Sílvio Louzada de Oliveira

Projeto de intervenção para a reestruturação da estratégia da prevenção combinada e o cuidado integral da pessoa que vive com do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no município de Ribeirão das Neves

Belo Horizonte
2022

Sílvio Louzada de Oliveira

Projeto de intervenção para a reestruturação da estratégia da prevenção combinada e o cuidado integral da pessoa que vive com do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no município de Ribeirão das Neves

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Ana Paula Mendes Carvalho

Belo Horizonte
2022

O48p Oliveira, Sílvio Louzada de.
Projeto de intervenção para a reestruturação da estratégia da prevenção combinada e o cuidado integral da pessoa que vive com do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no município de Ribeirão das Neves. /Sílvio Louzada de Oliveira. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2022.

41 f.

Orientador(a): Ana Paula Mendes Carvalho.

Projeto de Intervenção (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. AIDS. 2. Saúde Pública. 3. Educação em Saúde. 4. Integralidade em Saúde. 5. Prevenção de Doenças. 6. Educação Permanente. 7. Políticas Públicas. I. Carvalho, Ana Paula Mendes. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WC 503

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me dado o dom da vida.

Aos meus familiares, em especial à minha querida irmã Nilvia, por ter me encorajado e possibilitado a minha carreira profissional.

Ao amigo e doutor em História da Arte Marco Elízio de Paiva, por todo o suporte e ensinamentos.

Aos meus colegas de caminhada junto ao SUS, do ARDIP e da Vigilância em Saúde do município de Ribeirão das Neves.

A todos os colegas da 40ª turma de especialização em Saúde Pública da ESPMG, que proporcionaram meu crescimento profissional pelo compartilhamento de vivências e conhecimentos.

À orientadora Ana Paula Mendes Carvalho, por todo o apoio, compreensão e ajuda oferecida.

Por fim, a todos os profissionais da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, que colaboram para o fortalecimento do SUS, transformando centenas de milhares de profissionais da saúde em pessoas mais humanas, éticas e comprometidas com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde e da justiça social.

RESUMO

A epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) gerou grande repercussão no mundo devido ao seu impacto global, despontando as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), no Brasil, como grande e grave problema de saúde pública em todo território nacional. No final dos anos 80, o Ministério da Saúde implantou o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em todo Brasil, objetivando a oferta da testagem gratuita e o aconselhamento em IST/AIDS, tendo como princípio a educação em saúde e a redução de riscos e vulnerabilidades. Atualmente, com as inovações tecnológicas e terapêuticas para o controle do HIV/IST/HV, se fazem necessárias ações baseadas no cuidado integral e na Prevenção Combinada**,** de forma compartilhada com toda rede de atenção em saúde. Diante disso, esse projeto de intervenção pretende criar um espaço para discussão dessa política em saúde e do processo de trabalho das equipes de atenção primária em saúde (APS) em Ribeirão das Neves, pautada na Educação Permanente em Saúde (EPS). O projeto se desenvolverá em quatro encontros com os profissionais enfermeiros da APS. As atividades serão desenvolvidas por meio de oficinas e treinamentos teórico-práticos, com espaços para rodas de conversa, grupos de discussão e problematizações. Através desse projeto de intervenção, pretende-se reestruturar os processos de trabalho e fortalecer as políticas públicas de IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais sob a ótica dos princípios do SUS, em especial a universalidade e integralidade do cuidado, bem como a prevenção combinada.

Palavras-chaves: AIDS, saúde pública, educação em saúde, integralidade em saúde, prevenção de doenças, educação permanente, políticas públicas.

ABSTRACT

The epidemic of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) caused by the human immunodeficiency virus (HIV) has generated great repercussion in the world due to its global impact, and Sexually Transmitted Infections (STI) emerges in Brazil as a major and serious public health problem throughout the country. In the late 1980s, the Ministry of Health implemented the Testing and Counseling Center (CTA) throughout Brazil, aiming at offering free testing and counseling in STI/AIDS, based on health education and risk and vulnerability reduction. Currently, with technological and therapeutic innovations to control the HIV/IST/HV, actions based on comprehensive care and Combined Prevention are necessary, in a shared way with the entire health care network. Therefore, this intervention project aims to create a space for discussion of this health policy and the work process of primary health care (APS) teams in Ribeirão das Neves, based on Permanent Health Education (EPS). The project will be developed in four meetings with APS nursing professionals. The activities will be developed through workshops and theoretical-practical training, with spaces for conversation wheels, discussion groups and problematizations. Through this intervention project, it is intended to restructure the work processes and strengthen the public policies of STI/HIV/AIDS and Viral Hepatitis from the perspective of the principles of the SUS, especially the universality and integrality of care, as well as the combined prevention.

Keywords: AIDS, public health, health education, integrality in health, disease prevention, permanent education, public policies.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
ARDIP	Ambulatório de Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias
ARV	Antirretroviral
CNES	Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESP-MG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HV	Hepatites Virais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Educação Permanente
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEP	Profilaxia Pós Exposição
PREP	Profilaxia Pré Exposição
PVHIV	Pessoa Vivendo com HIV
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV/AIDS
RAS	Rede de Atenção em Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TR	Teste Rápido
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 7
1.1 Histórico sobre a epidemia do HIV/AIDS.....8
1.2 Sobre as estratégias de prevenção.....9
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....12
2.1A testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites Virais.....12
2.2 A Assistência especializada às PVHA e o cuidado compartilhado nas redes de Atenção Básica.....14
3 JUSTIFICATIVA.....18
4 OBJETIVO.....19
5 REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....20
5.1 A atenção básica no Brasil e a política da humanização da saúde.....20
5.2 Acolhimento, aconselhamento em IST e a oferta de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais na atenção básica.....22
5.3 Linhas de cuidado integral e o desafio da prevenção combinada na atenção básica.....23
5.4 Educação permanente em saúde.....26
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....28
6.1 Fase preliminar 28
6.2 Primeiro encontro: Oficina - Fundamentação teórica do conceito de Educação Permanente em Saúde e sua relação com a prática profissional sob a ótica do acolhimento guiado pelo cuidado integral.....28
6.3 Segundo encontro: Capacitação teórico-prática – Acolhimento, aconselhamento e testes rápidos para HIV, Sífilis e hepatites virais.....30
6.4 Terceiro encontro: Oficina - Quais ações desenvolver sob a perspectiva da prevenção combinada ao HIV e outras IST na atenção básica?.....31
6.5 Quarto encontro: Oficina - Oferta da PEP na atenção básica: Construção coletiva do fluxograma.....32
7 CRONOGRAMA.....34
8 RESULTADOS ESPERADOS.....35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁGICAS.....37

1 INTRODUÇÃO

Completei minha graduação em Enfermagem em 2007, mesmo ano em que iniciei a minha trajetória no Sistema Único de Saúde (SUS) como funcionário público concursado ativo no município de Ribeirão das Neves. Desde então, atuei em serviços de urgência, entretanto, a maior parte de minha trajetória profissional tem ocorrido em uma unidade de referência em doenças infecciosas, o Ambulatório de Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias (ARDIP) de Ribeirão das Neves. Nesta unidade de saúde ocupo atualmente o cargo de gerente desde 2020.

