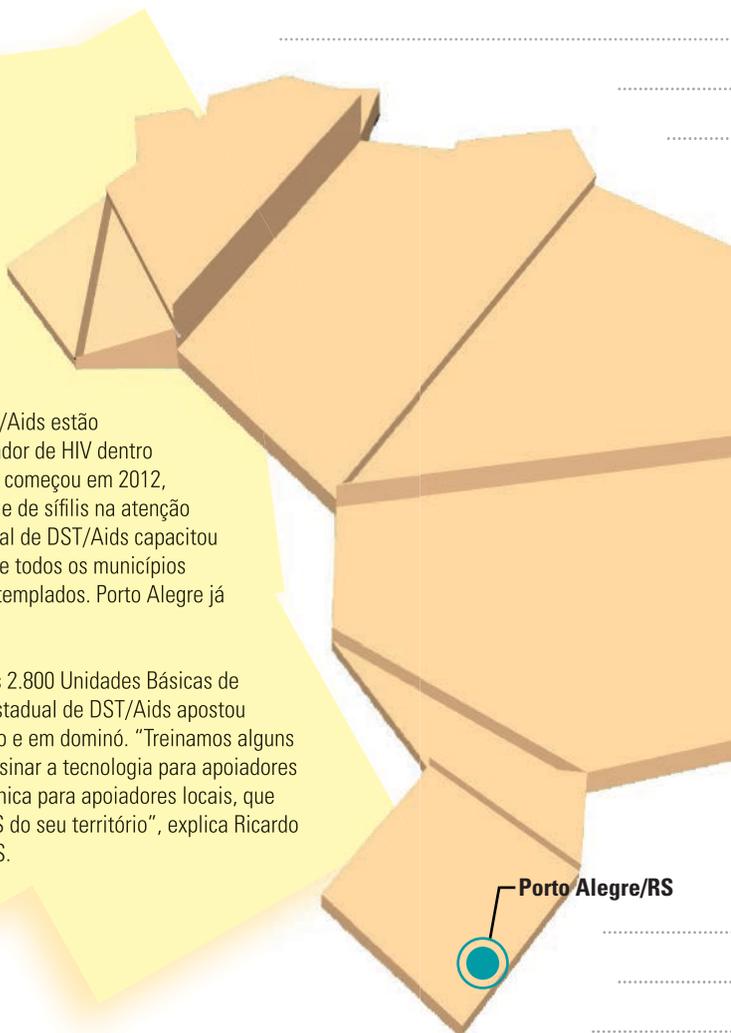
Em Alvorada, a cidade do estado do Rio Grande do Sul com a maior taxa de incidência de HIV do Brasil, 107,9 casos por 100 mil habitantes, o processo de descentralização da assistência aos portadores do HIV começou em julho de 2013. Ao assumir a coordenação municipal de DST/Aids, a enfermeira Normita Bonaldo refez todo o fluxo assistencial do portador de HIV na rede. Por meio de carta, avisou as 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que, a partir daquela data, o portador do HIV seria atendido na UBS mais próxima de sua casa. Somente questões relacionadas à doença seriam vistas pelos infectologistas. “O Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Alvorada centralizava todo o cuidado dos portadores do HIV, retirava a pessoa da atenção primária e atendia todas as intercorrências de seus usuários, de diabetes a unha encravada. A agenda dos especialistas vivia cheia e o tempo de espera para uma consulta chegava a seis meses. Após essa medida, conseguimos estabilizar o fluxo e os infectologistas estão atendendo os casos mais graves”, explica Normita Bonaldo. O processo não foi fácil. A grande proteção criada pelos SAE criou uma mistificação em torno do paciente com aids. O atendimento odontológico dos soropositivos era feito em uma agenda especial junto a quem tinha transtornos mentais, por exemplo. “Os profissionais da rede tinham muito medo de tratar quem tem aids. Achavam que o anestésico e/ou o antibiótico teriam que ser diferentes, pois poderiam influenciar os antirretrovirais. Após muita conversa e explicação, eles aceitaram acolher essa população”, revela a coordenadora municipal de DST/Aids de Alvorada.



# A proposta do estado do Rio Grande do Sul para a descentralização do cuidado do HIV na rede de atenção primária

O Rio Grande do Sul é o estado e Porto Alegre a capital com o maior índice de casos de aids no Brasil. O estado tem uma tradição de assistência centralizada em hospitais universitários e, até o ano de 2011, a testagem para o HIV nos 497 municípios era realizada em cerca de 80 serviços especializados e centros de testagem. Para reverter essa situação, as coordenações estadual e municipal de DST/Aids estão reformulando toda a linha de cuidado do portador de HIV dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo começou em 2012, por meio da ampliação do teste rápido de HIV e de sífilis na atenção primária. Em dois anos, a coordenação estadual de DST/Aids capacitou e implantou o teste em 270 cidades, sendo que todos os municípios prioritários, com alto índice de HIV, foram contemplados. Porto Alegre já realiza a testagem rápida em 100% das UBS.

Para conseguir ampliar o diagnóstico nas 2.800 Unidades Básicas de Saúde em tão pouco tempo, a Coordenação Estadual de DST/Aids apostou em um modelo de treinamento descentralizado e em domínio. “Treinamos alguns multiplicadores que eram responsáveis por ensinar a tecnologia para apoiadores municipais, que por sua vez repassavam a técnica para apoiadores locais, que tinham a responsabilidade de treinar sete UBS do seu território”, explica Ricardo Charão, coordenador Estadual de DST/Aids-RS.



Porto Alegre/RS



Outro papel estratégico da descentralização da testagem para a rede primária é o de aproximação do HIV com o Sistema Único de Saúde. Quando a aids surgiu, há trinta anos, foi de fundamental importância a criação de uma rede de serviços de assistência especializada em HIV/aids, os SAE, para atender os soropositivos. O SUS ainda estava se estruturando e a rede primária de saúde estava sendo montada. Na opinião de Ricardo Charão, fazia todo o sentido a existência de uma rede paralela de cuidado ao portador; porém, esse modelo está esgotado hoje.

Ao incentivar a gestão compartilhada do cuidado da pessoa vivendo com aids entre a rede primária e a secundária (entre as Unidades Básicas de Saúde e os serviços especializados), a Coordenação Estadual de DST/Aids está propondo uma mudança no modelo de atenção à saúde. O portador do HIV é um usuário do SUS que tem que ser atendido na lógica do sistema; ele transita entre os diversos níveis da rede conforme as suas necessidades de saúde. O desencadeador desse processo é o teste rápido feito na UBS. Se o cidadão estiver bem de saúde, é atendido e acompanhado na unidade básica; se sua saúde se complicar, é encaminhado à rede secundária para ser atendido por um especialista e, se preciso for, será transferido para a rede terciária para ser internado em um hospital. “Não faz sentido um especialista acompanhar um paciente em terapia antirretroviral com carga viral indetectável há mais de dez anos. Esse indivíduo pode e deve ser visto na atenção básica. É preciso otimizar a rede de cuidado”, assegura Charão.

*O teste rápido na rede primária tem a função estratégica de empoderar as Unidades Básicas de Saúde, vindo ao encontro de uma demanda de incorporação de tecnologia em saúde na principal porta de entrada do SUS.*

*“Isso influencia a visão do gestor, da população e da sociedade civil sobre o papel da rede primária no cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids”, afirma o coordenador estadual de DST/Aids, Ricardo Charão.*

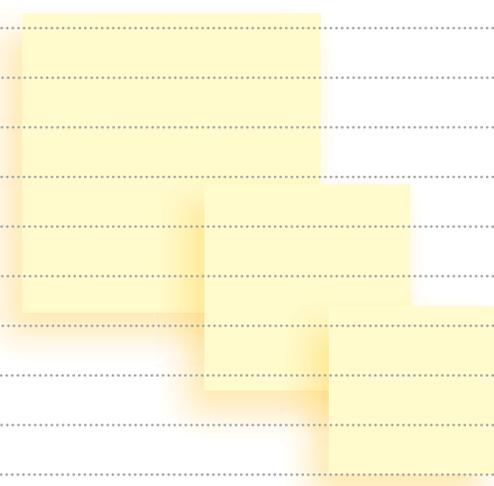
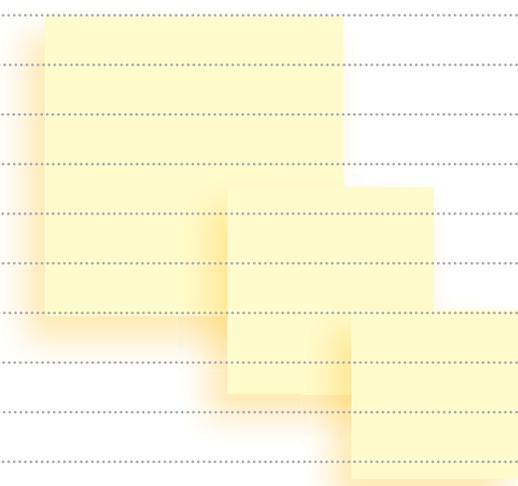
*“É preciso redesenhar e rediscutir a linha de cuidado do portador do HIV dentro do Sistema Único de Saúde. O SAE é uma porta de entrada que não tem saída. Hoje ele atende muitas pessoas que não precisariam estar sendo vistas pelo especialista. Temos que pensar no SUS e não apenas na aids”.*

