

**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

**DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO
DO CTA NO ÂMBITO DA
PREVENÇÃO COMBINADA E NAS
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[http:// www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

Tiragem: 1ª edição – 2017 – 0 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

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
SRTVN, Quadra 701, lote D, Edifício PO700, 5º andar
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
Site: <http://www.aids.gov.br>
E-mail: aids@aims.gov.br

Edição:

Assessoria de Comunicação (ASCOM)

Revisão Ortográfica:

Angela Gasperin Martinazzo

Projeto Gráfico:

Fernanda Dias Almeida Mizael

Organização e Elaboração:

Adele Schwartz Benzaken
Alícia Krüger
Ana Monica de Mello
Carina Bernardes
Damiana Bernardo de Oliveira Neto
Dênis Roberto da Silva Petuco
Diego Agostinho Callisto
Elisiane Pasini
Gilvane Casimiro da Silva
Grasiela Damasceno de Araújo
Irene Smidt Valderrama
Ivanete Ribeiro Dias Carvalho
Kauara Rodrigues Dias Ferreira
Liliana Pittaluga Ribeiro
Márcia Rejane Colombo
Maria Vitória Ramos Gonçalves
Paula Emília Adamy
Rodrigo Favero Clemente
Sílvia Giugliani
Tainah Dourado de Miranda Lobo

Equipe Técnica:

Adele Schwartz Benzaken
Alexandre Grangeiro
Alexsana Sposito Tresse
Alícia Krüger
Ana Flávia Nacif Coelho Pires
Ana Izabel Costa de Menezes
Ana Lúcia Ferraz Amstalden
Ana Luiza Nepomuceno
Ana Monica de Mello
Carina Bernardes

Cintia Clara Guimarães da Silva
Clarissa Habckost Dutra de Barros
Cristiana Rocha
Damiana Bernardo de Oliveira Neto
Daniela Cristina Soares
Dênis Roberto da Silva Petuco
Denise Serafim
Diego Agostinho Callisto
Elisa Argia Basile Cattapan
Elisiane Pasini
Elton Carlos de Almeida
Filipe de Barros Perini
Gabriella Nunes Neves
Gilvane Casimiro da Silva
Gláucio Mosimann Junior
Grasiela Damasceno de Araújo
Irene Smidt Valderrama
Ivo Brito
João Geraldo da Silva Netto
Jorge Adrian Beloqui
José Boulosa Alonso Neto
José Nilton Neris Gomes
Juliana Uesono
Juliane Cardoso Villela Santos
Karina Wolffenbuttel
Kauara Rodrigues Dias Ferreira
Leonardo Ferreira de Almeida
Liliana Pittaluga Ribeiro
Lucia Gatti
Luciane Oscar
Maíra Taques dos Santos Christ
Márcia Leal
Márcia Rejane Colombo
Maria Vitória Ramos Gonçalves
Marihá Camelo Madeira de Moura
Melina Érica Santos
Nalu Both
Neide Fernandes Souza
Nilo Martinez Fernandes
Pâmela Cristina Gaspar
Paula Emília Adamy
Regiani Nunes de Oliveira
Regina Aparecida Comparini
Roberta Barbosa Lopes Francisco
Rodrigo Favero Clemente
Sandra Cristina Gomes
Sérgio D'Ávila
Sílvia Giugliani
Simone Monzani Vivaldini
Tainah Dourado de Miranda Lobo
Tatianna Meireles Dantas de Alencar
Thaís Gois Farias de M. Santos Lima

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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, 2017.

88 p. : il.

ISBN

1.

CDU 616.97

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0071

Título para indexação:

Lista de figuras

Figura 1 – Conjugação de possibilidades de ofertas no CTA	18
Figura 2 – Mudanças dos modelos de atenção	21
Figura 3 – Mandala de Prevenção Combinada do HIV.....	28
Figura 4 – As populações-chave	39
Figura 5 – As populações prioritárias	40

Lista de quadros

Quadro 1 – Intervenções da Prevenção Combinada do HIV	29
Quadro 2 – Populações-chave para HIV e hepatites B e C	37
Quadro 3 – Orientações pré e pós-teste para o HIV, sífilis e hepatites B e C	49
Quadro 4 – Possibilidades de estratégias de Redução de Danos	54
Quadro 5 – Exames que podem ser solicitados pelo profissional de enfermagem no CTA	62
Quadro 6 – Recomendações para a gestão do processo de vinculação	63
Quadro 7 – Perfil de cada tipo de CTA	79