O município de Ribeirão das Neves está localizado no Estado de Minas Gerais e pertence à região metropolitana de Belo Horizonte. Integra-se a macrorregião de Saúde Centro e à microrregião de Belo Horizonte de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui uma população de 341.415 pessoas e uma área de 155,105 km² (estimativa de 2021), sendo o sétimo município mais populoso do estado mineiro. Ainda segundo o IBGE, estima-se um número total de 203.136 indivíduos que compõe a população sexualmente ativa (15 a 59 anos). Dentre esses, apenas aproximadamente 1,2% realizaram testes rápidos (TR) para HIV, Sífilis e hepatites virais segundo o Plano de Enfrentamento à Sífilis no terceiro quadrimestre de 2021. Diante deste cenário, faz-se necessário estimular o aumento da oferta de TR na Atenção Primária em Saúde (APS), bem como otimizar processos de educação permanente em saúde para viabilizar o aumento da oferta de TR à população de Ribeirão das Neves.

A Rede de Atenção em Saúde (RAS) de Ribeirão das Neves é composta por serviços de natureza pública e contratada/conveniada, possuindo um total de 101 estabelecimentos de saúde (CNES, 2022). No ARDIP, encontramos diversas ações e estratégias em saúde, em especial o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviço de Assistência Especializada (SAE) e a Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM).

Sobre as atribuições e atividades realizadas pelo ARDIP, destaco:

a) Realização de ações do Centro de Testagem e Aconselhamento;

b) Assistência às pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) / Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) e Hepatites Virais (HV) no Serviço de Assistência Especializada (SAE);
c) Dispensação de antirretroviral (ARV), medicamentos para hepatites virais, poliquimioterapia para hanseníase, tuberculostáticos, antibióticos, antifúngicos e analgésicos na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM);
d) Consulta médica com infectologista e dermatologista, consultas de enfermagem, psicologia, serviço social e assistência farmacêutica;
e) Profilaxias para HIV – Profilaxias Pós Exposição (PEP) nos casos de: violência sexual, acidente com material biológico e exposição sexual consentida;
f) Assistência multidisciplinar para pessoas com Hanseníase, incluindo terapia ocupacional e consulta médica com dermatologista;
g) Assistência multidisciplinar para pessoas com leishmaniose visceral e tegumentar, esporotricose, tuberculose (TB) do tipo extrapulmonar, hepatites virais, meningites, toxoplasmose, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e outras doenças infecciosas;
h) Assistência multidisciplinar para infectologia pediátrica, como por exemplo, crianças expostas ao HIV, crianças vivendo com HIV, profilaxia pós exposição ao HIV, Sífilis congênita, Toxoplasmose congênita e outras doenças infecciosas;
i) Realização de ações extramuros para promover e descentralizar estratégias de políticas públicas em IST com objetivo principal de sensibilização quanto à prevenção em IST/HIV/AIDS e HV.

1.1 Histórico sobre a epidemia do HIV/AIDS

A epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) gerou grande repercussão na história devido ao seu impacto nas diversas regiões do mundo (BRITO et al, 2000). Surgida em meados de 1981 em adultos do sexo masculino e homossexuais nos Estados Unidos, a AIDS é uma doença infectocontagiosa, sem cura, caracterizada como um fenômeno global, dinâmico e instável

(BASTA, 2005). Segundo o boletim epidemiológico mineiro (2021) de análise epidemiológica do HIV/AIDS, no Brasil, o primeiro caso ocorreu em 1981 na cidade de São Paulo, e até junho de 2021 já haviam sido registrados 1.045.355 casos. O país tem registrado, anualmente, uma média de 36,8 mil novos casos de AIDS nos últimos cinco anos.

Em 1988 foi criado o Programa Nacional de DST/AIDS, que tinha como objetivo coordenar o Plano Nacional de Combate da AIDS. Em 1999 instituiu-se a Política Nacional de DST/AIDS, buscando sistematizar as diretrizes impostas pelo programa através de ações fundamentadas pelo Sistema Único de Saúde (SOUZA et al, 2010).

É sabido que o tratamento com medicações antirretrovirais é essencial para uma maior sobrevida das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA). Então, o Programa Nacional de DST/AIDS lançou em 1996 o primeiro consenso em terapia antirretroviral (TARV), apresentando o Brasil como um dos primeiros países a garantir o direito universal e gratuito à dispensação de antirretrovirais e medicamentos para doenças oportunistas pelo SUS (DOURADO et al, 2006). A estratégia de acesso gratuito à TARV reverberou numa significativa redução nas taxas de morbidade, mortalidade, internações e do acometimento por doenças oportunistas, assim, melhorando significativamente a qualidade de vida (SZWARCWALD, 2011).

1.2 Sobre as estratégias de prevenção

Em relação ao enfrentamento à epidemia HIV/AIDS no final dos anos 80, o Ministério da Saúde (MS) estimulou a estruturação do CTA em todo o território nacional, objetivando a oferta da testagem gratuita, confidencial e anônima, e o aconselhamento em IST/AIDS, tendo como princípio a educação em saúde e de redução de riscos e vulnerabilidades (SOUZA et al, 2010).

Atualmente, com as inovações tecnológicas e terapêuticas para o controle da epidemia do HIV, os CTA se configuram como estruturas estratégicas para fortalecer as ofertas de intervenções de Prevenção Combinada do HIV (figura1) de forma compartilhada e de acordo com as necessidades singulares de cada usuário (MERCEDES et al, 2013).

Figura 1: Mandala de Prevenção Combinada do HIV



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

O termo Prevenção Combinada do HIV refere-se a diferentes ações de prevenção, centradas nos indivíduos e seus grupos sociais. Assim, sua definição parte do pressuposto de que diferentes ações devem ser conciliadas em uma ampla estratégia, com a combinação de três eixos de intervenção para prevenção: as biomédicas, as comportamentais e as estruturais (BRASIL, 2017a). A associação dessas diferentes abordagens e ações não encerra, contudo, todos os significados e possibilidades do termo “Prevenção Combinada” (BRASIL, 2018).

Para a implementação dessas ações, a Prevenção Combinada do HIV é entendida como modelo de intervenção para outras IST, hepatites virais e coinfecções, e deve compreender as dimensões relacionadas à vigilância, prevenção, diagnóstico e cuidado integral aos indivíduos com IST, bem como as populações-chave, sem perder de vista a dimensão individual, no que diz respeito às escolhas de prevenção, de acordo com as práticas sexuais de cada um (BRASIL, 2018).

O CTA, enquanto serviço especializado na prevenção do HIV e outras IST tem um papel fundamental nas ofertas das ações de Prevenção Combinada; para tanto são necessárias a articulação e a incorporação de

ações da prevenção combinada descentralizadas em toda a RAS, em especial na APS.

Diante da magnitude da epidemia do HIV/AIDS, o Ministério da Saúde propôs em 1994, a implantação de Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS. O SAE é uma unidade assistencial de caráter ambulatorial que visa realizar ações de assistência integral, prevenção e tratamento às pessoas com HIV/AIDS e hepatites virais através da atuação de uma equipe multiprofissional mínima composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros que deverão acompanhar o paciente ao longo de sua vida (BRASIL, 2013).