A proposta de compartilhar o cuidado com a atenção básica, pela sua novidade, eventualmente causa dúvidas entre alguns dos profissionais da atenção básica, dos serviços especializados e entre alguns membros da sociedade civil. Os médicos e enfermeiros da rede primária se dizem sobrecarregados e temem não conseguir absorver mais essa demanda. Alguns infectologistas acreditam que o clínico de família não saberá fazer o manejo clínico do portador do HIV e que a adesão ao tratamento está em jogo. Já alguns membros da sociedade civil temem uma perda de qualidade do atendimento e também acreditam que o sigilo do diagnóstico pode ser quebrado ao se levar o portador para a UBS perto de sua residência. Porém, quando o projeto sai da teoria e vai para prática, como tem acontecido em alguns municípios, todos saem ganhando. A população, que pode realizar o teste em qualquer unidade; o infectologista, que pode atender quem realmente precisa; e o portador do HIV, que é assistido de forma integral, sem a perda do vínculo com o seu médico de referência.

# O novo fluxo do cuidado do HIV em Porto Alegre

A Saúde em Porto Alegre está dividida em oito gerências distritais. O teste rápido de HIV e sífilis está implantado em 100% das Unidades Básicas de Saúde e em todos os SAE e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). O manejo clínico do portador do HIV acontece em quatro gerências, que passaram pelo treinamento de 20 horas oferecido pela coordenação municipal de DST/Aids. Nesses serviços, os usuários diagnosticados nas UBS têm carga viral e CD4 coletados, e aqueles que estão assintomáticos são acompanhados pelos clínicos de saúde da família. Cada UBS tem um serviço de atendimento especializado de referência. Se o caso for grave, o serviço o encaminha para o nível secundário. No SAE, o infectologista cuida desse usuário e já explica o novo fluxo de cuidado, que preconiza o retorno para a UBS após estabilizar problemas de saúde relacionados ao vírus da aids. “As unidades de saúde têm um ponto focal de HIV que é responsável pela comunicação entre o especialista e o médico de família. Cabe a ele monitorar o usuário que entrou na rede pela emergência e que teve alta, ou aqueles com CD4 abaixo de 200. Ele tem que acolher essa pessoa na UBS e encaminhá-la para a referência. Se o usuário não aparecer, ele aciona a equipe de saúde da família responsável pela pessoa, que fará uma busca ativa do paciente”, explica Gerson Winkler, coordenador municipal de DST/Aids de Porto Alegre, RS. Até o fim de 2014, todas as Unidades Básicas de Saúde da capital gaúcha estarão tratando portadores do HIV assintomáticos e em uso do primeiro esquema de tratamento com antirretrovirais.

Para o clínico Eder de Mattos Berg, da Unidade de Saúde da Família Santo Alfredo, de Porto Alegre, acompanhar o portador do HIV da comunidade é apenas mais um aspecto da saúde da população adscrita ao território. “A capacitação que tivemos no manejo clínico do HIV foi muito boa, principalmente a parte prática, que tivemos em um ambulatório especializado. Estamos, sim, preparados para atender essas pessoas”, garante o médico de família. A questão da testagem rápida para o HIV e sífilis, baseada em sinais e em sintomas, também já está totalmente incorporada à rotina de trabalho da equipe multiprofissional da unidade.

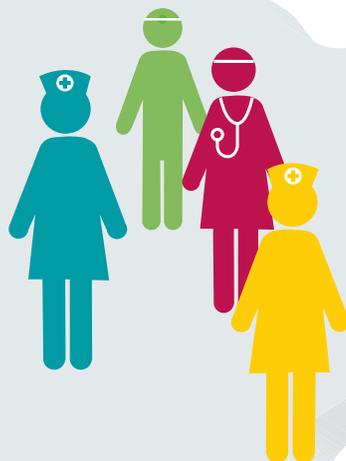


# A ESTRATÉGIA PARA A DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO DO HIV

A descentralização do manejo clínico do portador do HIV na rede básica do estado do Rio Grande do Sul está sendo feita de forma gradual e estruturada. Em 2013, algumas equipes de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas) dos municípios prioritários no combate ao HIV foram treinadas no manejo clínico do HIV. Para dar respaldo a esses profissionais e garantir um bom atendimento aos soropositivos, a Secretaria Estadual de Saúde, SES, vai implantar em março de 2014 o Teleinfetologia, uma consultoria a distância oferecida por infectologistas da faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS. “Esse serviço será ofertado por meio do Telessaúde do Ministério da Saúde, uma proposta de qualificação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), presente em 421 municípios gaúchos”, explica Ricardo Charão.

Além do treinamento e do matriciamento, por meio do Teleinfetologia, o estado reservou 15 milhões do orçamento de 2014 para ações de promoção à saúde, prevenção e ampliação do diagnóstico pela atenção básica. Esse dinheiro é um recurso fixo para todos os municípios e o valor a ser recebido varia de acordo com o número de habitantes, o critério per capita, a taxa de incidência do HIV e a mortalidade, entre outros indicativos. Para Ricardo Charão, investir dinheiro do estado na assistência do HIV é fundamental para o sucesso da descentralização. Os recursos do antigo Plano de Ações e Metas (PAM) – financiamento específico destinado a ações na área de aids e outras DST do Ministério da Saúde – não pode ser usado na assistência. “Toda vez que discutíamos com um município de alta incidência do HIV a ampliação da rede assistencial, eles perguntavam se havia verba e, até então, não tínhamos”, explica Charão.

Outra proposta para a descentralização está focada na contratação de apoiadores temáticos em HIV/aids para cada região de saúde do estado. Esses profissionais irão trabalhar em parceria com o apoiador regional para construir a linha de cuidado do portador do HIV no território. “Eles construirão as redes de referência e contrarreferência para sua região. O processo tem que ser descentralizado, e eles sabem da realidade local”, afirma o coordenador estadual de DST/Aids-RS. Com todas essas medidas, o estado pretende reverter a situação atual da epidemia de aids.



Handwriting practice area with horizontal dotted lines.

# TELESSAÚDE

O Programa Nacional de Telessaúde é uma ação do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), que tem como proposta a qualificação das Equipes de Saúde da Família em todo o país. Para isso, está integrando essas Equipes a centros universitários de referência, difundindo conhecimentos e melhorando a qualidade do atendimento em Atenção Primária no Brasil.

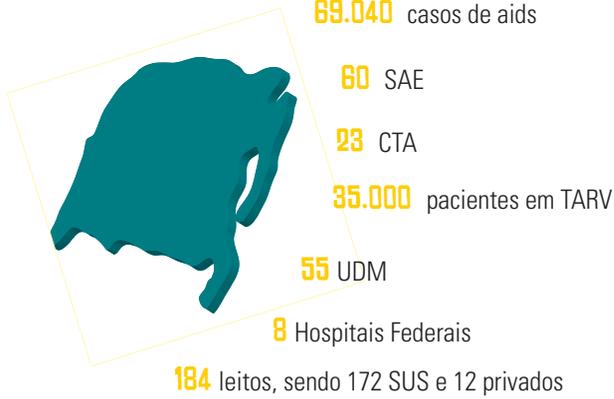
O Programa diminui os gastos com saúde por meio da qualificação profissional, da redução da quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes e do aumento das atividades de prevenção de doenças.

Serão implantados 900 pontos de conexão, que recebem toda a infraestrutura de informática e telecomunicação necessária para promover a integração e a valorização dos profissionais envolvidos em atividades de saúde. Cada núcleo do Programa de Telessaúde é responsável por 100 desses pontos. Além do núcleo São Paulo, o Projeto conta com os núcleos: Amazonas, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

A implementação do Programa se iniciou em 2007, com o Projeto Piloto em apoio à Atenção Básica, envolvendo nove Núcleos de Telessaúde localizados em universidades nos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. A meta é qualificar aproximadamente 2.700 equipes da Estratégia Saúde da Família em todo o território nacional e alcançar os seguintes objetivos:

- Melhoria da qualidade do atendimento na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), com resultados positivos na resolubilidade do nível primário de atenção;
- Expressiva redução de custos e do tempo de deslocamentos;
- Fixação dos profissionais de saúde nos locais de difícil acesso;
- Maior agilidade no atendimento prestado;
- Otimização dos recursos dentro do sistema como um todo, beneficiando, dessa forma, aproximadamente 10 milhões de usuários do SUS.