Sumário

1. Histórico dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)	13
1.1 Alguns desafios do campo da prevenção	15
1.2 Perspectivas.....	16
2. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o lugar dos CTA	21
2.1 Linhas de Cuidado Integral ao HIV/aids	23
2.2 Apoio Matricial para a Atenção Básica e fortalecimento das respostas às IST, HIV/aids e hepatites virais.....	24
3. Prevenção Combinada do HIV	27
3.1 Prevenção Combinada do HIV e suas singularidades.....	30
3.2 O CTA que implementa a Prevenção Combinada.....	31
4. Segmentos populacionais mais afetados pela epidemia de HIV/aids e pelas hepatites virais	35
5. Atividades do CTA e seus diferentes arranjos	43
5.1 Princípios do CTA	43
5.2 Atividades do CTA	45
5.2.1 Acolhimento	45
5.2.2 Oferta de testagem do HIV, sífilis e hepatites B e C	46
5.2.3 Oferta de aconselhamento	50
5.2.4 Redução de Danos para pessoas que usam drogas, silicone industrial e hormônios	52
5.2.5 Oferta de insumos de prevenção	55
5.2.6 Prevenção baseada no uso de antirretrovirais.....	57

5.2.7 Oferta de imunizações para hepatite B e HPV	59
5.2.8 Cuidado contínuo às PVHIV e aos portadores das hepatites virais	60
5.2.9 Vinculação	61
5.2.10 Manejo das infecções sexualmente transmissíveis (IST), em especial a sífilis	64
5.2.11 Prevenção da Transmissão Vertical	64
5.2.12 Vigilância e notificações do HIV, sífilis e das hepatites B e C	65
5.2.13 Educação em Saúde.....	66
5.2.14 Educação Permanente em Saúde	70
6. Diferentes arranjos dos CTA nos diferentes contextos	73
6.1 CTA Tipo I	73
6.2 CTA Tipo II	75
6.3 CTA Tipo III	76

Introdução

A partir da década de 80, o então Programa Nacional de DST e Aids – atual Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS) – estimulou a estruturação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), tendo como objetivo a oferta da testagem gratuita, confidencial e anônima e do aconselhamento em IST/aids, a partir de uma abordagem de educação em saúde e de redução de riscos e vulnerabilidades.

A inclusão da testagem sorológica das hepatites virais nos CTA se deu a partir de 2004, o que implicou a reestruturação da rede de referência e a capacitação dos profissionais sobre os modos de transmissão, medidas de controle e interpretação de marcadores sorológicos desses agravos.

Contudo, a necessidade de ampliar o acesso das populações-chave e prioritárias aos serviços nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), aliada às ofertas das intervenções de Prevenção Combinada do HIV em suas diferentes conjugações, demandam mudanças estratégicas na articulação do CTA com as RAS.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde produziu três documentos que reforçam o novo paradigma de prevenção: 1) *Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*, que traz o detalhamento sobre a Prevenção Combinada e as estratégias de intervenções no âmbito do SUS, além de fornecer diretrizes, orientações e ferramentas para que gestores(as) e trabalhadores(as) do SUS atuem localmente, planejando e gerindo as ações a partir das especificidades de seus territórios e demandas das populações locais; 2) *5 Passos para Prevenção Combinada na Atenção Básica*, que detalha as possibilidades de intervenções no âmbito da AB e que faz parte do material HIV/Aids na Atenção Básica: Material para profissionais de saúde e gestores (BRASIL, 2017); e as presentes 3) *Diretrizes para organização e funcionamento do CTA no âmbito da Prevenção Combinada*, voltadas aos(às) gestores(as) e aos(às) trabalhadores(as) de saúde.

O presente documento foi organizado em seis capítulos: o primeiro traz o histórico do CTA, com os desafios enfrentados para ampliação do acesso à testagem e algumas perspectivas. O segundo capítulo trata das RAS e o lugar do CTA nas redes, em sua articulação nas Linhas de Cuidado Integral

ao HIV e sua função como apoiador matricial para a Atenção Básica e o fortalecimento das respostas às IST, HIV e hepatites virais. O terceiro capítulo discorre sobre a Prevenção Combinada do HIV, a conjugação das intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais e a incorporação destas no CTA. O quarto capítulo aborda o papel dos CTA junto aos segmentos populacionais mais afetados pela epidemia do HIV/aids. O quinto capítulo trata da especificação das atividades do CTA em seus diferentes arranjos e, por fim, o último capítulo traz as organizações do CTA em três diferentes tipos, contemplando as ofertas dos métodos de prevenção, tanto de barreira física como de barreira baseados em ARV, bem como outras funções, como a vinculação no cuidado contínuo do(a) usuário(a) e educação em saúde.