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Ao longo de nossas atividades profissionais no ARDIP, temos observado que a Rede de Atenção em Saúde (RAS), em especial a Atenção Primária em Saúde (APS), não tem cumprido seu papel no que se refere à integralidade da assistência às Pessoas que Vivem com HIV/AIDS (PVHA) em Ribeirão das Neves. A Atenção Básica deve oferecer a todos os cidadãos, sem qualquer tipo de discriminação, ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento para quaisquer doenças, além de considerar a pessoa em sua singularidade e integralidade (CECILIO, 2001). Porém, o modelo de atendimento das PVHA é caracterizado por ser quase restrito aos serviços especializados o que pode reverberar na descontinuidade e fragmentação da assistência às PVHA.

Pensamos que as ofertas de ações em prevenção combinada não deveriam ser necessariamente centralizadas no serviço de referência, CTA. Tal centralização deixa a grande população do município sem acesso a ações de prevenção em IST, como iremos detalhar adiante.

Temos observado ainda que na RAS de Ribeirão das Neves a grande rotatividade de profissionais de saúde, a ausência de médicos em todas as unidades de saúde, além do desconhecimento por parte destes profissionais sobre a estratégia da prevenção combinada, pode reverberar na precariedade da oferta do cuidado integral à pessoa exposta à qualquer IST e na oferta de ações da prevenção combinada.

Consequentemente, pretendemos discutir a necessidade de reestruturar a oferta das ações de Prevenção Combinada do HIV nos serviços da Atenção Básica, especialmente à intensificação do processo de descentralização da testagem e aconselhamento para o HIV, Sífilis e Hepatites B e C e estimular a integralidade do cuidado em HIV/AIDS na AB, objetivando a superar o modelo centrado em serviços especializados.

2.1 A testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites Virais

O ARDIP é referência no município de Ribeirão das Neves no cuidado das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA). Nessa mesma unidade está inserido o único serviço especializado na prevenção do HIV, das IST e das

hepatites virais, o Centro de Testagem e Aconselhamento, como já descrito anteriormente.

Diante de uma população tão numerosa, este equipamento de saúde não possui alcance necessário para oferecer a testagem e a oferta de ações da prevenção combinada, visto que, como já citamos, somente 1,2% da população sexualmente ativa realizou testes rápidos para HIV, Sífilis e hepatites virais. Lembramos que a meta proposta pela Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (2021) deve ser 40% da população sexualmente ativa (15 a 59 anos) realizando testes rápidos, principalmente as populações mais vulneráveis, aqui representada pelas populações-chaves e prioritárias (figuras 2 e 3).

Figura 2 – População chave



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Figura 3 – População prioritária



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Entende-se por população vulnerável, grupos de pessoas que se destacam em alarmantes níveis epidemiológicos. Segundo estudos de 2017 de KERR et al., SZWARCWALD et al. e GRINSZTEJN et al, a prevalência do HIV na população geral é de 0,4%. Entre gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) é citada a prevalência de 10,5% para HIV; pessoas que usam drogas, com prevalência de 5,9%, profissionais do sexo com prevalência de 4,9%; mulheres trans e travestis com prevalência de 31,2%. Segundo Bastos e Bertoni, pessoas que usam crack e similares (pasta base, merla e oxi), a prevalência para o HIV é de 5% (BASTOS; BERTONI, 2014).

De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde, do MS (BRASIL, 2017b), as populações prioritárias são aquelas atingidas desproporcionalmente pelo HIV quando comparadas à população geral. Elas são resultantes de dinâmicas sociais locais e variam de acordo com o território. São mais predominantes os determinantes de desigualdades sociais, empobrecimento, questões de gênero, racismo, preconceito social e econômico, entre outros. Esse aspecto tem se mostrado um fator de vulnerabilidade a mais em relação ao HIV.

Vejamos um exemplo acontecido com um usuário, que chamaremos de “paciente X”. O referido usuário chegou ao ARDIP encaminhado pela atenção básica sem o teste confirmatório para HIV, o que obrigatoriamente deveria ter sido realizado em sua unidade de origem. Situações como essas podem causar problemas com o vínculo e a adesão dos sujeitos que vivem com HIV, bem como a baixa compreensão desse usuário sobre sua condição, tratamento e aconselhamento.

2.2 A Assistência especializada às PVHA e o cuidado compartilhado nas unidades de Atenção Básica

Como dito anteriormente, a epidemia de HIV apresentou nos últimos anos redução da morbimortalidade, corroborando com o aumento da expectativa de vida dos portadores do HIV, associada ao uso mais intensivo da TARV (DOURADO, et al, 2006). No entanto, devido ao aumento da sobrevida das PVHA, as doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes se tornaram prevalentes. Esse novo cenário atribui a infecção pelo HIV um status de

doença crônica (SCHAURICH et al., 2006), marcada por uma trajetória do indivíduo e seus familiares acerca da aceitação, adaptação e inclusão de novos hábitos no cotidiano para melhoria na qualidade de vida (FREITAS et al., 2012). Diante dessa característica, os serviços de HIV/AIDS precisam desenvolver uma atuação multidisciplinar e contínua, como forma de garantir um atendimento integral às PVHA.

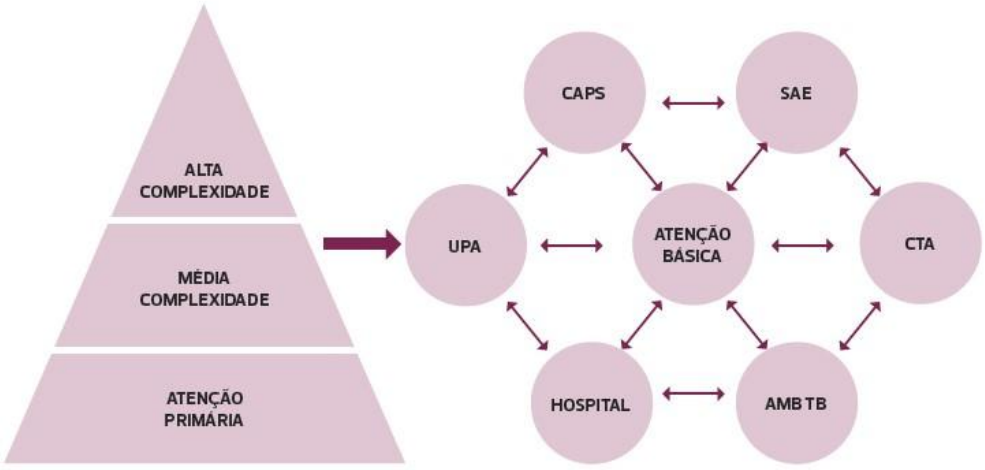
Segundo Cecílio (2001), a Atenção Básica oferece ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de considerar a pessoa em sua singularidade e integralidade. Porém, o modelo de atendimento das PVHA é caracterizado por ser quase restrito aos serviços especializados, como os SAE, acarretando muitas vezes uma “descontinuidade da assistência para as PVHA” (PALACIO, 2012), uma vez que poucas acessam outros pontos da rede de atenção em saúde do SUS. Uma parte significativa desses serviços especializados está operando em capacidade máxima, atendendo a demanda sem fluxos organizados e atuando isoladamente, de forma não colaborativa com a rede de atenção.