Fonte: <http://programa.telessaudebrasil.org.br/vhl/expansao/sobre-teste/>  
<http://telessaude.org.br/telessaude/default.aspx>





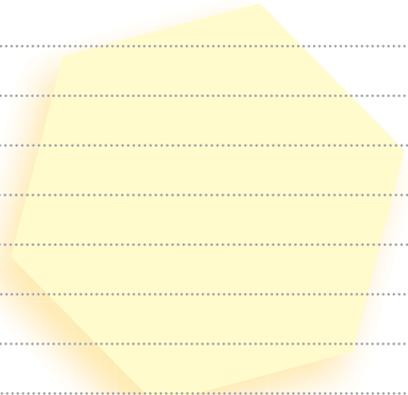
# RIO DE JANEIRO - RJ

# O relato de uma portadora do HIV que era atendida no serviço especializado e hoje é assistida por uma equipe da saúde da família

A cabelereira Cláudia Gomes Abreu, 46 anos, é moradora de Madureira e portadora do HIV há 15 anos. Ela descobriu sua sorologia na segunda gestação, fez a profilaxia e não transmitiu o vírus para o bebê. Cláudia era acompanhada no Hospital do Fundão (Hospital Universitário Clementino Braga Filho), mas não tinha uma boa adesão ao tratamento. “Eu era tão saudável, tinha um cabelo bonito, não acreditava que pudesse ficar doente. Os médicos do Fundão sempre perguntavam sobre os remédios, queriam saber se eu estava tomando tudo direitinho. Eu falava a verdade, que não tomava, que tinha muito efeito colateral e sentia muito enjoo. Eles brigavam comigo toda vez! Era muita chateação e o hospital ficava muito longe da minha casa, cerca de 1h30 sem trânsito. Então parei de ir às consultas e abandonei o tratamento”.

Em 2013, ela começou a ter vários problemas de saúde. Durante uma visita domiciliar, a agente comunitária avisou ao médico de sua equipe que Cláudia não estava bem. No dia seguinte, o médico residente em saúde da família, Rafael Cangemi Reis, fez uma visita domiciliar à cabeleireira e, além da suspeita de tuberculose, o quadro também apontava para uma meningite. “Tentei marcar uma consulta com o infectologista da unidade de referência, mas ele estava sem vaga. Após muita insistência ele aceitou examinar a paciente, mas solicitou apenas exames de carga viral e CD4, que só chegariam em 20 dias. Ele olhou a Cláudia, conseguimos uma vaga e a internamos”, relembra Rafael Reis. Ao longo do ano, foram três internações e muitas das complicações clássicas do HIV. Hoje Cláudia pesa 40 quilos, não pode sair sozinha porque não enxerga, não ouve e tem problema na perna. O suporte familiar de Cláudia é complexo. Ela mora com a mãe, que tem Alzheimer, o filho e o marido, que trabalha o dia todo. A filha vive com uma tia, num bairro distante. Todo o cuidado de Cláudia é feito em sua casa pela equipe da clínica da família. Além da visita do médico, da enfermeira e do agente comunitário, ela é assistida por uma fonoaudióloga que está ajudando na reabilitação da fala. “Estou muito satisfeita com o atendimento da clínica. Gosto de ser cuidada por essa equipe, e principalmente pelo Dr. Rafael. Ele é muito bom médico. Agora estou tomando os remédios, já consigo comer e engordei uns quilinhos”, comemora.

“A pessoa que é tratada com respeito, educação e carinho cria vínculo com a equipe de saúde. O médico da família não trata só a doença, ele atende a família e tem acesso a informações que podem ajudar muito no tratamento e na adesão de um portador do HIV. O especialista é e sempre será fundamental nos casos mais graves. A gestão do cuidado compartilhada entre esses dois profissionais é a chave para melhorar a assistência às pessoas vivendo com HIV/aids”, diz Erika da Cruz Campos, preceptora dos residentes, UERJ



# A DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO DO HIV NA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Ao assumir a Gerência de DST/Aids e Hepatites Virais da cidade do Rio de Janeiro, em maio de 2013, o infectologista Gustavo Magalhães encontrou um cenário assustador. Entre os anos de 2008 e 2005 aconteceram 7.438 casos de aids, com mais de 3.954 óbitos, ou seja, quase metade das pessoas diagnosticadas no período morreram em decorrência da aids. Ao investigar melhor esses dados, a gerência descobriu que 59% dos óbitos ocorriam nas emergências públicas. “Os portadores do HIV davam entrada e faleciam nessas unidades. Estava evidente que havia um problema no acesso aos serviços especializados”, afirma Gustavo Magalhães.

Ao fazer um diagnóstico da situação da rede assistencial, Gustavo Magalhães constatou que em determinadas regiões da cidade, como as zonas oeste e norte, por exemplo, cada infectologista “cuidava” de mais de quinhentos pacientes. Na policlínica de Madureira, havia um especialista atendendo dois mil pacientes. Para reverter a situação da epidemia, principalmente as mortes, era preciso fazer três coisas: ampliar o diagnóstico, tratar precocemente e descentralizar o atendimento da rede especializada para a atenção primária. Para Gustavo Magalhães, “é preciso desmistificar o tratamento da aids. Um portador do HIV assintomático, com CD4 alto, carga viral baixa e sem doença oportunista pode sim ser tratado e acompanhado pelo médico de família. Esse profissional, se bem treinado, pode fazer o manejo clínico desse paciente tranquilamente”.

Com a estruturação da rede primária de saúde na cidade e o aumento da estratégia de saúde da família, presente em 45% das 200 unidades, foi possível incluir a prevenção e o tratamento do HIV entre as ações desenvolvidas por esses profissionais nos territórios em que atuam. A proposta do programa de aids municipal é a gestão compartilhada do cuidado do portador do HIV entre a rede primária – a equipe de saúde do local de sua residência, e a rede secundária – o infectologista do Serviço de Atendimento Especializado.

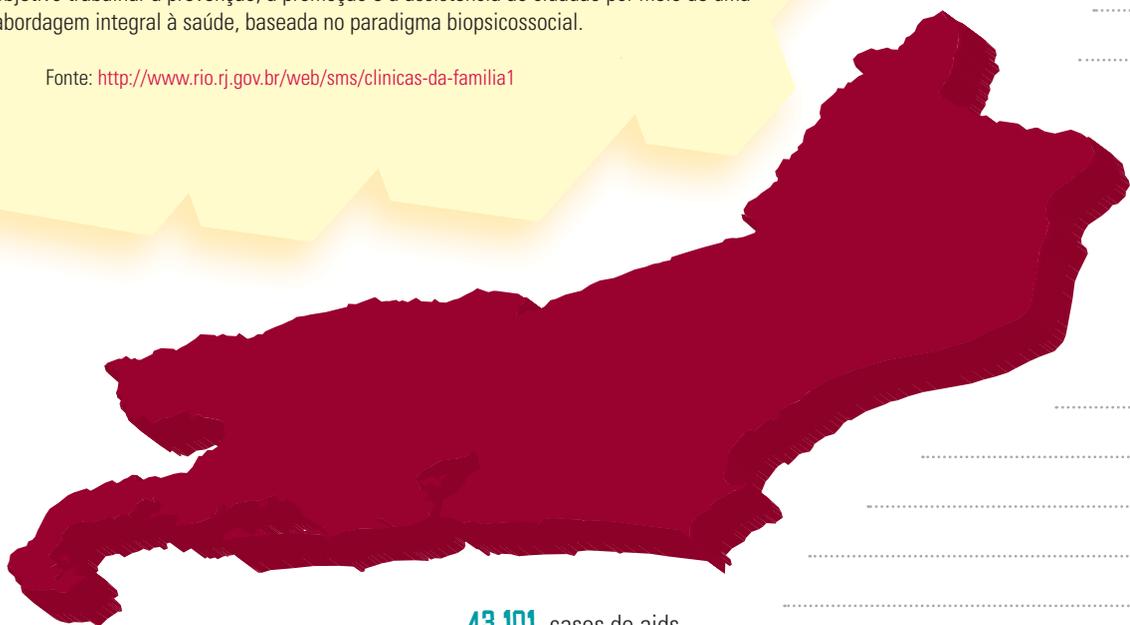
“Queremos chegar ao máximo de resolutividade no atendimento às pessoas vivendo com HIV/aids nos centros municipais de saúde, com uma perspectiva de saúde integral e multiprofissional. Dessa forma, conseguimos assegurar a esses usuários o acesso ao infectologista na rede primária por meio do Sisreg Ambulatorial, o sistema de regulação das consultas especializadas e o cuidado inicial do portador”, afirma Gustavo Magalhães, Gerente de DST/Aids e Hepatites Virais da cidade do Rio de Janeiro.