1

HISTÓRICO DOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA)

Uma das respostas à epidemia do HIV/aids foi a criação dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA. O primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (Coas), assim denominado na época, surgiu ao final de 1980, tendo como principais ações a oferta de testagem sorológica anti-HIV de forma confidencial e anônima, bem como a educação em saúde e aconselhamento para todas as pessoas que buscavam o serviço.

A principal recomendação era de que os CTA fossem implantados em locais de grande fluxo de pessoas e que fossem unidades fisicamente autônomas em relação a outras estruturas de saúde, sendo compostas por equipes próprias e multiprofissionais. O serviço deveria voltar-se, prioritariamente, aos segmentos populacionais identificados como de maior risco para a infecção, como homossexuais, trabalhadoras do sexo e pessoas usuárias de drogas injetáveis. O objetivo principal da estruturação da oferta da prevenção e do aconselhamento para o HIV/aids era interromper a cadeia de transmissão do vírus, o que deveria ser promovido pela realização de diagnóstico precoce das pessoas infectadas e seus(suas) parceiros(as); pela absorção de pessoas que buscavam bancos de sangue para realização do diagnóstico; pela oferta do aconselhamento; pela distribuição de insumos de prevenção e informações apropriadas e cientificamente embasadas; e pelo encaminhamento das pessoas com resultado positivo para o HIV aos serviços de referência e aos grupos de base comunitária das organizações da sociedade civil que trabalhavam com o tema (BRASIL, 2010).

Na década de 1990, os CTA se tornaram referência para o acesso universal à testagem e aconselhamento em HIV/aids para a população geral e os segmentos

populacionais considerados em situação de maior risco e vulnerabilidade para o HIV/aids. As ações de testagem e aconselhamento passaram a ocupar lugar privilegiado entre as estratégias ofertadas no campo da prevenção.

No caso das hepatites virais, a inclusão da testagem sorológica nos CTA se deu a partir de 2004, o que implicou a reestruturação da rede de referência, a capacitação dos(das) trabalhadores(as) sobre os modos de transmissão, a adoção de medidas de controle e a interpretação de marcadores sorológicos.

Ao longo dos mais de 30 anos de epidemia, a infecção pelo HIV foi desenvolvendo características de uma condição crônica e, em paralelo, o avanço do cuidado e a simplificação do tratamento incidiram na mudança do modelo de prevenção, a fim de responder a uma concepção de cuidado não mais centrada apenas nas ações de atenção e tratamento, mas, sobretudo, que incorporasse a promoção da qualidade de vida e a intervenção em fatores de vulnerabilidade. Observou-se que o modelo centrado unicamente em serviços especializados apresentava deficiências e viu-se a necessidade de ampliar o acesso às ofertas no campo da prevenção, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente. Além disso, foi necessário qualificar as estratégias do campo da prevenção, incluindo intervenções mais focadas ou específicas para as pessoas em situação de maior vulnerabilidade e voltadas à melhoria da qualidade de vida das Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV).

Considerando a incorporação das inovações tecnológicas e terapêuticas para o controle da epidemia do HIV, os CTA são estruturas estratégicas para fortalecer as ofertas de intervenções de Prevenção Combinada do HIV de forma compartilhada e de acordo com as necessidades singulares de cada usuário(a).

Segundo a pesquisa de 2011 *Novas Tecnologias para Acesso ao Diagnóstico em CTA* – Instituto de Saúde – SP (MERCEDES et al., 2013), as pessoas mais expostas ao risco de infecção pelo HIV:

- » Procuram com menor frequência o diagnóstico, mesmo quando oferecido por meio de campanhas e pelo serviço de saúde;
- » Não estão vinculadas aos serviços de saúde e tendem a não revelar as situações de exposição ao HIV, mesmo em serviços especializados em HIV/aids;
- » Não chegam ou demoram a chegar aos serviços de tratamento imediatamente após o diagnóstico do HIV; e
- » Nem sempre utilizam o preservativo, porque não querem ou não conseguem.

A compreensão das equipes de saúde sobre essas questões, em paralelo com a implementação das ações de Prevenção Combinada nos CTA, é

fundamental para o alcance dos objetivos desses serviços, reforçando sua missão na promoção da equidade e ampliação de acesso na prevenção e cuidado integral às IST, HIV/aids e hepatites virais no SUS.

1.1 Alguns desafios do campo da prevenção

Falar sobre os riscos e vulnerabilidades para as IST, HIV/aids e hepatites virais é uma tarefa que requer atenção diferenciada, pois é preciso quebrar as barreiras e limitações para dialogar sobre as experiências cotidianas da sexualidade e sua correlação com a oferta do serviço. É importante reconhecer que a sexualidade está permeada por valores, culturas e desigualdades, e que a abordagem sobre a vivência sexual precisa contemplar formas de superar estigmas e preconceitos relacionados a perspectivas heteronormativas.