Os serviços especializados continuam a ter um papel fundamental em virtude de seu conhecimento acumulado da clínica de HIV e do cuidado às PVHA, que pode e deve ser compartilhado com a AB e outros pontos da RAS. Nesse sentido, as PVHA também precisam ter acesso ao cuidado dos vários aspectos relacionados à sua saúde (alimentação saudável, exercício físico, vacinação, saúde do homem, da mulher, prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis, entre outros), de forma integral e multiprofissional, por meio do cuidado compartilhado com a Atenção Básica (BRASIL, 2017c). Assim, a AB é a porta de entrada preferencial da rede SUS, sendo responsável por acolher as PVHA e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde (PALACIO, 2012).

As diretrizes da constituição das RAS foram estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, e pressupõem uma concepção poliárquica, “em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais” (MENDES, 2016, p. 46).

Abaixo, a figura 4 representa a mudança de concepção do modelo piramidal para o modelo de redes de atenção à saúde, baseado em Eugênio Vilaça Mendes (2016).

Figura 4 – Mudanças dos modelos de atenção



Fonte: BRASIL, 2017c, p. 21

Nessa concepção de redes proposta por Mendes (2016), a Atenção Básica é o centro de comunicação. Então, notamos que, apesar de a AB ser porta de entrada preferencial, ela não deve ser rígida e nem única, podendo o usuário utilizar-se de qualquer ponto da rede para buscar seu atendimento. Com isso, “o conjunto de estratégias é pensado a partir da sua demanda de cuidado e com base em uma avaliação de risco, com o objetivo de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita” (FRANCO; FRANCO, 2011, p. 85).

Tais desafios e dificuldades encontramos nas ESF de Ribeirão das Neves quanto ao cuidado integral das PVHA, especialmente a falta de assistência aos usuários que vivem com HIV em suas doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo, doenças do aparelho circulatório, doenças endócrinas e metabólicas e outras intercorrências clínicas. Citamos alguns exemplos clássicos verificados na interação entre as ESF e o ARDIP como de um paciente (chamaremos de “paciente Y”) que, ao ser diagnosticado com HIV e hipertensão arterial grave e diabetes mellitus chegou ao ARDIP sem os diagnósticos adequados e sem os corretos manejos clínicos para as

comorbidades. Nota-se claramente que a atenção básica não se constituiu, de fato, no ordenador e organizador do cuidado deste usuário. Como esse caso, temos registrados vários outros sequencialmente, como foi o caso do “paciente Y”, HIV+, que chega ao ARDIP com a demanda de renovação de receituários e controle da pressão arterial, que deveria ter sido feito na AB.

Uma estratégia do Ministério da Saúde é promover a gestão compartilhada da atenção às PVHA entre os serviços especializados e a Atenção Básica, com o objetivo de ampliar o acesso à saúde para as PVHA; estabelecer maior vínculo destas com o serviço de saúde; melhorar as possibilidades de atendimento de qualidade; melhorar o prognóstico das PVHA.

3 JUSTIFICATIVA

Diante dos problemas como a falta de acesso ao diagnóstico precoce do HIV, baixa testagem na população sexualmente ativa, precariedade de vínculo do paciente com a ESF, oferta da estratégia de prevenção combinada ao HIV centrada no CTA e a baixa compreensão do status sorológico HIV/AIDS por parte de alguns profissionais e usuários, consideramos importante discutir e fomentar o cuidado integral de pessoas que vivem com HIV, assim como a necessidade de descentralizar as ações de prevenção combinada que promovam uma melhor qualidade dessas ações em toda a RAS, principalmente na AB de Ribeirão das Neves.

Sentimos ser necessária uma ampla discussão, reorganização e pactuação de novos processos de trabalho pautado na prevenção combinada do HIV e também buscando a integralidade do cuidado da PVHA.

Com o objetivo de atingir a singularidade de cada caso, pensamos que cada um dos serviços de atenção à saúde necessita ser repensado como uma estratégia eficiente no itinerário que o usuário percorre. Para tanto, como cita Pessoa (2011), é imprescindível a organização dos processos de trabalho a fim de colocar o usuário e suas necessidades na centralidade das ações programadas, como forma de superar o modelo fragmentado e promover a integralidade.

Concordamos que as Linhas de Cuidado Integral ao HIV/AIDS incorporam a ideia de integralidade na atenção à saúde, o que significa agregar e integrar ações e fluxos assistenciais para promoção da saúde, oferta das ações de prevenção combinada, cuidado contínuo, proporcionar o acesso a todos os recursos de que o usuário necessita e investir em processos de educação permanente em saúde para fortalecer os trabalhadores da saúde e qualificar as ações (BRASIL, 2017d).

4 OBJETIVO

Propor um projeto de intervenção com a Atenção Primária em Saúde para discutir a necessidade da reestruturação da estratégia da prevenção combinada e de ações que promovam o cuidado integral ao usuário que vive com HIV.

5 REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

5.1 A atenção básica no Brasil e a política da humanização da saúde

A atenção primária ganhou efetivamente relevância a partir da Declaração de Alma Ata, que abordou os cuidados primários em saúde buscando promover a saúde de todos os povos do mundo, principalmente os países em desenvolvimento (WHO, 1978). A atenção básica no Brasil, como ordenadora e coordenadora da reorganização e ampliação da efetividade dos sistemas de saúde, iniciou uma política de saúde a partir de 2006 e sua implantação foi marcado originalmente pelo Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. A partir de 2006 este programa foi transformado em Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) a atenção básica se caracteriza como:

> ...um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

Ainda em 2006 o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica PNAB (BRASIL, 2006), revisada em 2011, com o objetivo de

fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), entendida como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção. Definiu ainda, uma reorientação no modelo de atenção, utilizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da APS (BRASIL, 2012).

Temos observado que em publicações a Política Nacional de Humanização (PNH) é citada como política pública de saúde originada das necessidades de pôr em prática os princípios e diretrizes do SUS, de modo que possa interferir melhorando os processos de cuidar. Portanto, devemos entender humanizar como incluir as diferenças na gestão e no cuidado onde tais mudanças devem ser disponibilizadas coletivamente para que haja compartilhamento. Daí, as novas formas de organizar o trabalho as quais temos notado deficiências.

É entendido que a PNH determina que o acolhimento deve reconhecer e legitimar as características pessoais do usuário e obrigatoriamente manter a relação entre os serviços públicos de saúde e seus pacientes para que haja confiança entre ambos (BRASIL, 2010). Consequentemente, acreditamos que uma ação eficiente da ESF deveria ser capaz de enfrentar as necessidades de saúde expressas pelas demandas dos usuários aos serviços, organizando os fluxos assistenciais e produzindo interferências nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, alterando-os, modificando as cadeias produtivas das doenças e dos agravos.

Acreditamos também que a atenção básica em saúde, conforme reconhece Pasche (2009), é fortemente influenciada pela produção e aplicação de políticas públicas capazes de produzir justiça social, visto que quanto mais desigual for a distribuição das riquezas mais precário é o acesso dos grupos sociais às políticas públicas, assim como mais injustos serão os padrões de adoecimento e mortalidade. Contudo, temos observado que a ESF não tem gerenciado plenamente problemas e desafios, demonstrando a necessidade de se produzir avanços na organização de seu trabalho.