# Raio-X da saúde do Rio de Janeiro

A Saúde no Rio de Janeiro é dividida em dez áreas programáticas. Cada uma tem pelo menos um centro especializado em HIV/aids. No total, há 42 médicos, divididos entre infectologistas e clínicos treinados, atendendo os soropositivos. São 200 centros municipais de saúde e 71 clínicas da família, compostas por uma equipe multidisciplinar de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, agentes comunitários e de vigilância em saúde e técnicos de saúde bucal, entre outros. O modelo tem como objetivo trabalhar a prevenção, a promoção e a assistência ao cidadão por meio de uma abordagem integral à saúde, baseada no paradigma biopsicossocial.

Fonte: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia1>



**43.101** casos de aids

**22** policlínicas

**42** clínicos treinados/infectologistas

**25.000** pacientes em TARV

**22** UDM

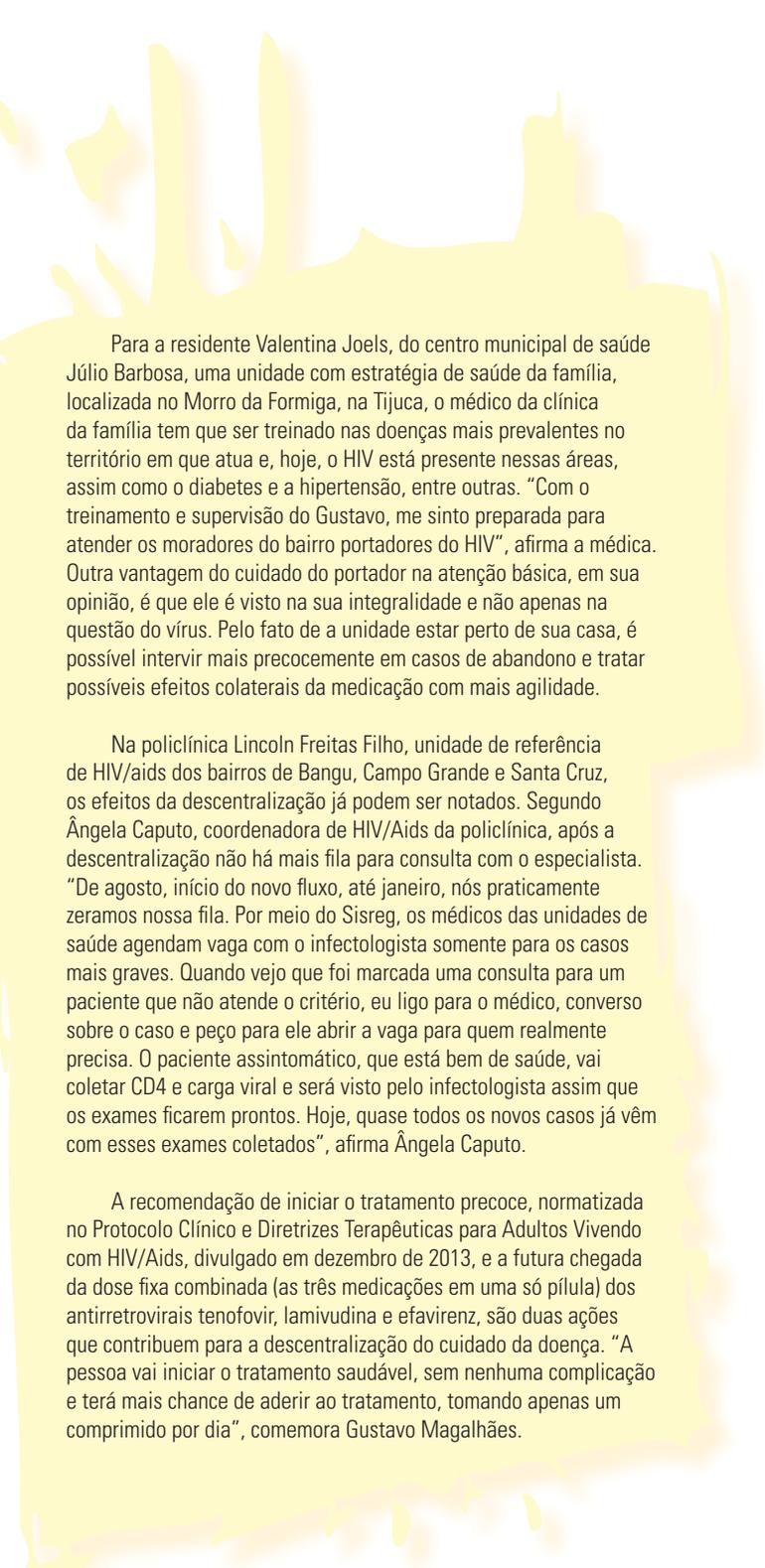


# GRUPOS WHATSAPP: O USO DA TECNOLOGIA NO MATRICIAMENTO DO PORTADOR DO HIV

Para iniciar a descentralização do cuidado ao HIV na rede de atenção primária, Gustavo Magalhães estruturou um treinamento para os profissionais de nível superior, escalonado em três fases. Primeiro, ele apresentava a situação da aids na cidade do Rio de Janeiro, apresentava o fluxo, discutia a descentralização e se colocava à disposição por meio de e-mail, telefone e celular. No segundo momento, falava sobre teste rápido, aconselhamento pré e pós teste, promoção do preservativo, importância de testar o parceiro e dava alguma noção do manejo de doenças oportunistas. Por último, introduzia o tratamento ao portador do HIV, principalmente o primeiro esquema indicado para pacientes assintomáticos, abordava a leitura dos exames de CD4 e carga viral e a importância da adesão ao tratamento. Após as aulas, convidava os participantes a entrar para um grupo de Whatsapp, um aplicativo de celular de mensagens multiplataforma que permite trocar torpedos pelo celular sem custo, por meio da internet. “Cada área programática tem seu grupo Whatsapp e por meio dele os profissionais vão tirando suas dúvidas na hora. Se estão atendendo e surgiu uma questão sobre um exame, ou unidade de referência, ou qualquer outra coisa, eles jogam a situação para o grupo e rapidamente eu ou alguém responde. Os profissionais da atenção básica estão se sentindo seguros e com um respaldo meu e da minha equipe para tratar os portadores do HIV/aids nas unidades de saúde no local em que moram”, revela Gustavo Magalhães. Em menos de um ano, mais de 2 mil profissionais foram treinados e os bairros de Bangu, Campo Grande, Santa Cruz e uma parte de Madureira e Tijuca já estão prescrevendo a terapia antirretroviral. As demais áreas ainda estão sendo treinadas, mas já há casos de médicos iniciando o tratamento. “Temos alguns médicos mais inseguros ou reativos à mudança, que ainda não aderiram ao novo protocolo. Por outro lado, há clínicos de outros bairros que estão iniciando o tratamento para os soropositivos”, garante o gerente da área de HIV/aids e hepatites virais.

Hoje, na cidade do Rio de Janeiro, qualquer cidadão que quiser saber seu status sorológico para o HIV tem acesso ao teste rápido em uma das 200 unidades de atenção básica. Se der negativo, os profissionais de saúde vão trabalhar a prevenção de DST para evitar a infecção no futuro. Se der positivo, o usuário será acolhido pela equipe, passará por uma consulta com o médico ou enfermeira e vai sair da unidade com as solicitações de CD4 e Carga Viral agendadas no serviço de referência. Se for um caso grave, já sai com uma consulta marcada com o especialista.





Para a residente Valentina Joels, do centro municipal de saúde Júlio Barbosa, uma unidade com estratégia de saúde da família, localizada no Morro da Formiga, na Tijuca, o médico da clínica da família tem que ser treinado nas doenças mais prevalentes no território em que atua e, hoje, o HIV está presente nessas áreas, assim como o diabetes e a hipertensão, entre outras. “Com o treinamento e supervisão do Gustavo, me sinto preparada para atender os moradores do bairro portadores do HIV”, afirma a médica. Outra vantagem do cuidado do portador na atenção básica, em sua opinião, é que ele é visto na sua integralidade e não apenas na questão do vírus. Pelo fato de a unidade estar perto de sua casa, é possível intervir mais precocemente em casos de abandono e tratar possíveis efeitos colaterais da medicação com mais agilidade.