O tema da sexualidade aparece nas abordagens relacionadas ao incentivo ao uso de insumos de prevenção, como a oferta de preservativos feminino e masculino e gel lubrificante, partindo da perspectiva de que o uso desses insumos se conecta com o corpo e seus desejos. Mesmo assim, sabe-se que, para se trabalhar uma maior adesão ao uso, é necessário buscar uma maior erotização desses insumos, para que eles possam ser incorporados de fato na "cena" sexual. Nesse sentido, a abordagem sobre a sexualidade precisa envolver questões de gênero, identidade de gênero e orientação sexual, de maneira a compreender as diferentes vivências sexuais e processos identitários existentes, para que se possa acolher de forma adequada a diversidade e a singularidade de cada sujeito.

Porém, quando se trata das novas intervenções biomédicas para a Prevenção Combinada do HIV, como a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), é importante considerar uma abordagem que não enfoque apenas a medicalização, correndo o risco de deixar o corpo e o tema da sexualidade de lado, pois se o tema da sexualidade não está presente no cotidiano das pessoas, há um maior risco de que as intervenções passem por julgamentos morais e juízos de valor, o que afeta diretamente a forma como cada pessoa se sente ou não acolhida.

Outro aspecto que precisa ser considerado é a relação do uso de álcool e/ou outras drogas com as IST, HIV e hepatites virais. O uso abusivo de álcool e outras drogas, mesmo quando ocorre de forma esporádica, pode ser fator de risco em relação aos agravos, principalmente pela via sexual, pois tende a levar ao relaxamento em relação aos métodos de prevenção¹.

¹Essa questão foi intensamente debatida na reunião do Grupo de Trabalho de Prevenção, promovido pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do MS, ocorrida em Brasília, nos dias 11 e 12 de agosto de 2016.

Contudo, a necessidade de ampliar o acesso articulado nas RAS, aliada às intervenções conjugadas de Prevenção Combinada do HIV, demandam mudanças estratégicas na articulação destas com os CTA.

1.2 Perspectivas

Diante das possibilidades de conjugação das intervenções de Prevenção Combinada do HIV, o CTA, enquanto serviço especializado na prevenção do HIV, das IST e das hepatites virais, tem um papel estratégico para as ofertas das ações de Prevenção Combinada, o que demanda articulação e incorporação dessas intervenções nas RAS. Para tanto, faz-se necessária a redefinição do papel dos CTA nas RAS, contemplando as diferentes realidades, contextos locais e capacidades de resposta, buscando sempre ofertar o maior nível de resolubilidade possível em relação às necessidades das populações prioritárias atendidas nos serviços.

As ações de prevenção ofertadas pelo CTA não ocorrem de forma isolada e devem interagir com outras ações de resposta à epidemia do HIV. Nesse sentido, os CTA têm o importante papel de potencializar a incorporação das ações de Prevenção Combinada do HIV nas RAS, especialmente no que concerne à intensificação do processo de descentralização da testagem e aconselhamento para o HIV, para a sífilis e para as hepatites B e C na AB e à qualificação das estratégias de prevenção de forma também a superar o modelo centrado em serviços especializados. Ressalta-se que a ampliação das ações de testagem e prevenção para a rede básica é essencial, pois contribui para o controle da transmissão vertical, para o registro de novos casos e para a identificação de importantes coinfeções, tais como HIV/hepatites B e C, HIV/tuberculose, HIV/sífilis e/ou outras IST.