Considerando a complexidade destes desafios, trataremos de analisar as compreensões mais recorrentes de atenção básica e, à luz desta discussão e de algumas ofertas da Política Nacional de Humanização, apontar

perspectivas para a reorganização dos processos de trabalho das equipes de atenção básica.

5.2 Acolhimento, aconselhamento em IST e a oferta de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais na atenção básica

Sabemos que o acolhimento é uma diretriz da PNH que recomenda como deve ser o primeiro momento de escuta de qualquer serviço do SUS. O acolhimento, portanto, é uma tecnologia de cuidado que antecede qualquer atendimento na unidade de saúde e que visa articular a oferta e organização do serviço com a demanda e as necessidades de saúde do usuário. Esta tecnologia tem como objetivo “ampliar o acesso, fornecer resposta resolutiva à demanda apresentada e ser um dispositivo organizador do processo de trabalho em função do usuário” (BRASIL, 2010).

Sendo uma escuta qualificada, sem julgamento do usuário, o acolhimento deve avaliar o risco e as possíveis exposições do usuário quanto às IST. Como orienta o Ministério da Saúde, “considerar risco e vulnerabilidade relativos ao usuário e seu contexto social, cultural e histórico pode contribuir para avaliar, juntamente com a pessoa, quais as estratégias de prevenção são mais pertinentes e precisas de acordo com suas necessidades e demandas” (BRASIL, 2017f). Consequentemente, devemos considerar o sujeito em sua totalidade. Isto é essencial para o planejamento de ações assistenciais buscando resolver um determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco e vulnerabilidades. Sendo assim, é como o trabalhador de saúde deve orientar o usuário no serviço ou na RAS.

Como o aconselhamento é explicado há décadas pelo Ministério da Saúde, devemos entendê-lo como um processo de escuta ativa e individualizada. Portanto, “consiste em uma tecnologia de cuidado relacionada ao gerenciamento de risco no contexto das IST, HIV/AIDS e das hepatites virais, baseado em intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais, e sua oferta deve ser flexível e deve permitir que cada indivíduo saiba dessa possibilidade e possa decidir se deseja ou não se submeter à intervenção” (BRASIL, 2017f). Segundo as mesmas diretrizes para organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à saúde o

aconselhamento deve ser empregado em diferentes momentos na oferta do cuidado ao usuário, obrigatoriamente:

a) na revelação do diagnóstico;
b) nas abordagens sobre saúde sexual e reprodutiva;
c) para a vinculação dos casos positivos de HIV e outras IST;
d) para a oferta de tratamento de HIV e outras IST;
e) durante o cuidado contínuo, no caso de tratamento;
f) para o encaminhamento em relação a outras comorbidades etc.

O aconselhamento deve ser ágil, dinâmico e focado, isto é, não impedir que o usuário acesse os testes rápidos, dar atenção à demanda do usuário evitando utilizar questionários pré estabelecidos, respeitar a autonomia do usuário quanto as próprias escolhas de métodos de prevenção e outras necessidades pertinentes a esse momento (MERCEDES et al, 2013).

Diante dos resultados reagentes deve-se orientar o usuário considerando os projetos terapêuticos singulares. Deve-se considerar também que a dinâmica da vida das pessoas é importante para que as orientações de prevenção sejam eficazes (BRASIL, 2007).

A realização de testagem é o primeiro passo para que uma pessoa tenha conhecimento do seu estado sorológico e possa construir as suas estratégias de prevenção e, se necessário, tratamento e acompanhamento.

Com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico, principalmente na atenção básica, o Ministério da Saúde oferece cursos de treinamento à distância que aborda vários aspectos relativos à qualidade, segurança e execução dos TR. É importante ressaltar que os trabalhadores que realizam a testagem rápida devem ser, necessariamente, capacitados, presencialmente ou a distância.

5.3 Linhas de cuidado integral e o desafio da prevenção combinada na atenção básica

As ações da Atenção Básica à Saúde estão estabelecidas e descritas na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB e consideram o sujeito do cuidado e da atenção em sua integralidade e complexidade sociocultural. Para tal, a

PNAB estabelece que devem ser conjugadas ações de promoção e prevenção da saúde e tratamento de doenças, bem como a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer a adoção de modos de vida saudável (BRASIL, 2012).

Essa mesma abordagem é adotada desde o início pela resposta brasileira ao HIV/AIDS, que se constitui, a exemplo da PNAB, em um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde das pessoas em relação ao vírus HIV (BRASIL, 2017e).

Partindo-se dessa perspectiva de integralidade das ações de saúde, o Ministério da Saúde adota como estratégia para a prevenção ao HIV, a Prevenção Combinada, que consiste na conjugação de diferentes medidas de prevenção baseadas em intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais (WHO, 2014). Assim, essa estratégia de prevenção faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e socioestrutural) aplicadas em múltiplos níveis (individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário, social) para responder a necessidades específicas de determinados públicos e de determinadas formas de transmissão do HIV e IST (UNAIDS, 2010). A figura abaixo representa os diferentes componentes dessa estratégia.

Figura 5 – Estratégia da prevenção da combinada

CATEGORIA	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS DE AÇÕES
Intervenções biomédicas	São estratégias voltadas à redução do risco de exposição, mediante intervenção na interação entre o HIV e a pessoa passível de ser infectada. Essas estratégias podem ser divididas em dois grupos: intervenções biomédicas clássicas, que empregam métodos de barreira física ao vírus, já largamente usados no Brasil; e intervenções biomédicas baseadas no uso do antirretroviral (ARV).	Distribuição de preservativos masculinos e femininos; distribuição de gel lubrificante; oferta de testagem; tratamento para todas as pessoas; Profilaxia Pós-Exposição (PEP); Profilaxia Pré-Exposição (PrEP); tratamento das infecções sexualmente transmissíveis - IST; imunização.

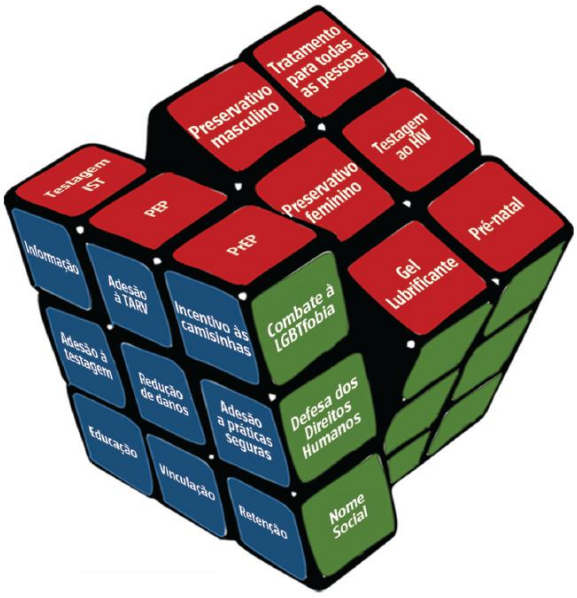
Intervenções comportamentais	São estratégias que contribuem para o aumento da informação e da percepção do risco à exposição ao HIV e para sua consequente redução, mediante incentivos a mudanças de comportamento do indivíduo e da comunidade ou grupo social em que está inserido.	Incentivo ao uso de preservativos masculinos e femininos; Aconselhamento ao HIV/ aids e outras IST; incentivo à testagem; adesão às intervenções biomédicas; vinculação e retenção aos serviços de saúde; redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas; estratégias de comunicação e educação entre pares; campanhas de prevenção em HIV e outras IST.
CATEGORIA	**DEFINIÇÃO**	**EXEMPLOS DE AÇÕES**
Intervenções estruturais	São estratégias voltadas a enfrentar fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais específicos ao HIV, em razão de preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana.	Ações de enfrentamento ao racismo, sexismo, homofobia, transfobia e demais preconceitos; promoção e defesa de direitos humanos; campanhas educativas e de conscientização; e marcos legais e ações programáticas que impactem nos determinantes sociais.