Na policlínica Lincoln Freitas Filho, unidade de referência de HIV/aids dos bairros de Bangu, Campo Grande e Santa Cruz, os efeitos da descentralização já podem ser notados. Segundo Ângela Caputo, coordenadora de HIV/Aids da policlínica, após a descentralização não há mais fila para consulta com o especialista. “De agosto, início do novo fluxo, até janeiro, nós praticamente zeramos nossa fila. Por meio do Sisreg, os médicos das unidades de saúde agendam vaga com o infectologista somente para os casos mais graves. Quando vejo que foi marcada uma consulta para um paciente que não atende o critério, eu ligo para o médico, converso sobre o caso e peço para ele abrir a vaga para quem realmente precisa. O paciente assintomático, que está bem de saúde, vai coletar CD4 e carga viral e será visto pelo infectologista assim que os exames ficarem prontos. Hoje, quase todos os novos casos já vêm com esses exames coletados”, afirma Ângela Caputo.

A recomendação de iniciar o tratamento precoce, normatizada no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/Aids, divulgado em dezembro de 2013, e a futura chegada da dose fixa combinada (as três medicações em uma só pílula) dos antirretrovirais tenofovir, lamivudina e efavirenz, são duas ações que contribuem para a descentralização do cuidado da doença. “A pessoa vai iniciar o tratamento saudável, sem nenhuma complicação e terá mais chance de aderir ao tratamento, tomando apenas um comprimido por dia”, comemora Gustavo Magalhães.





# Fluxo de cuidado do portador do HIV

A descentralização da assistência ao HIV/aids na atenção básica visa redefinir a linha de cuidado à aids. Por meio da reorganização dos fluxos, espera-se uma gestão compartilhada do cuidado entre os profissionais da rede primária e secundária e a ampliação do acesso a um infectologista para aqueles que realmente precisam. O protocolo de atendimento desenvolvido pela gerência municipal de DST/Aids e Hepatites Virais organizou o cuidado na atenção básica partindo de três cenários: o paciente sintomático, com coinfeção; o assintomático, que é só portador do HIV; e o sintomático estabilizado.

Os fluxos de retirada de medicamentos e realização de CD4, por ora, vão continuar centralizados nos centros de referência.

O paciente A é descrito como: sintomático, apresenta doenças oportunistas, é coinfectado com tuberculose ou hepatite B e C, é gestante ou criança. Para esse paciente, o fluxo continua o mesmo. Ele é encaminhado para o serviço especializado e não será atendido pelo clínico de família. Quem faz o manejo clínico dele é o infectologista do serviço de referência.

O paciente B é assintomático, tem carga viral alta, diagnóstico recente e ainda não faz uso da terapia antirretroviral. Nesse caso, ele é acolhido e tratado na atenção básica. Recomenda-se a realização de sorologia para sífilis, hepatites e tuberculose, além de Carga Viral e CD4. Esse indivíduo não é encaminhado para o serviço especializado; ele permanece na unidade de saúde perto da sua casa e é ela a responsável pelo início do seu tratamento com antirretrovirais.

O paciente C é sintomático, faz uso de antirretrovirais, tem carga viral indetectável e é atendido no serviço especializado. A esse paciente, será ofertado o atendimento na unidade de saúde mais próxima de sua residência. Ele não irá perder o vínculo com o seu infectologista, pois continuará sendo visto pelo serviço de referência, só que com visitas mais espaçadas. O seu tratamento será compartilhado entre o médico de família e o especialista. Ele será monitorado por meio dos exames de carga viral e CD4.

O paciente que não quiser aderir à proposta continua no serviço especializado.



# A IMPORTÂNCIA DO SIGILO DO HIV NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Se, por um lado, ser tratado perto de casa traz vantagens ao paciente, como evitar percorrer grandes distâncias e ser atendido de forma integral, a proximidade também traz problemas. O principal deles é a quebra de sigilo do diagnóstico do HIV por meio de algum profissional da unidade. O treinamento dado pela gerência não contemplou os agentes comunitários de saúde.

“Esses profissionais não têm acesso ao prontuário eletrônico do paciente e foi acordado que o médico da família vai perguntar ao usuário soropositivo se ele pode compartilhar o status sorológico com o agente da sua equipe. Se for preciso fazer uma busca ativa desse usuário, o médico ou a enfermeira vão criar alguma estratégia, dizer que é caso de diabetes ou hipertensão, para garantir a retenção desse paciente sem quebrar o sigilo” garante Gustavo Magalhães.

Outra ação para garantir o sigilo da sorologia, pactuada com a sociedade civil, foi a criação de um Grupo Temático de Direitos Humanos bipartite, com representantes de ONG/Aids e técnicos da secretaria municipal de saúde. O objetivo do GT é monitorar e garantir os direitos humanos dos portadores do HIV na atenção primária. Um dos produtos desenvolvidos pelo grupo foi um folder com informações sobre a doença, os fluxos de assistência, endereços dos centros de referência e o tratamento e os direitos das pessoas vivendo com HIV/aids.







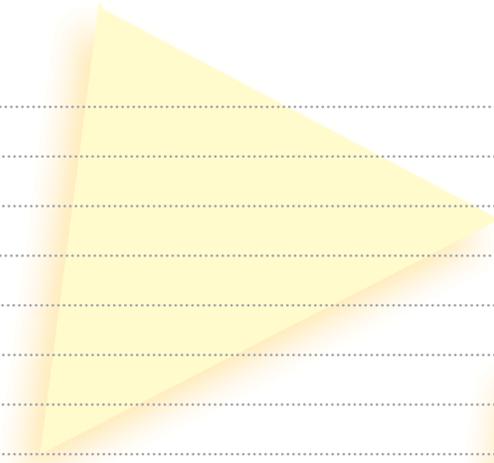
# AIDS NO CEARÁ: UM PROBLEMA CHAMADO ACESSO

No Ceará, de 1980 até novembro de 2013, foram registrados 13.208 casos de aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde. Desse total, mais de 50% encontram-se na capital, Fortaleza. Os Serviços de Assistência Especializada em HIV/aids da cidade estão superlotados, e há locais, como o SAE do Hospital São José, que acompanham 5 mil pessoas vivendo com aids. O tempo de espera de uma consulta para um usuário em tratamento antirretroviral pode demorar até seis meses.

A situação dos 22 serviços de atendimento especializado do Ceará não é diferente da realidade do Hospital São José. Na opinião do infectologista Roberto da Justa, professor da Universidade Federal do Ceará e diretor do São José, o problema da assistência hoje, no estado, pode ser resumido em uma palavra: acesso. “Acesso à consulta inicial, acesso a exames de CD4 e carga viral, acesso à terapia antirretroviral oportuna, acesso a vacinas, acesso à medicação profilática, acesso à medicação para infecções oportunistas, acesso à emergência, acesso a exames de maior complexidade, acesso a leitos de internamento, acesso a leitos de UTI, acesso à consulta após alta de internamento, acesso a consultas especializadas, acesso à rede de suporte. O resultado desse cenário é o aumento da epidemia e da morbidade e mortalidade em decorrência da aids”, explica Roberto da Justa. Para ele, a única saída para a melhora da assistência às pessoas vivendo com HIV/aids no Ceará está na descentralização do cuidado para a rede básica de saúde.

Fabiana Sales, coordenadora Municipal de DST/Aids de Fortaleza e Telma Martins, Coordenadora Estadual de DST/Aids-CE, também acreditam que a descentralização do cuidado aos portadores do HIV para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) é o caminho para resolver os problemas de acesso e melhorar a qualidade da assistência no estado.

Esse processo vem sendo discutido desde 2009, quando começou a descentralização do teste rápido para HIV na rede de atenção primária à saúde. Naquele ano, a Coordenação Estadual de DST/Aids realizou diversos Fóruns de Aids para a Atenção Básica em todas as regionais de saúde do estado. “Nosso objetivo na época era incentivar a testagem do HIV e trabalhar a contrarreferência do paciente no município, pois, quando os pacientes retornavam de uma internação na capital, em geral, não tinham nenhum suporte”, revela Telma Martins.



Além da testagem, o Ceará resolveu investir também no acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/aids, assintomáticas, nas unidades básicas de saúde. Duas ações importantes para atingir esse objetivo acontecem desde 2011: a criação do Serviço de Atendimento Integral, SAI, da UBS Anastácio Magalhães, em Fortaleza, e o Curso de Aperfeiçoamento em Vigilância e Manejo das Pessoas Vivendo com HIV/Aids, voltado para médicos e enfermeiros das unidades básicas de saúde.