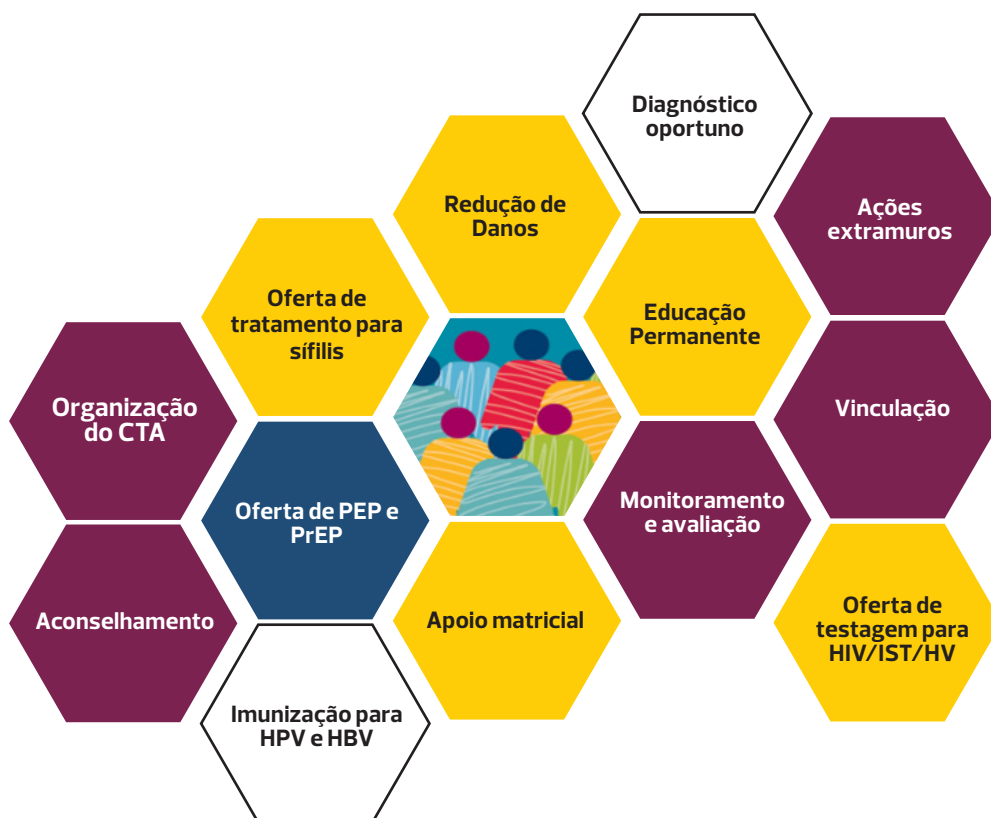
Assim, o MS preconiza que os CTA, de acordo com suas possibilidades, contextos locais e capacidade de resposta, tenham como propósitos essenciais:

- » Fortalecer a atenção às populações-chave e populações prioritárias para a epidemia do HIV;
- » Fortalecer o atendimento em relação às hepatites virais;
- » Aprimorar o acesso dos(as) usuários(as) aos insumos de prevenção e o incentivo ao uso dos preservativos feminino e masculino e gel lubrificante;
- » Diagnosticar e tratar a sífilis e realizar o manejo integral das demais IST, seja com ou sem laboratório – conforme o PCDT-IST (BRASIL, 2015a) – ou realizar encaminhamento seguro e compartilhado para o respectivo diagnóstico e tratamento;

- » Ofertar e ampliar as profilaxias pré e pós-exposição ao HIV;
- » Ofertar ou referenciar a vacina hepatite B e HBIg (Imunoglobulina Humana Específica Anti-hepatite B);
- » Propiciar diagnóstico oportuno e vinculação para tratamento do HIV e para a triagem e vinculação das pessoas com hepatites B e C;
- » Apoiar matricialmente os serviços da AB para implantação e implementação das ações de Prevenção Combinada;
- » Fazer a vinculação dos casos positivos de HIV e hepatites B e C aos serviços de referência e se corresponsabilizar pela retenção e adesão ao tratamento;
- » Contribuir para a construção de estratégias de educação em saúde que envolvam a comunidade;
- » Trabalhar com a diretriz da Redução de Danos para o cuidado integral das pessoas que usam drogas, silicone industrial e hormônios;
- » Constituir parcerias com instituições locais (ONG, universidades, escolas e outros), visando a realização de atividades de prevenção que contribuam para a ampliação do acesso, adesão à prevenção e cuidado ao HIV e às demais IST;
- » Notificar os casos de HIV, hepatites B e C e sífilis e estabelecer os respectivos fluxos juntamente com a área de vigilância epidemiológica local;
- » Produzir informações para o planejamento das ações de enfrentamento e controle das IST, HIV e hepatites virais em nível local.

A Figura 1, a seguir, representa a conjugação de possibilidades ofertadas pelo CTA.