Fonte: BRASIL, 2017a

A combinação dessas intervenções visa reduzir as lacunas de adesão aos métodos de prevenção clássicos, ao ofertar outros métodos de prevenção; além disso, objetiva identificar precocemente o estado sorológico para iniciar o tratamento antirretroviral de modo oportuno, como forma de prevenir novos casos de HIV e melhorar a qualidade de vida das pessoas que já vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2017b).

A Figura 6 mostra uma representação gráfica da estratégia de prevenção combinada ao HIV.

Figura 6 – cubo da prevenção combinada



Fonte: BRASIL, 2017a

Como no Cubo de Rubik (popularmente conhecido como cubo mágico), as possibilidades de combinações são inúmeras. No cubo abaixo, a face vermelha corresponde às intervenções biomédicas, a azul corresponde às intervenções comportamentais e a verde se refere às intervenções estruturais. O princípio da estratégia de prevenção combinada baseia-se na conjugação dessas três faces, sendo essa combinação acordada pelas populações envolvidas nas ações de prevenção (população-chave, prioritária ou geral) e nos meios em que estão inseridas.

5.4 Educação permanente em saúde

Acreditamos que a Educação Permanente em Saúde (EPS), enquanto ferramenta de gestão do SUS, seja capaz de contribuir para a (re) organização dos processos de trabalho e de educação nos serviços de saúde e na gestão, reverberando, mesmo indiretamente, na situação de saúde da população. A EPS pode ser desenvolvida de modo a incentivar a autonomia dos gestores, profissionais de saúde e usuários enquanto atores críticos e assertivos capazes de promover a análise crítica dos processos de trabalho (CECCIM, 2005).

Conforme a Política Nacional de Educação Permanente, publicada pela Portaria n° 1.996, de 20 de agosto de 2007 do MS, a EPS está diretamente relacionada à realidade das ações e serviços de saúde, consequentemente

deve estar integrada politicamente na sua organização e com a formação dos perfis profissionais, fazendo uso de mecanismos e espaços que possibilitam a autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, pensamento e experimentação (BRASIL, 2007).

Nesse panorama, a EPS consiste num potente instrumento para a implementação das linhas de cuidado integral e no fortalecimento das ações de prevenção combinada nos serviços de saúde, com base na problematização e na aprendizagem relevante, facilitando uma resposta sensata em relação à epidemia do HIV/AIDS por considerar os contextos de vulnerabilidade, as realidades locais e a autonomia dos usuários (BRASIL, 2017f)

A EPS coloca em questão o aperfeiçoamento dos processos de trabalho ao contribuir no planejamento, execução e reorientação de ações que alimentam as linhas de cuidado. É importante ações educativas (oficinas, rodas de conversa, seminários, estudos de caso etc.) com as pessoas envolvidas no cuidado para monitorar os fluxos assistenciais existentes, evitando o surgimento de barreiras de acesso. “Somente um processo coletivo pode garantir que haja um bom funcionamento das linhas de cuidado após a sua organização” (FRANCO; FRANCO, 2011).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Fase preliminar

Este momento será para a apresentação da proposta de intervenção à Secretaria Municipal de Saúde, ao Núcleo de Educação Permanente (NEP), a Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde e à Superintendência de Atenção Primária em Saúde de Ribeirão das Neves, para que seu desenvolvimento seja oficialmente autorizado e conte com o apoio das instâncias gestoras do município. Após aprovação, pretende-se iniciar a organização da intervenção para a sua execução.

Serão convidados os coordenadores da Atenção Básica e, gradativamente, os enfermeiros das 61 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Ribeirão das Neves a fim de trabalhar a proposta de intervenção por meio de quatro encontros sequenciais, 1 encontro por semana, cada encontro com aproximadamente quatro horas de duração, abordando os seguintes temas:

Primeiro encontro: Oficina - Fundamentação teórica do conceito de EPS e sua relação com a prática profissional sob a ótica do acolhimento guiado pelo cuidado integral.

Segundo encontro: Capacitação teórico-prática - Acolhimento, aconselhamento e testes rápidos para HIV, Sífilis e hepatites virais.

Terceiro encontro: Oficina - Quais ações desenvolver sob a perspectiva da prevenção combinada ao HIV e outras IST na atenção básica?

Quarto encontro: Oficina - Oferta da PEP na atenção básica: Construção coletiva do fluxograma.

6.2 Primeiro encontro: Oficina - Fundamentação teórica do conceito de Educação Permanente em Saúde e sua relação com a prática profissional sob a ótica do acolhimento guiado pelo cuidado integral.

Neste encontro, antes da atividade em grupo, iremos discutir brevemente os seguintes temas: Acolhimento. Cuidado Integral e EPS.

A experiência em acolher pessoas vivendo com doenças crônicas atribui à equipe da Atenção Básica um saber/fazer que pode ser ampliado para o cuidado às Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). Vale lembrar que as PVHIV

já são atendidas nos serviços da APS por outros motivos, os quais não estão relacionados diretamente à infecção pelo HIV. É fundamental que esses serviços atendam às necessidades individuais e coletivas também em relação à infecção pelo HIV, sob a ótica do cuidado integral (BRASIL, 2017e).

As linhas de cuidado integral ao HIV/AIDS incorporam a ideia de integralidade na atenção à saúde, significando a integração de ações e fluxos assistenciais para promoção da saúde, cuidado contínuo, proporcionando o acesso a todos os recursos de que o usuário necessita e investindo em processos de educação permanente em saúde para fortalecer os trabalhadores da saúde e qualificar as ações (BRASIL, 2017d).

Pretende-se provocar uma reflexão sobre o conceito de EPS como um processo contínuo e construído pelos sujeitos, no processo de trabalho e para o processo de trabalho, desmistificando as noções de que se trata de uma capacitação sobre um tema ou de um manual de como desenvolver ações e estratégias em saúde.

Com o objetivo de refletir, a partir de publicações científicas da atualidade sobre o tema de EPS, optamos por um texto de Emerson Elias Merhy “Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso” para ser estudado. Trata-se de um artigo que proporciona a percepção de que o fazer EPS é um processo contínuo, presente e permeável ao ato de cuidar no trabalho, propósito que pretendemos estimular nos profissionais de saúde de Ribeirão das Neves (MERHY, 2015).