# SERVIÇO DE ATENDIMENTO INTEGRAL ANASTÁCIO MAGALHÃES: A FÓRMULA PARA O ATENDIMENTO NA REDE PRIMÁRIA DE SAÚDE

A Unidade Básica de Saúde Anastácio Magalhães é um centro de referência em cardiologia, endocrinologia, pediatria, dermatologia, oftalmologia, odontologia e urologia da rede primária de atenção à saúde no município de Fortaleza. Em 2006, foi implantado na unidade o Programa de Saúde da Família, hoje chamado de Estratégia, o qual contava com três equipes completas (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde).

Em 2011, Roberto da Justa trabalhava na unidade atendendo casos de DST e tuberculose, além de dar aulas práticas para os alunos da faculdade de medicina da Universidade Federal do Ceará, UFC. Foi nessa época que o infectologista resolveu colocar em prática um modelo de atenção integral à infecção pelo HIV/aids em Centros de Saúde da Família (CSF). “O modelo brasileiro de assistência ao HIV, focado no centro de especialidade, está parado no tempo. Nos Estados Unidos e na Europa, os pacientes assintomáticos ou em terapia antirretroviral de primeira linha são acompanhados na rede primária de saúde. O Anastácio Magalhães era o lugar perfeito para iniciar um programa piloto, que batizei de Serviço de Atendimento Integral às pessoas vivendo com HIV/aids na atenção básica”, explica Roberto da Justa.

Primeiro, o diretor do Hospital São José apresentou a proposta à diretora do Anastácio Magalhães e à Coordenação Municipal de DST/Aids. Com o aval de ambas as partes, ele foi conversar com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família para ver quem gostaria de fazer parte do projeto piloto, a fim de atender os portadores do HIV na atenção básica. “Já conhecia o Roberto da Justa de outros hospitais e, quando ele falou do novo serviço que queria implantar, eu e a outra enfermeira, Tônia Maria Pimentel, aceitamos na hora. Porém, os médicos do ESF, a princípio, não quiseram participar”, revela a enfermeira Nancy Costa.

Entre os meses de outubro e novembro de 2011, Roberto da Justa capacitou as enfermeiras, elaborou um projeto com o perfil dos pacientes que seriam atendidos no SAI e criou indicadores que posteriormente seriam usados na avaliação e monitoramento do projeto. Com tudo pronto, ele divulgou entre os SAE da cidade e o movimento social que Fortaleza iria ter mais um local de assistência ao portador do HIV. Em 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta contra a Aids, o SAI iniciou o atendimento dos soropositivos que estavam dentro do protocolo estabelecido por Roberto da Justa: ter diagnóstico recente, ser residente em Fortaleza, ser assintomático ou apresentar sintomas e manifestações clínicas passíveis de serem conduzidos na atenção básica.

Aos poucos, novos profissionais foram entrando no projeto para atender de forma integral os usuários do SAI Anastácio Magalhães. A prefeitura de Fortaleza, por meio de concurso, contratou assistente social, farmacêutico, técnico em enfermagem e outro infectologista. Porém, ainda faltava uma médica clínica de família para que o projeto idealizado por Roberto da Justa ficasse completo, pois a proposta é que ele aconteça em unidades que possuam Estratégia de Saúde da Família. Em março de 2013, a clínica em saúde da família Livia Soares de Abreu foi alocada na unidade básica de saúde Anastácio Magalhães por meio do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, Provac, que tem como objetivo estimular e valorizar o profissional da saúde. “O Roberto da Justa havia sido meu professor e, quando me convidou para fazer parte do projeto de atendimento integral à pessoa vivendo com HIV/aids, aceitei o desafio. Durante dois meses, apenas observei as consultas do portadores do HIV. Depois, pelo mesmo período, atendia com a supervisão dele, e hoje já faço tudo sozinha. Solicito CD4 e carga viral, prescrevo antirretrovirais e até auxilio os alunos de infectologia da UFC que têm aulas práticas no SAI”, conta Livia Soares de Abreu.

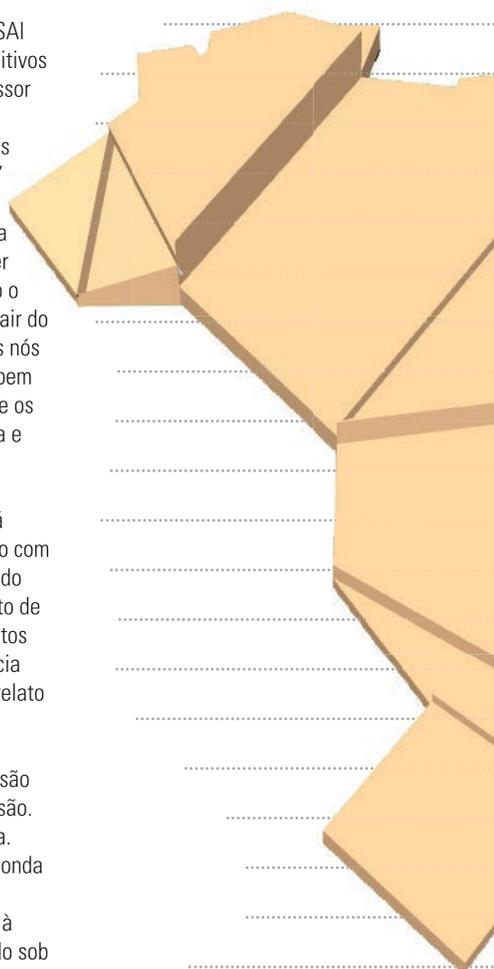
Em dois anos de funcionamento, o SAI Anastácio Magalhães faz acolhimento e aconselhamento pré e pós teste de HIV, atendimento médico, odontológico e de enfermagem, distribui antirretrovirais (é uma Unidade de Dispensação de Medicamentos - UDM), faz vacinação, presta assistência farmacêutica, realiza atividades de prevenção e educação e tem grupos de adesão. Hoje, o serviço atende 102 portadores do HIV, dois a mais que o previsto no projeto de Roberto da Justa, e os indicadores são muito positivos em todos os dez indicadores de qualidade estabelecidos (ver box). “Se replicarmos o modelo do Anastácio em duas UBS de cada uma das seis regionais de saúde de Fortaleza, conseguiremos acolher e tratar 1.200 pessoas vivendo com HIV/aids. O impacto na assistência aos soropositivos em um curto espaço de tempo e com otimização da rede instalada de saúde é incrível. Além disso, vamos desobstruir a agenda dos infectologistas da rede, que estão sobrecarregados. Esses profissionais serão acionados nos casos de gestantes soropositivas, pacientes com CD4 muito baixo ou com coinfeções por tuberculose ou meningite, ou seja, nas situações mais graves, que demandam de fato um médico infectologista. Os demais casos serão acompanhados na atenção primária”, explica o diretor do Hospital São José.

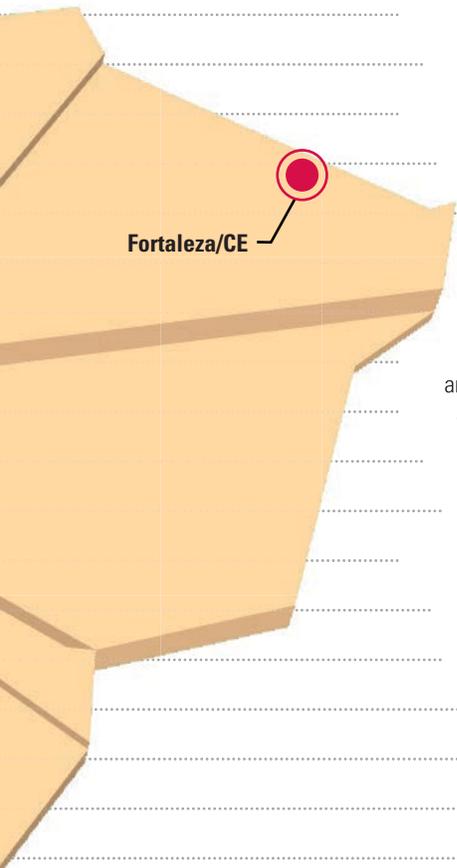
# UM DIA NO SAI: O GRUPO DE ADESAO E O ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Na tarde de quarta-feira, 12 de fevereiro de 2014, dezoito pessoas vivendo e convivendo com HIV/aids participavam do grupo de adesão do SAI Anastácio Magalhães. Uma aula de dança ministrada por um dos soropositivos deu início às atividades. Todos em pé acompanhavam os passos do professor de dança. Depois, a enfermeira Nancy Costa ofereceu uma palestra sobre qualidade de vida. “Ser amada, ter boa adesão ao tratamento, ter relações sexuais com meu marido, fazer atividade física e comer frutas e verduras” foram algumas das definições sobre qualidade de vida trazidas pelos participantes. Para Aparecida (nome fictício), o grupo foi fundamental para a aceitação do diagnóstico e ajudou muito na depressão que teve após ser abandonada pelo marido, que era soronegativo. Também foi frequentando o grupo que Andrea (nome fictício) arrumou o novo namorado e conseguiu sair do quadro depressivo em que entrou após o diagnóstico. “Todos os domingos nós saímos para dançar. Sou só alegria”, revela Andrea, que está com o CD4 bem alto e a carga viral indetectável. O vínculo e cumplicidade entre a equipe e os pacientes é nítido; pode ser notado no clima de confraternização na dança e também na participação dos integrantes durante as atividades do grupo.