Figura 1 – Conjugação de possibilidades de ofertas no CTA



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

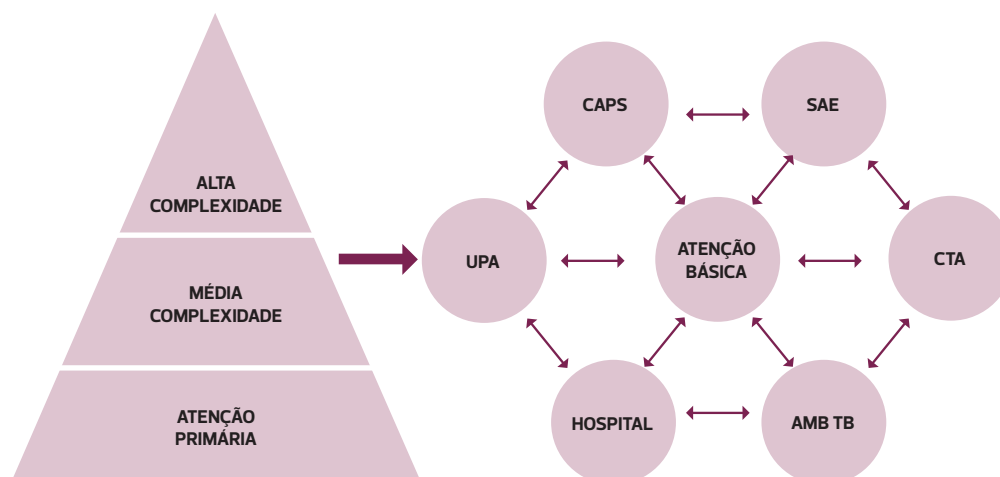
2

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) E O LUGAR DOS CTA

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. 53).

A Figura 2 representa a mudança de concepção do modelo piramidal para o modelo de redes de atenção à saúde, baseado em Eugênio Vilaça Mendes (2016).

Figura 2 – Mudanças dos modelos de atenção



Fonte: DIAHV/SVS/MS (2017), baseado em Mendes (2011).

Nessa concepção de redes, a Atenção Básica é o centro de comunicação (MENDES, 2016). No entanto, nesse modelo de atenção, apesar de a AB ser porta de entrada preferencial, ela não é a única, uma vez que na atenção à saúde essas entradas não devem ser rígidas e o usuário pode utilizar-se de qualquer ponto da rede para suprir sua necessidade em saúde. 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).

O Ministério da Saúde preconiza cinco redes temáticas prioritárias de atenção à saúde. Assim, a partir da Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT):

- » Rede Cegonha (Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011);
- » Rede de Urgência e Emergência – RUE (Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011);
- » Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas – RAPS (Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011);
- » Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012); e
- » Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014).

Essas redes são estabelecidas a partir de diversos Pontos de Atenção à Saúde, entendidos como os espaços nos quais se ofertam determinados serviços.

Não há uma RAS específica para o HIV/aids, pois as ofertas de Prevenção Combinada do HIV e de cuidado contínuo ao HIV/aids devem estar incorporadas às redes existentes e o cuidado deve ser integral.

Tendo em vista que os modelos de atenção às condições crônicas requerem respostas que contemplem as ações de promoção da saúde, de prevenção e do cuidado contínuo, a atenção integral só é possível se for organizada em rede. A formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tem se mostrado uma forma de organização eficaz para responder a alguns desafios estruturais e epidemiológicos, trazendo melhores resultados para os indicadores de saúde (BRASIL, 2013a).

Para que se consiga alcançar a singularidade de cada caso, cada serviço de atenção à saúde precisa ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado e como mais um elemento no itinerário que o(a) usuário(a) percorre. Para tanto, é necessária a organização dos processos de trabalho a fim de colocar o(a) usuário(a) e suas necessidades na centralidade das ações programadas, como forma de superar o modelo fragmentado e promover a integralidade (PESSÔA, 2011). Nesse sentido, as ações e intervenções em saúde no âmbito das RAS se operacionalizam, via de regra, a partir de duas ferramentas de microgestão e qualificação da rede:

- » Diretrizes Clínicas (protocolos); e
- » Linhas de Cuidado.

Em relação às diretrizes clínicas, já estão estabelecidos, para a oferta das ações de intervenções biomédicas que compõem a Prevenção Combinada do HIV, vários PCDT e manuais técnicos elaborados pelo Ministério da Saúde.

Em relação às Linhas de Cuidado, estas são formas de promover a integralidade e de fazer conexões com os pontos das RAS, como será melhor especificado a seguir.

2.1 Linhas de Cuidado Integral ao HIV/aids

As Linhas de Cuidado Integral incorporam a ideia de integralidade na atenção à saúde, o que significa: agregar ações de promoção da saúde, prevenção a agravos, cuidado e reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos de que o(a) usuário(a) necessita; e investir em processos de educação permanente em saúde para fortalecer os(as) trabalhadores(as) da saúde e qualificar as ações.

Nessa lógica, as Linhas de Cuidado Integral ao HIV/aids integram ações e fluxos assistenciais para promoção da saúde, oferta das ações de Prevenção Combinada e cuidado contínuo, podendo ser desenhados diferentes fluxos assistenciais para cada um desses enfoques, de acordo com a realidade local.