Após a discussão inicial dos temas propostos e da leitura do texto, considerando a reflexão trazida pelo artigo acima de que os encontros do cotidiano são possibilidades de aprendizagem pelo trabalho, será proposto aos participantes um mapeamento e uma autoanálise acerca de suas ações no campo da promoção e prevenção da saúde sexual e reprodutiva e do cuidado integral da PVHA.

As atividades serão organizadas em quatro etapas:

1- Os participantes se organizarão em 4 grupos.
2- Leitura crítica do artigo, apontando os principais pontos e discussões do texto.

3- A partir do conceito definido pelo grupo de EPS, os participantes deverão mapear as ações desenvolvidas de promoção e prevenção em IST/HIV/AIDS/HV, assim bem como, as ações de cuidado integral da pessoa que vive com HIV e outras IST, realizadas nos últimos seis meses, que podem ser caracterizados como atividades de EPS.

É importante lembrar que o objetivo desse momento não se constitui em apenas levantar numericamente o que tem sido ou não realizado no processo de trabalho; iremos propor reflexões sobre os nossos conceitos técnicos e teóricos já conhecidos, assim como nosso processo de trabalho. Insistiremos na compreensão de que apenas a prescrição de conceitos, estratégias ou tarefas não subentende execuções de ações de EPS.

4- Compartilhamento das conclusões de cada grupo com o grupo original.

O planejamento do tempo dessa atividade de estudo científico sobre a EPS e análise dos cenários de prática terá aproximadamente 4 horas de duração.

6.3 Segundo encontro: Capacitação teórico-prática – Acolhimento, aconselhamento e testes rápidos para HIV, Sífilis e hepatites virais

Para este encontro, iremos convidar profissionais do serviço de referência em IST/HIV e Hepatites Virais do município para realizar o treinamento pretendido. Antes desta capacitação presencial, iremos pactuar com a Superintendência de Atenção Primária em Saúde do município uma orientação para que todos os profissionais da APS envolvidos neste treinamento possam realizar a capacitação obrigatória disponibilizada pelo MS através da plataforma de educação à distância TELELAB (os cursos são gratuitos e a plataforma emite certificados). Iremos informar sobre os cursos pelo TELELAB: “Testes rápidos – acesso rápido”; “Diagnóstico de hepatites virais”; “Diagnóstico de HIV”; “Diagnóstico de Sífilis” e “Avaliação externa de qualidade”. Também iremos recomendar a realização de forma complementar o curso ofertado pela Escola Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) “Acolhimento e Aconselhamento na Testagem Rápida de Infecções Sexualmente Transmissíveis” na modalidade EAD.

Consideramos essa ação de extrema importância para toda a rede de atenção primária em saúde com o propósito de efetivar a descentralização dos testes rápidos, bem como qualificar as ações de acolhimento e aconselhamento.

O planejamento do tempo dessa capacitação terá aproximadamente 4 horas de duração.

6.4 Terceiro encontro: Oficina - Quais ações desenvolver sob a perspectiva da prevenção combinada ao HIV e outras IST na atenção básica?

Neste encontro, antes da atividade em grupo, iremos discutir brevemente sobre as estratégias da prevenção clássica versus prevenção combinada na compreensão do cuidado integral.

As intervenções biomédicas clássicas ou prevenção clássica são fundamentalmente relacionadas a métodos de barreira física ao vírus, sendo adotadas como medida de prevenção à transmissão do HIV desde o início do enfrentamento à epidemia. Nesse sentido, os preservativos femininos e os masculinos são os métodos mais eficazes contra a infecção pelo HIV. Estudos indicam efetividade de 94% do preservativo masculino (WHO, 2014), em relação a proteção dos preservativos femininos, testes laboratoriais têm mostrado que eles também fornecem uma barreira física efetiva contra a transmissão do HIV (PADIAN et al, 2008).

Partindo-se do princípio da integralidade das ações de saúde, o Ministério da Saúde adota como estratégia para a prevenção ao HIV/AIDS a Prevenção Combinada, que corresponde na associação de diferentes medidas de prevenção baseadas em intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais (WHO, 2014). Assim, essa estratégia de prevenção faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e socioestrutural) aplicadas em múltiplos níveis (individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário, social) em resposta a necessidades específicas de determinados públicos e de determinadas formas de transmissão do HIV (UNAIDS, 2010). A conjugação dessas ações visa reduzir as lacunas de adesão aos métodos de prevenção clássicos, ao ofertar outros

métodos de prevenção; além disso, objetiva identificar precocemente o estado sorológico para iniciar o tratamento antirretroviral de modo oportuno, como forma de prevenir novos casos e melhorar a qualidade de vida das pessoas que já vivem com HIV/AIDS.

Após esta primeira discussão, convidaremos o grupo a realizar uma atividade em quatro etapas:

1- Os participantes se organizarão em grupos. Cada grupo terá temas diferentes a serem trabalhados:
   Grupo A) Prevenção clássica;
   Grupo B) Prevenção combinada – intervenções comportamentais;
   Grupo C) Prevenção combinada – intervenções biomédicas;
   Grupo D) Prevenção combinada – intervenções socioestruturais.
2- Cada grupo deverá propor as intervenções baseadas na EPS e nas linhas do cuidado integral.
3- Apresentação das intervenções sugeridas por cada grupo.
4- Compartilhamento das ações, sugestões e conclusões de cada grupo com o grupo original.

O planejamento do tempo dessa oficina terá aproximadamente 4 horas de duração.

6.5 Quarto encontro: Oficina - Oferta da PEP na atenção básica: Construção coletiva do fluxograma municipal

Neste encontro, antes da atividade em grupo, iremos discutir brevemente a estratégia da profilaxia pós exposição ao HIV, assim como rediscutir o fluxo municipal de atenção à vítima de violência sexual da APS já existente, com o objetivo de um possível alinhamento de fluxos.

A Profilaxia Pós-Exposição, ou simplesmente PEP, é uma medida de prevenção com a utilização de terapia antirretroviral (TARV) que evita a sobrevivência e a multiplicação do vírus HIV no organismo de uma pessoa.

A PEP deve ser iniciada, preferencialmente, nas primeiras duas horas, para melhor eficácia, e até 72 horas após a exposição de risco. O uso do antirretroviral deve se dar de maneira ininterrupta por 28 dias seguidos. A PEP é indicada a usuários que possam ter tido contato com o vírus em alguma

situação de risco, tais como: violência sexual; relação sexual desprotegida; e acidente ocupacional (BRASIL, 2021).

Após esta primeira discussão, convidaremos o grupo a realizar uma atividade em quatro etapas:

1- Os participantes se organizarão em grupos. Cada grupo terá temas diferentes a serem trabalhados e que ao final poderá compor o fluxograma de seguimento da oferta da PEP da AB:

Grupo A) Acolhimento para a PEP e avaliação de risco;

Grupo B) Investigação sorológica da pessoa exposta e da pessoa fonte e prescrição de PEP;

Grupo C) Acompanhamento clínico laboratorial;

Grupo D) Medidas para adesão à PEP.

2- Cada grupo deverá determinar as intervenções baseadas na EPS

3- Apresentação das intervenções sugeridas por cada grupo

4- Compartilhamento das ações, sugestões e conclusões de cada grupo com o grupo original, com o objetivo final de propor um fluxograma inicial da PEP na AB.