Por causa da reforma do Anastácio Magalhães, a equipe do SAI está atendendo provisoriamente na sede da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids do Ceará. Às 7h30, a equipe já inicia os trabalhos. Cinco alunas do sétimo semestre do curso de medicina da UFC acompanham o atendimento de Roberto da Justa e Lívia Soares de Abreu. Antes de os usuários serem vistos pelo médico, eles passam pela consulta de enfermagem ou pela assistência farmacêutica. Com os prontuários em mãos, os médicos fazem um breve relato do caso que será atendido.

O primeiro paciente do dia é João (nome fictício), 42 anos. Ele é artesão e os últimos exames de CD4 e carga viral mostram que está com boa adesão. No último mês, apresentou episódios de diarreia e protuberância mamária. Roberto da Justa conversa com João, pergunta sobre os medicamentos, sonda a vida sexual, checka a vacinação e examina o paciente. Pergunta sobre a diarreia e acredita que, pelo que foi relatado, o caso está mais associado à alimentação do que ao efeito colateral dos antirretrovirais. Como está tudo sob controle, o paciente só retornará em quatro meses.





Fortaleza/CE

A transexual Márcia (nome fictício), 31 anos, descobriu o vírus em outubro de 2012. Ela é atendida pela Dra. Lívia Soares, que apresenta o caso para as estudantes de medicina. A carga viral alta é um indício de que, talvez, a adesão da paciente não esteja muito boa. A médica pergunta sobre a vida, trabalho, amor e adesão ao tratamento. Márcia diz que muitas vezes se esquece de tomar o remédio, não consegue lembrar se tomou o medicamento ou não e, para não correr o risco de tomar duas vezes, pula o comprimido do dia ou da noite. Atualmente está namorando um rapaz e ainda não revelou a ele o seu diagnóstico do HIV. Apesar de Márcia insistir para utilizarem o preservativo, aparentemente o parceiro se recusa a usá-lo. A médica fala sobre a importância do tratamento e do risco de se reinfectar por outra cepa do vírus, além de transmitir o HIV para o parceiro, uma vez que a carga viral da paciente não está indetectável. “Tente criar algum mecanismo para se lembrar de tomar os medicamentos; são apenas três, duas vezes ao dia. Tem portador de diabetes que toma mais de treze comprimidos, além do que só os antirretrovirais vão te ajudar a manter a saúde”, explica a clínica da família. Ao sair da consulta, Márcia passa na distribuição para pegar mais medicamentos e a adesão também é trabalhada por Malena Gadelha, farmacêutica do SAI.

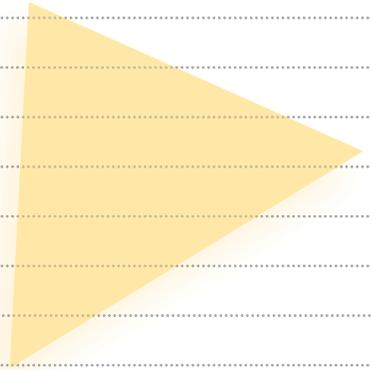
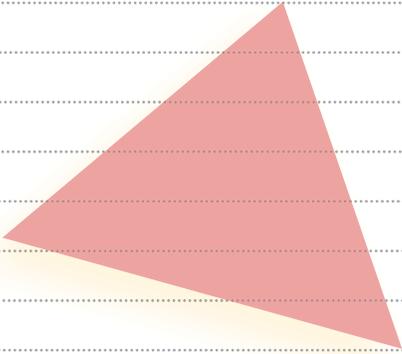
Márcia é um bom exemplo de como é possível acolher, tratar e acompanhar pessoas de grupos mais vulneráveis, como as transexuais, em unidades básicas de saúde. “As primeiras vezes que Márcia vinha ao serviço, ela se escondia atrás de um boné e usava roupas menos femininas. Com o tempo, começou a participar do grupo de adesão, foi se sentindo acolhida e hoje só vem vestida de mulher”, conta a assistente social Vandete Floriano.

# CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM VIGILÂNCIA E MANEJO CLÍNICO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Para descentralizar a assistência dos soropositivos na rede de atenção básica, e também criar novos serviços de atendimento especializado em regiões do estado que ainda não têm um SAE, a coordenação estadual de DST/Aids-CE desenvolveu o Curso de Aperfeiçoamento em Vigilância e Manejo Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará. “Os serviços especializados estão sobrecarregados, as pessoas não conseguem ser atendidas pelo especialista, não conseguem fazer o diagnóstico precoce e nem ter acesso ao tratamento. Há poucos infectologistas no Ceará e a maioria não quer ir para o interior do estado. A única forma de melhorar o cuidado de quem vive com a doença é por meio da capacitação dos profissionais da atenção básica”, explica Telma Martins, coordenadora Estadual de DST/Aids-CE.

Após muita discussão sobre o conteúdo, a carga horária e a dinâmica do curso, os profissionais envolvidos dividiram as 100 horas de aula em cinco módulos: Política, Epidemiologia e Comportamento das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS; Diagnóstico, Tratamento e Coinfecções do HIV/AIDS; Prevenção Positiva, Riscos e Transmissão Vertical do HIV/AIDS; Exames Laboratoriais e Complementares; e Organização e Estruturação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. Além disso, para garantir o compromisso dos profissionais envolvidos no curso com a implantação da proposta em suas unidades de origem, são reservadas 20 horas para a Dispersão. Nesse período, que ocorre após as 100 horas, os profissionais devem fazer uma avaliação/diagnóstico e propor uma estratégia de atenção aos portadores vivendo com aids na sua UBS e/ou na UBS do município, no caso dos profissionais de fora da capital. Além da teoria, os profissionais também acompanham o atendimento de infectologia em serviços especializados em Fortaleza.

O primeiro curso aconteceu em 2011 e formou 15 profissionais de saúde. Infelizmente, por motivos diversos, como rodízio de profissionais ou falta de apoio local, poucos cursistas conseguiram iniciar o tratamento e acompanhar os portadores do HIV na UBS em que trabalham. Para a segunda turma, que iniciou o curso em outubro de 2013, a coordenação estadual de DST/Aids fez uma seleção mais específica de quem iria participar. “Privilegiamos aqueles profissionais mais sensibilizados para a causa e as unidades com um grande volume de testagem para o HIV”, explica Telma Martins.