Para que se estabeleçam os fluxos assistenciais, é necessário mapear a rede de serviços existente e o potencial de cada serviço para o atendimento do agravado.

A Linha de Cuidado deve ser desenvolvida a partir da discussão entre os serviços do território que compõem a RAS e, posteriormente, poderá ser pactuada nas instâncias de gestão e controle social locais. Ao estabelecer os pontos de atenção no território, deve ser considerado o perfil epidemiológico local, lembrando que no Brasil existe uma epidemia concentrada do HIV – portanto, é primordial que essa questão seja observada.

Desse modo, não é de responsabilidade do MS determinar uma Linha de Cuidado única, ficando a cargo das gestões locais estabelecê-las segundo as suas realidades territoriais.

É importante frisar que, para que sejam estabelecidas as Linhas de Cuidado Integral ao HIV/aids, é necessário o envolvimento de todos os serviços implicados no cuidado. Os serviços especializados em HIV/aids, como o CTA e SAE, são alguns dos pontos dessa rede, sendo a AB coordenadora desse cuidado numa lógica compartilhada.

Salienta-se que as Linhas de Cuidado desenhadas e implementadas localmente não encerrarão todas as possibilidades de execução das ações de Prevenção Combinada do HIV. Além disso, também é necessário que o CTA estabeleça articulações intersetoriais e pactuações com serviços de atenção às outras IST, hepatites virais e tuberculose, além dos serviços de outras redes, como a RAPS e RUE.

Também deverá estar explícita na linha de cuidado a rede de apoio diagnóstica e a forma de vinculação com os serviços de referência para o tratamento, os serviços de urgência e emergência e a rede de assistência social.

2.2 Apoio Matricial para a Atenção Básica e fortalecimento das respostas às IST, HIV/aids e hepatites virais

O Apoio Matricial na Atenção Básica está em consonância com um modelo de atenção que quebra a lógica dos especialismos e preconiza a integralidade, ajudando a fortalecer as Linhas de Cuidado Integral ao HIV/aids. O matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2004). Essa relação traz a “possibilidade de realizar a clínica ampliada, a integração e diálogo entre diferentes especialidades e profissões” (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Nessa lógica, os(as) trabalhadores(as) das diversas áreas que compõem os CTA e os SAE devem dar suporte às redes de atenção à saúde, prioritariamente às equipes da Atenção Básica, atuando como facilitadores(as) de um processo de educação permanente. Esses(as) trabalhadores(as), ao atuarem como orientadores(as), apoiadores(as) e supervisores(as), ampliarão e qualificarão ainda mais as suas ações referentes à Prevenção Combinada do HIV e à ampliação do diagnóstico e do tratamento da sífilis, das hepatites virais e de outras IST.

Como exemplo de atividades de apoio matricial, as equipes dos CTA podem:

- » Participar de reuniões de equipe da Atenção Básica para discussão de casos dos(as) usuários(as) e, assim, acompanhá-los conjuntamente;
- » Realizar seminários temáticos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Consultórios na Rua (CnaR) para que as equipes de Atenção Básica incorporem conhecimentos com relação aos agravos, Prevenção Combinada do HIV e prevenção e tratamento das IST, HIV/aids e hepatites virais;
- » Realizar atendimentos conjuntos com profissionais da Atenção Básica, em UBS, ESF, CnaR ou no SAE, além de disponibilizar contatos para que as equipes de referência possam recorrer ao apoio matricial em situações emergenciais;
- » Desenvolver outras ações de cuidado compartilhado planejadas entre os serviços da RAS.

De toda forma, salienta-se que é preciso romper com a visão hierárquica dos diferentes graus de complexidade dos serviços de saúde, que faz supor a Atenção Básica menos complexa que as unidades de maior densidade tecnológica, como os serviços no nível secundário e terciário de atenção à saúde. A integralidade na atenção, a partir da constituição de redes de atenção à saúde, pressupõe que as diferentes dimensões do cuidado – nesse caso, as ações preventivas – sejam interorganizacionais, visto que nenhuma organização por si só dispõe da totalidade dos recursos necessários para atender às necessidades de saúde de uma dada população (MENDES, 2011).

Nessa lógica de atenção à saúde, o documento *5 Passos para Implementação da Linha de Cuidado para Pessoa Vivendo com HIV e Aids* (BRASIL, 2017) estabelece recomendações para o cuidado integral em HIV/aids dos(as) usuários(as) na AB, na perspectiva de um modelo assistencial matriciado, em que diferentes níveis de atenção participam de diferentes pontos das RAS, considerando a complexidade das ações.