O planejamento do tempo dessa oficina terá aproximadamente 4 horas de duração.

7 CRONOGRAMA

Quadro 1: cronograma do projeto de intervenção.

Encontros	Fevereiro / 2023				Março / 2023				Abril / 2023			
Fase preliminar			21									
Oficina: Fundamentação teórica do conceito de EPS						14						
Capacitação: acolhimento, aconselhamento e TR							21					
Oficina: Ações da prevenção combinada								28				
Oficina: Oferta da PEP na AB									04			

8 RESULTADOS ESPERADOS

Pretende-se através do primeiro encontro “Oficina: - Fundamentação teórica do conceito de Educação Permanente em Saúde e sua relação com a prática profissional sob a ótica do acolhimento guiado pelo cuidado integral.”, fomentar o uso da educação permanente em saúde como importante ferramenta capaz de contribuir para a organização dos processos de trabalho da atenção primária em saúde, estimulando o fortalecimento das ações de prevenção combinada e as ações de cuidado integral da pessoa que vive com HIV e outras IST.

No segundo encontro “Capacitação teórico-prática – Acolhimento, aconselhamento e testes rápidos para HIV, Sífilis e hepatites virais” propõe-se capacitar e qualificar os profissionais da APS sobre acolhimento, aconselhamento e testes rápidos para HIV, Sífilis e hepatites virais, com o objetivo da ampliação da estratégia do aconselhamento e da ampla testagem rápida em toda a atenção primária em saúde.

Com o Terceiro encontro “Oficina - Quais ações desenvolver sob a perspectiva da prevenção combinada ao HIV e outras IST na atenção básica?” deseja-se estimular as ações de prevenção combinada em toda a atenção primária em saúde, que acreditamos irá contribuir para o controle da transmissão vertical, diagnóstico precoce das IST, tratamento oportuno e precoce etc.

No quarto encontro “Oficina - Oferta da PEP na atenção básica: Construção coletiva do fluxograma municipal” pretende-se sensibilizar os profissionais da APS sobre a importância da profilaxia pós exposição, bem como fomentar as intervenções possíveis dessa estratégia na APS, estimulando a implantação da PEP na atenção primária em saúde, promovendo a elaboração de um protocolo municipal.

Acreditamos que este projeto de intervenção contribua positivamente para a integração de gestores e profissionais da saúde da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária em Saúde do município de Ribeirão das Neves promovendo políticas públicas mais eficazes na prevenção das IST/HIV/AIDS e Hepatites virais.

As políticas de saúde são mais eficientes quando há diálogo e planejamento entre os gestores de saúde e quando há participação da comunidade e dos profissionais de saúde no processo de discussão, planejamento e implementação dessas políticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTOS, F. I.; BERTONI, N**. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/ FIOCRUZ, 2014. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019. Acesso em: 15 de maio de 2022.

BASTA PC**. As pestes do Século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história Comparada.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Boletim Epidemiológico Mineiro: **Análise epidemiológica de HIV/AIDS**. Belo Horizonte: Minas Gerais, 2021. Disponível em: https://ammg.org.br/wp-content/uploads/BEM-S%C3%-PDF.pdf. Acesso em 01 de set. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 162, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 278, de 27 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS**). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 42, 28 fev. 2014. Seção 1, p. 59-60.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis**/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância,

Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 08 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 5.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v.I. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf. Acesso em: 01 maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de HIV/ Aids.** Brasília; 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissiona**l / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cinco passos para elaboração de plano de educação permanente em saúde para as IST, HIV/Aids e Hepatites Virais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

BRASIL. **Portaria Conjunta** N° 1, de 16 de janeiro de 2013.

BRITO, AM, CASTILHO EA, SZWARCWALD CL. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2000; 34(2): 207-17. 3. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/zBSKHBDyfvfz7cLQp7fsSBg/. Acesso em: 08 de maio de 2022.

CECCIM, RB. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciênc. saúde coletiva. 2005; 10(4): 975-986.

CECILIO, LC**. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde**. In R. Pinheiro & RA Mattos, Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde IMS/UERJ/Abrasco. Rio de Janeiro. 2001; 113.

DOURADO, I. et al. **Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral.** Rev. Saúde Pública. 2006; 40 (Supl): 9-17. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/2234/1/03.pdf. Acesso em: 08 de maio de 2022.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Universidade Federal Fluminense, 2011.

Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf. Acesso em 22 de maio de 2022.

FREITAS, JG, et al. **Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/AIDS no ambiente de trabalho**. Rev. Esc. Enfermagem USP. 2012; 46(3):720-6. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ZMPy4YHzkVmxkmtmC68jt8F/?lang=pt&format=pdf. Acesso em 22 de maio de 2022.

KERR, L. et al. **Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 12 cidades brasileiras**. Relatório técnico entregue ao Departamento das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais, BRASIL, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa/. Acesso em 23 de abril de 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça**. A governança regional das Redes de Atenção à Saúde**. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate: Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS, 2016, p.55.

MERCEDES, et al**. Avaliação de Novas Tecnologias para Ampliar o Acesso aos Centros de Testagem e Aconselhamento em Aids**. Instituto de Saúde, 2013. Disponível em: https://search.bvs.org/gim/resource/pt/lil-711364. Acesso em: 08 de maio de 2022.

MERHY, E.E. Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. [Artigo de Opinião]. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v.1, n.1, p.07-14, abril, 2015.

PADIAN, N. et al. Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward. **Lancet**, [s.l.], v. 372, n. 9638, 2008.

PALACIO MB, et al. **O Cuidado em HIV/AIDS e a atenção primaria em saúde: possibilidades de integração da assistência**. Ver. Pisco. 2012 jul/set; 43 (3), 360-367.

PASCHE, D.F. (2009) **Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar**. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu. V.13, supl.1, pp.701-8. Disponível em: https://bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-524058?src=similardocs. Acesso em: 15 de maio de 2022.

PESSOA, L. R., et al. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011.

Plano de Enfrentamento a Sífilis no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Minas Gerais, 2021. Disponível em: https://ammg.org.br/wp-content/uploads/sifiis.pdf. Acesso em: 14 de agosto de 2022.

SCHAURICH, D, COELHO DF, MOTTA, MG. **A cronicidade no processo saúde-doenca: repensando a epidemia da Aids após os antirretrovirais.** Enfermagem UERJ, 2006.
Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/107165. Acesso em: 23 de abril de 2022.

SOUZA BMB, et al. **A política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica.** J Manag. Prim. Health Care. 2010; 1(1): 23-6.

SZWARCWALD CL, CASTILHO EA. **A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas.** Caderno de Saúde Pública. 2011; 27(Supl. 1): S4-5. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/7vjBb4W6xQ5LjW9Dp8J6Y5s/?format=pdf&lang=. Acesso em: 08 de maio de 2022.

UNAIDS. **Combination HIV Prevention:** Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. [S.l.:s.n.], 2010. Disponível em: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2010/20101006_JC2007_Combination_Prevention_paper Acesso em: 01 de maio de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations**. Genebra, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 03 de março de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração de alma-ata. Conferência Internacional de Cuidados Primários**. Alma-Ata: [s.n.], 1978. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf. Acesso em: 07 jun. de 2022.