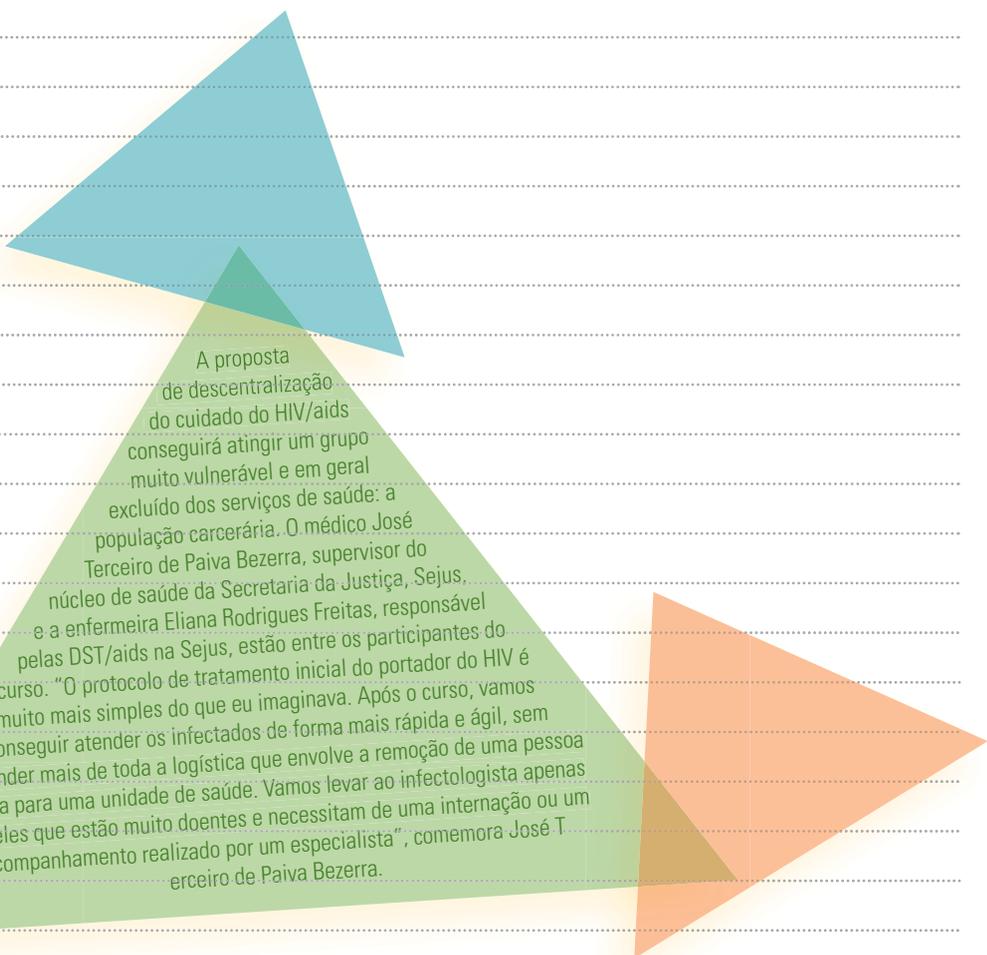


A médica Brígida Emília Pereira Quezado, do Centro de Saúde da Família, em Fortaleza, está muito satisfeita com o curso. “Nossa unidade fica próxima à casa de apoio Sol Nascente, voltada às pessoas vivendo com HIV/aids. Nós já atendemos os problemas de saúde dessas pessoas, porém sempre tive medo de receitar um medicamento que pudesse causar interação com os antirretrovirais. Saí daqui sabendo fazer o manejo clínico dessas pessoas”, garante a médica.

A segunda turma do curso de Aperfeiçoamento em Vigilância e Manejo Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/Aids receberá o diploma em março de 2014 e, em abril, Telma Martins vai aos municípios que tiveram profissionais treinados para acompanhar de perto o processo de descentralização.

Na opinião da coordenadora estadual de DST/Aids do Ceará, a proposta de descentralização do HIV para a atenção primária não vai acarretar um colapso na rede de atenção primária, como muitos acreditam. “A epidemia no estado é muito concentrada na capital; os números de novos casos no interior aumentam, como no restante do país, mas em alguns lugares não chegam nem a dez nos últimos cinco anos. Mesmo com a ampliação da testagem, os novos casos podem, sim, ser absorvidos pelas UBS”, afirma Telma Martins.

O caso do SAE de Caucaia é usado pela coordenadora para desmistificar a crença de que os portadores do HIV de cidades pequenas evitam se tratar em sua cidade natal por medo de revelar a sua sorologia aos demais moradores. “Quando o serviço de Caucaia foi aberto, em 2009, ficou três meses cuidando de quatro pacientes. Como eles foram bem atendidos pela equipe e não precisavam mais se locomover até a capital, o serviço foi divulgado pelo boca a boca e hoje atende 180 pacientes. Quando a atenção é boa, funciona, e a equipe é bem treinada e comprometida, o vínculo é criado”, revela a gestora Estadual de DST/Aids-CE.

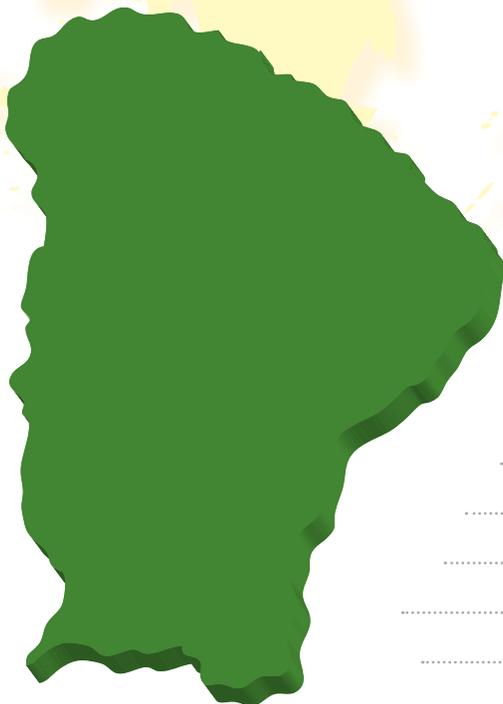


A proposta de descentralização do cuidado do HIV/aids conseguirá atingir um grupo muito vulnerável e em geral excluído dos serviços de saúde: a população carcerária. O médico José Terceiro de Paiva Bezerra, supervisor do núcleo de saúde da Secretaria da Justiça, Sejus, e a enfermeira Eliana Rodrigues Freitas, responsável pelas DST/aids na Sejus, estão entre os participantes do curso. “O protocolo de tratamento inicial do portador do HIV é muito mais simples do que eu imaginava. Após o curso, vamos conseguir atender os infectados de forma mais rápida e ágil, sem depender mais de toda a logística que envolve a remoção de uma pessoa presa para uma unidade de saúde. Vamos levar ao infectologista apenas aqueles que estão muito doentes e necessitam de uma internação ou um acompanhamento realizado por um especialista”, comemora José Terceiro de Paiva Bezerra.

# Indicadores do SAI Anastácio Magalhães

Para saber se a proposta de atenção integral a portadores do HIV/aids na Atenção Básica de Saúde era possível, e já pensando na ampliação do projeto para outras unidades, Roberto da Justa criou dez indicadores de qualidade do serviço:

- Número de pacientes acolhidos e triados para a 1ª consulta;
- Taxa de retenção;
- Tempo entre o diagnóstico e a 1ª consulta;
- Tempo entre a 1ª consulta e a coleta de CD4/carga viral;
- Número de pacientes com CD4 inicial  $< 350/\text{mm}^3$ ;
- Tempo entre a 1ª consulta e o início da TARV;
- Número de pacientes em TARV;
- Abandono no 3º, 6º, 12º, 18º, 24º mês;
- Número de hospitalizações no 3º, 6º, 12º, 18º, 24º mês;
- Número de óbitos no 3º, 6º, 12º, 18º, 24º mês.





# Provab

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, (Provab), tem como objetivo estimular e valorizar os profissionais da saúde – **médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas** – que atuam em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, nos municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade, definidos com base nos critérios fixados pela Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011.

O programa prevê supervisão semipresencial e a distância; possibilidade de Especialização em Saúde da Família e Comunidade por meio de cursos promovidos pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); e pontuação para concursos de acesso a residência médica.

Também está prevista no programa a atuação desses profissionais por 12 meses, supervisionados por uma instituição de ensino, sendo obrigatória a participação em curso de especialização em Atenção Básica. Semanalmente, o profissional terá 32 horas de atividades práticas nas Unidades Básicas de Saúde e 8 horas no curso de especialização.

O curso de especialização é ministrado por 12 das 16 instituições que compõem a Rede UNA-SUS, que apoia a promoção da formação e qualificação a distância gratuitamente.

Fontes: [http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?option=com\\_content&view=article&id=430:provab&catid=13:noticiasprofissionaislegestor&Itemid=59](http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?option=com_content&view=article&id=430:provab&catid=13:noticiasprofissionaislegestor&Itemid=59)

<http://www.unasus.gov.br/provab>

Handwriting practice area with horizontal dotted lines and yellow decorative splatters.

A series of horizontal dotted lines for writing, consisting of 20 rows.

Area with horizontal dotted lines for writing.

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.

Area with horizontal dotted lines for writing.

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.

Area with horizontal dotted lines for writing.

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.

Area with horizontal dotted lines for writing.



Area with horizontal dotted lines for writing.

A series of horizontal dotted lines for writing.

Area with horizontal dotted lines for writing.

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.

Area with horizontal dotted lines for writing.

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.

Area with horizontal dotted lines for writing.

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.

Area with horizontal dotted lines for writing.



Area with horizontal dotted lines for writing.



Area with horizontal dotted lines for writing.



Area with horizontal dotted lines for writing.

A series of horizontal dotted lines spanning the width of the page, intended for writing or drawing.

Area with horizontal dotted lines for writing.



Area with horizontal dotted lines for writing.





DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)



Representação  
do UNESCO  
no Brasil

Organização  
das Nações Unidas  
para a Educação,  
a Ciência e a Cultura



DET-AIDS  
HEPATITES VIRAIS



Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA