



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Maria Esther Montoya Reyes

**Atenção Integral ao paciente portador de HIV/AIDS: análise do
acompanhamento realizado em uma unidade básica de saúde**

Rio de Janeiro
2015

Maria Esther Montoya Reyes

Atenção Integral ao paciente portador de HV/AIDS: análise do acompanhamento realizado em uma unidade básica de saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientadora: Marcia de Almeida Levy

Rio de Janeiro

2015

RESUMO

O estudo é uma análise do acompanhamento clínico realizado em pacientes portadores de HIV/AIDS em uma dada comunidade durante o ano de 2014. O estudo foi feito na área de abrangência da equipe Safira do Centro Municipal de Saúde Fernando Antonio Braga Lopes, localizado no bairro do Caju, no município do Rio de Janeiro. Foram analisados 13 indivíduos soropositivos adultos com dados secundários disponíveis no sistema de informações de agravos de notificação (SINAN) do Ministério da Saúde. Os pacientes tinham o diagnóstico de HIV/AIDS. A análise foi feita com vistas a analisar se todos tinham recebido atenção integral. A informação foi obtida através do programa informatizado Medicine One. A taxa de incidências de pessoas com atendimento clínico, prevalência, distribuição do número absoluto, porcentagem e média, em consulta de atenção primária com manejo segundo protocolo nacional, tem 100 % casos da indicação Cd4, carga viral com respectivo encaminhamento a infectologista para tratamento antirretrovirais. Providente grupo muito confidencial com referencia estigma e discriminação para sua vida cotidiana, a maior parte dos casos novos diagnosticados com HIV/aids referem conduta sexuais homo/bissexuais, masculinos de nacionalidade brasileira. As idades correspondem de 20 a 49 anos, com prevalência de casos infectados, sem casos por transmissão vertical.

Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Vulnerabilidade em Saúde; Adesão à medicação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 Situação Problema	6
1.2 Justificativa	
1.3 Objetivos	7
Objetivo Geral	
Objetivo Específico	
2. REVISÃO DE LITERATURA	8
3. METODOLOGIA	11
3.1 Desenho da Operação	
3.2 Público-alvo	
3.3 Parcerias Estabelecidas	14
3.4 Recursos Necessários	15
3.5 Orçamento	16
3.6 Cronograma de Execução	17
3.7 Resultados Esperados	18
3.8 Avaliação	19
4. CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo refere-se ao trabalho de conclusão do curso de especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS) em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) durante o ano de 2014.

A motivação para esse estudo surgiu a partir da vivência prática do presente autor no atendimento a alguns pacientes com resultados positivo para o exame HIV (vírus da imunodeficiência adquirida) e a partir daí surgiram questionamentos a respeito da situação epidemiológica, após a descoberta da infecção pelo HIV, em uma unidade de atenção primária no município do Rio de Janeiro.

Atuando como médica da equipe Safira, no Centro Municipal de Saúde Fernando Antônio Braga Lopes, no ano de 2014 e 2015, me deparei com esse instigante questionamento.

A cidade do Rio de Janeiro é dividida em 10 áreas programáticas. A área programática 1.0 fica localizada na região central da cidade e compreende os bairros de Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama.

O CMS Fernando Antônio Braga Lopes, localizado no bairro do Caju, pertence AP 1.0. Possui 6 equipes de saúde da família: Pérola, Esmeralda, Rubi, Diamante, Topázio e Safira.

Na equipe Safira, no período de 1 ano (jan/2014 a jan/2015) foram abordados 13 indivíduos soropositivos adultos com dados secundários disponíveis no sistema de informações de agravos de notificação (SINAN) do ministério da saúde.

1.1 Situação-problema

O presente estudo tem como foco a situação epidemiológica relativa ao HIV/AIDS na população residente na área de abrangência da equipe Safira do CMS Fernando Antônio Braga Lopes.

A falta de informação dos usuários da unidade, o uso indevido ou o não uso dos meios de proteção para doenças sexualmente transmissíveis e, ainda, por parte da equipe profissional, o desconhecimento sobre os protocolos de tratamento para os pacientes portadores de HIV, justificaram esse tema.

Inclui-se aqui as dificuldades relatadas por alguns pacientes, em acompanhamento, relacionadas ao preconceito existente em relação à doença e a falta de apoio de familiares e amigos para o seu tratamento e o convívio social.

1.2 Justificativa

Em revisão bibliográfica, o município do Rio de Janeiro apresentou, nos últimos anos, uma tendência de queda em relação à taxa de incidência dos casos de AIDS. Em 2008 a taxa de incidência foi de 24,0 casos por 100.000 habitantes chegando a 16,7 por 100.000 habitantes em 2012.

O comparativo das diferentes áreas de planejamento do município, chama à atenção as altas taxas apresentadas pela AP 1.0, com uma incidência três vezes maior que a taxa municipal (71,8 por 100.000 habitantes em 2008) (1). Segundo estimativa rápida por ordem de prioridade teve elevada incidência de casos durante os anos de 2014-2015.

1.3 Objetivos

- Objetivo geral

Analisar 13 casos de HIV/aids na população residente na área de abrangência da Equipe Safira, no CMS Fernando A Braga Lopes /Caju, centro do Rio de Janeiro, no período 2014 -2015.

- Objetivos Específicos

- ✓ Descrever as principais análises de dados secundários disponíveis no sistema de informações de agravos de notificação (SINAN) do ministério da saúde.
- ✓ Acompanhar 100 % dos casos segundo protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adulto

- ✓ Evidenciar se foram cumpridos os critérios para eliminação da transmissão materna infantil com intervenção em um caso
- ✓ Verificar aderência a tratamento antirretroviral (TAR) a todos os indivíduos que estão de acordo com os critérios de tratamento
- ✓ Colaborar para promover atitudes e habilidades que incentivem e motivem os pacientes e a equipe a manter uma vida sexual responsável através da informação, educação, comunicação, e empoderamento comunitário
- ✓ Organizar para que em um período de três anos se constitua um grupo de autoajuda para diminuir discriminação local

2. REVISÃO DE LITERATURA

É incompreensível olhar para as estatísticas e ver que um mal tão devastador continua crescendo. Inacreditável porque não estamos falando de uma epidemia provocada por algum vírus que se espalha pelo ar (como parar de respirar?), mas de um que pode ser evitado tomando duas precauções básicas: usar preservativos durante a relação sexual e não compartilhar agulhas e seringas descartáveis de uso individual (2).

Nas regiões da América Latina e do Caribe destacam-se progressos e falhas na resposta para abordagem ao indivíduo portador de HIV/AIDS

- Atualização das diretrizes nacionais.
- Ampliação do teste, com uma média de 70% de pessoas com HIV que têm consciência de seu diagnóstico.
- Em média, 35% dos novos diagnósticos são tardios (CD4 <200).
- 48% das pessoas com HIV qualificadas para o tratamento antirretroviral (com base nas novas normas da OMS em 2013) o receberam no ano de 2013.
- Uma média de 66% de supressão viral (<1000) nas pessoas em tratamento (3).

Usando dados da OPAS, da UNICEF e do UNAIDS, o relatório estima que 10.700 bebês tenham nascido com o vírus do HIV na América Latina e no Caribe em 2001. Em 2013, o número ficou 78% menor, (2300 bebês), representando 5% de todos os bebês nascidos de mães vivendo com HIV na região. Em 2013, 87% dos 11 milhões de mulheres que deram a luz na América Latina e Caribe fizeram pelo menos quatro visitas de pré-natal, a referência mínima para um tratamento considerado adequado. Estima-se que 74% tiveram acesso a testes e aconselhamento – mais que os 62% em 2010 – e que 93% das mães soropositivas receberam o tratamento antirretroviral, um significativo aumento em relação aos 59% que receberam tratamento em 2010 e apenas 2% abaixo da meta para 2015

Das Nações Unidas de 90/90/90: 90% das pessoas diagnosticadas; 90% das pessoas diagnosticadas seguindo tratamento antirretroviral (TARV); 90% das pessoas em TARV com carga viral indetectável. As cidades têm estado, por muito tempo, na vanguarda da resposta à AIDS. Elas se encontram agora em posição privilegiada para liderar as ações para Acelerar a Resposta ao HIV e atingir as metas 90/90-90 até 2020: 90% das pessoas que vivem com HIV sabendo que têm o

vírus; 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebendo tratamento; e 90% das pessoas em tratamento antirretroviral com carga viral indetectável.(4-7)

No Brasil, os primeiros casos de AIDS foram identificados no início da década de 1980, tendo sido registrados predominantemente entre homossexuais adultos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Passados 30 anos, o país tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade. De acordo com o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, foram notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, 608.230 casos de AIDS, acumulados de 1980 a junho de 2011, sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no sexo feminino. A razão de sexo vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1985, para cada 26 casos entre homens havia um caso entre mulheres(1).

O HIV é transmitido principalmente através de relações sexuais sem o uso de preservativo (incluindo sexo vaginal, anal e até mesmo oral), transfusões de sangue contaminado, agulhas hipodérmicas e de mãe para filho, durante a gravidez (transmissão vertical), parto ou aleitamento materno. Alguns fluidos corporais, como saliva e lágrimas, não transmitem o vírus. A prevenção da contaminação pelo HIV, principalmente através de programas de sexo seguro e de troca de agulhas, é uma estratégia fundamental para controlar a propagação da doença. Apesar de ainda não existir uma cura ou uma vacina, o tratamento antirretroviral pode retardar o desenvolvimento da doença e elevar a expectativa de vida do portador do vírus. Apesar do tratamento antirretroviral reduzir o risco de morte e de complicações da doença, estes medicamentos são caros e podem estar associados a efeitos colaterais.

A pesquisa genética indica que o HIV surgiu no centro-oeste da África durante o início do século XX. A AIDS foi reconhecida pela primeira vez em 1981, pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, e a sua causa — o HIV — foi identificada na primeira metade da década. A AIDS é considerada uma pandemia, um surto de doença que está presente em uma grande área e que está se espalhando ativamente (6).

O HIV/AIDS têm tido um grande impacto na sociedade contemporânea, tanto como uma doença quanto como uma fonte de discriminação (8).

Foi publicada recentemente lei que criminaliza a discriminação ao portador de HIV, compatibilizando o Direito Penal Brasileiro às diretrizes Internacionais das Nações

Unidas (ONU) em matéria de Direitos Humanos. Trata-se de nova figura típica, prevista em norma especial, culminando com pena de reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, quando as condutas discriminatórias contra o portador do HIV e o doente de aids, em razão da sua condição de portador ou de doente, se enquadrarem nas seguintes hipóteses:

I – recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado;

II – negar emprego ou trabalho;

III – exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego;

IV – segregar no ambiente de trabalho ou escolar;

V – divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de aids, com intuito de ofender-lhe a dignidade;

VI – recusar ou retardar atendimento de saúde.

A nova legislação, que estava em discussão no Legislativo desde 2003, foi publicada em 02 de junho de 2014 com vigência imediata e tem como objetivo precípua combater o estigma pejorativo que a sociedade desenvolveu em torno do portador do HIV, garantindo igualdade e liberdade para que o indivíduo possa viver no seio social dignamente.

A estratégia do grupo de autoajuda favorece a educação em saúde dos portadores do HIV e, conseqüentemente, favorece a melhoria da qualidade de vida destes, visto que o compartilhamento de experiências vividas pelos membros do grupo desenvolve o autoconhecimento e gera ferramentas importantes para a promoção da saúde. As ações educativas desenvolvidas nos atendimentos grupais possuem grande importância no processo de ensino e aprendizagem para a criação e transformação dos sujeitos inseridos nesse contexto. Para tal, é necessária a participação espontânea, autonomia e valorização dos saberes individuais dos participantes. A educação em saúde, desenvolvida nas sessões grupais, visavam à motivação dos sujeitos e adesão às terapias preconizadas, com a intenção de promover ações emancipatórias e libertárias para o autocuidado. Em alguns estudos realizados, os sujeitos demonstraram que as categorias de educação em saúde identificadas proporcionaram mudanças de práticas e ressignificaram suas tomadas de decisões(9).

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho da operação

O estudo será realizado em todos os indivíduos residente na área de abrangência da Equipe Safira, no CMS Fernando A Braga Lopes /Caju, centro do Rio de Janeiro, no período 2014 -2015, com identificação soropositiva para o vírus de imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), tendo uma fonte de dados, uso do prontuário Medicine em Brasil, previa capacitação para autora. A informação e através do programa informatizado Medicine One. A taxa de incidências de pessoas com atendimento clínico, prevalência, distribuição do numero absoluto, porcentagem e media , em consulta atenção primaria com manejo segundo protocolo nacional ,tem 100 % casos da indicação cd4 ,carga viral com respectivo encaminhamento a infectologista para tratamento antirretrovirais

Taxas de pessoas tratadas o assistidas em Equipe SAFIRA, com distribuição porcentual, dividido CMS seis grupos homogêneos 6 equipes, dada a disparidade do território em Caju, para que pudesse haver um parâmetro de comparação em atenção

Total população :CMS 33806

Total população: Safira 5074

Texas de incidência = $\frac{\text{Número de casos novos}}{\text{Total população residente no mesmo local}} \times 100000 \text{ hab.}$

Total população residente no mesmo local

Taxas de prevalência = $\frac{\text{No. de casos novos} + \text{No. de casos idosos}}{\text{Total população}} \times 100 \text{ hab.}$

Total população

Para medir a relação quantitativa dos casos diagnosticados entre sexos

Razao de sexo = $\frac{\text{Número de casos aids diagnosticado em indivíduos do sexo masc}}{\text{em um determinado ano de notificacao e local de residência}}$

$\frac{\text{Número de casos aids diagnosticado em indivíduos do sexo feminino}}{\text{em um determinado ano de notificacao e local de residência.}}$

Mortalidade=

Taxas de mortalidade geral = $\frac{\text{Total de falecido em período}}{\text{Total de população / Se considero como:}} \times 100 \text{ hab.}$

Total de população / Se considero como:

- Taxas de mortalidade alta: $>1.5 \times 100$ habitantes
- Taxas de mortalidade media: $0.9-1.5 \times 100$ habitantes
- Taxas de mortalidade baixa: hasta 0.9×100 habitantes
- Taxas de mortalidade = 0: Quando no tem falecido em na população.

3.2 A população-alvo

População soropositiva residente na área de abrangência da equipe safira do CMS Fernando A Braga Lopes /Caju e atendida na unidade.

O presente projeto de pesquisa que será encaminhado ao Comitê de Ética da Área da Saúde para avaliação e parecer conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde.

Explicação do projeto. Equipe safira

Variável	Conceito	Análise
Idade	Coletada a data de nascimento e após categorizada em anos completos	Numérica discreta
Tempo de diagnóstico	Será coletada a data do diagnóstico e após categorizada em anos completos	Numérica discreta
Caso notificado	Sim Não Não consta no prontuário Com parâmetros de notificação, mas não foi notificado	Categoria nominal
Sexo	Masculino Feminina	Categórica dicotômica
Escolaridade	Analfabeto 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) EF completo (antigo ginásio ou 1º grau) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) Educação superior incompleto Educação superior completa Ignorado	Categórica ordinal
Ocupação	Sim Não	Categórica nominal
Há quanto tempo utiliza antirretrovirais	Data da prescrição e após categorizada em anos completos Numérica discreta	Numérica completa
Provável modo de transmissão	Homossexual, Heterossexual, Bissexual, Ignorado, Uso de drogas, transmissão sanguínea, vertical	Categórica nominal
Último resultado de CD4 do paciente	Coletada de forma contínua e após categorizada	Numérica contínua
Doenças oportunistas	Coletada de forma contínua e após categorizada	Categórica nominal
Encaminhamento para infectologista	Sim Não	Categórica dicotômica

3.3 Parcerias Estabelecidas

A parceria deve ser, principalmente, com a população assistida e com os profissionais da equipe. A parceria com o Centro Municipal de Saude também é fundamental para o sucesso do projeto.

De modo geral, o objetivo do grupo de auto-ajuda é para a efetivação deste plano de intervenção. Principalmente fornecer suporte e informação, uma vez que trabalha na atualização dos participantes quanto aos aspectos específicos da prevenção e controle da infecção, assim como na reabilitação de doenças oportunistas, sanando as principais dúvidas . Também ações Inter setoriais e até mesmo ações conjuntas com membros, órgãos ou instituições presentes na área de atuação.

Como as lições geradas no grupo de apoio, os participantes podem obter encorajamento para controlar sua dor e aproveitar melhor a vida. A condução dos assuntos abordados é orientada pelos temas surgidos durante os encontros, sejam ou não relacionados diretamente às condições de saúde dos pacientes com HIV/Aids, ou sobre suas histórias de vida e suas diversas formas de enfrentamento. Como divulgado, a formação de grupo agregando pessoas da mesma enfermidade tem permitido melhorar o autocuidado e a auto-estimam(11).

3.3 Recursos Necessários

Materiais:

Aparelho telefônico, mesa para computador, impressora, mesa escritório, mesa de reunião com até 25 cadeiras, máquina fotográfica, tablet, caneta, folha, balança glicosímetro, esfigmomanômetro /estetoscópio, otoscópio, maca

Recursos Humanos

Profissionais da Equipe Safira: da unidade, (Gerente, Médica, Dentista, Técnica de Saúde Bucal, Enfermeira, Téc. Enfermagem, Psicóloga, Psiquiatra, Agente de Vigilância, 06 ACS) e pessoal administração no CMS

3.4 Orçamento

Lanches 20 reais x pessoas oferecidos pelo CMS ao final dos encontros com grupo auto ajuda .

Refrigerante, suco, biscoito, frutas.

3.5 Cronograma de execução

Calendário ANO :2014/2015

	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
1- Revisão Bibliográfica	x	x										
2- Discussão Teórica em Função da Determinação dos Objetivos	x		x									
3- Localização e Identificação das Fontes de Obtenção dos Dados ou Documentos	x	x	x	x								
4- Determinação de Categoria para Tratamento dos Dados	x				x							
5- Análise e Interpretação						x	x					
6-Revisão								x				
7-Divulgação									x			

3.6 Resultados esperados

O projeto estimulará estratégia de acompanhamento de casos que favorece o cumprimento terapêutico. Além disso, pretende-se melhorar sistemas de informação de agravos de notificação, realizar uma avaliação dos casos entre pessoas vivendo com HIV /AIDS, evidenciar cumpridos os critérios para eliminação da transmissão materna infantil com intervenção em um caso. Em Rio de Janeiro no Caju, a convocação para atuar na atenção

básica tem maior vulnerabilidade social 12. Esperasse que este projeto possa gerar mudas nos processo de trabalho e efetivação do manejo do casos.

3.8 Avaliação

Através programa com Medicine One, processo de coleta de dados, identificar e tomar decisões, analisar, permanentemente, todos os elementos seriam impresso, com encaminhamento para consulta infectologista. Cada paciente (13 casos de HIV/aids) ,100 % dos casos com adesão à medicação ,receberam atenção ,em ele único caso gestante aguardar com nascimento do bebe sem transmissão materna infantil após intervenção , processo permanente e contínuo que possa gerar outras conduta a favor do paciente e melhoria para a população mais gerar um grupo com consentimento e atividades e um desafio .

4 CONCLUSÃO

Esse trabalho reflete a importância do cuidado e da atenção que são premissas do trabalho da Estratégia Saúde da Família.

Demonstra que com a adequada capacitação e treinamento os profissionais que trabalham na porta de entrada do sistema de saúde, tem condições de tratar de pessoas e situações que inicialmente eram encaminhadas ao nível secundário de atenção e tratadas de forma mais distante da atenção primária.

Apointa também a importância do atendimento compartilhado entre infectologista e profissionais da atenção primária na prevenção de transmissão vertical em gestantes.

Por fim, pretende demonstrar que a atenção primária tem potencial para alcançar prolongar e dar qualidade de vida, assim como de reduzir mortalidades prematura e viabilizar a troca experiências com a formação de atividades de grupo.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de DST/AIDS – 2011** . Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais.
- 2 INTERNACIONAL. **Relatório do Primeiro Fórum Latino-americano e Caribenho sobre o Tratamento Contínuo**. Redação M de Mulher Women's Health: <http://www.aids.gov.br/noticia/2014/relatorio-do-primeiro-forum-latino-americano-e-caribenho-sobre-o-tratamento-contínuo-ch> <http://mdemulher.abril.com.br/saude/womens-health/os-casos-de-hiv-e-aids>. [capturado em 7 março, 2014].
- 4 http://www.unaids.org.br/midia/Numero_bebes_nascidos_com_HIV_AL_2014.pdf
- 5 <http://www.aids.gov.br/noticia/2014/diretor-faz-balanco-de-2014-em-ultima-reuniao-de-coordenadores-estaduais-e-municipais-d>.
- 6 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf
- 7 http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_da_imunodefici%C3%A2ncia_adquirida
- 8 KALLINGS, L.O; (2008). "**The first postmodern pandemic: 25 years of HIV/AIDS**". *J Intern. Med.* 263(3): 218–43. DOI:10.1111/j.1365-2796.2007.01910.x.PMID 18205765.
- 9 BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde . *Resolução 984 de 10 de outubro de 2014. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, 1996. Disponível em: <http://atualidadesdodireito.com.br/filipemartinspereira/2014/06/05/lei-no-12-9842014-crime-de-discriminacao-ao-portador-de-hiv/>.
- 10 <http://www.sbpcnet.org.br/livro/64ra/resumos/resumos/1850.htm>
- 11 SAPAG, Jaime C; LANGE, I; CAMPOS, S; PIETTE, J.D. **Estratégias inovadoras para cuidado e autocuidado de pessoas com doenças crônicas em América Latina**. *Rev. Panam Salud Publica.* 2010; 27(1):1-9
- 12 MORAES, Maurício. "**Dúvidas sobre chegada de médicos cubanos alimentam debate jurídico BBC Brasil**". 2 de setembro de 2013. [capturado em 2 201 setembro 2014].