3

PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV

O termo "Prevenção Combinada do HIV" remete à ideia de conjugação de diferentes ações de prevenção, tanto em relação ao HIV quanto aos fatores associados à infecção, sendo esse o ponto de partida para sua conceituação. Assim, sua definição parte do pressuposto de que diferentes abordagens devem ser conciliadas em uma estratégia conjunta, em que as partes não se dissociam do todo que compõem. Nesse sentido, o termo pressupõe a combinação das três abordagens possíveis na formulação de estratégias de prevenção do HIV: as abordagens biomédica, comportamental e estrutural. A simples conjugação dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados do termo "Prevenção Combinada".

Uma segunda definição em relação ao termo remete aos diferentes focos que devem ser abordados em estratégias de prevenção ao HIV: a combinação de ações centradas nos indivíduos, em seus grupos sociais e na sociedade em que vivem. A premissa básica estabelecida é a de que estratégias de prevenção abrangentes devem observar, de forma concomitante, esses diferentes focos, levando sempre em consideração as singularidades dos sujeitos e as especificidades dos meios em que estão inseridos.

O Ministério da Saúde, a partir dessas duas perspectivas, define "Prevenção Combinada do HIV" como:

Estratégia de prevenção do HIV que faz uso conjunto de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, aplicando-as no nível dos indivíduos e de suas relações; dos grupos sociais a que pertencem; ou na sociedade em que vivem, mediante ações que levem em consideração as necessidades e especificidades desses indivíduos e as variadas formas de transmissão do vírus.

O símbolo da mandala (Figura 3) representa a combinação de algumas das diferentes estratégias de prevenção (biomédicas, comportamentais e estruturais), pois apresenta a ideia de movimento em relação às possibilidades de prevenção, tendo as intervenções estruturais (marcos legais) como base dessa conjugação.

Figura 3 – Mandala de Prevenção Combinada do HIV



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

O Quadro 1, a seguir, apresenta as diferentes intervenções da Prevenção Combinada do HIV.

Quadro 1 – Intervenções da Prevenção Combinada do HIV

CATEGORIA	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS DE AÇÕES
Intervenções Biomédicas	São estratégias voltadas à redução do risco de exposição ou de transmissibilidade, mediante o uso de antirretrovirais ou de outras tecnologias biomédicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Preservativos feminino e masculino associados ao gel lubrificante; - Tratamento para Todas as Pessoas – TTP; - Profilaxia Pós-Exposição – PEP; - Profilaxia Pré-Exposição – PrEP; - Prevenção e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST; - Imunização para hepatite B e HPV; - Prevenção da Transmissão Vertical.
Intervenções Comportamentais	São estratégias que proporcionam aumento da informação e do conhecimento da percepção ou da autoavaliação do risco à exposição ao HIV e contribuem efetivamente para a redução desse risco, mediante incentivos a mudanças de comportamento individual ou comunitário.	<ul style="list-style-type: none"> - Adesão ao uso de preservativos masculino e feminino e gel lubrificante; - Aconselhamento em HIV, hepatites virais e outras IST (abordagem sobre redução e gerenciamento de risco e as possibilidades num determinado momento e contexto da vida, fortalecendo a autonomia do indivíduo); - 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; - Redução de Danos para as pessoas que usam silicone industrial e hormônios; - Estratégias de comunicação e educação entre pares e fortalecimento das ações de base comunitária; - Campanhas de prevenção em HIV, hepatites virais e outras IST.
Intervenções Estruturais	São estratégias voltadas a enfrentar fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais específicos que sofrem preconceito, estigma, discriminação, violência ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana.	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de enfrentamento ao estigma e discriminação, como racismo, sexismo, machismo, homofobia, transfobia, lesbofobia e outras formas de exclusão; - Promoção e defesa dos Direitos Humanos; - Políticas afirmativas de garantias de direitos; - Diminuição das desigualdades socioeconômicas; - Campanhas educativas e de conscientização.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

3.1 Prevenção Combinada do HIV e suas singularidades

A oferta das ações de Prevenção Combinada deve considerar as especificidades das populações-chave e prioritárias. A conjugação de diferentes métodos pode trazer mudanças importantes na forma como os indivíduos e segmentos populacionais lidam com os riscos e com a prevenção, refletindo em maior autonomia de prevenção diante da epidemia do HIV (GRANGEIRO et al, 2015).

Alguns estudos (HEARST; CHEN, 2004, apud GRANGEIRO et al., 2015) apontaram que homens heterossexuais optam com maior frequência pelo uso do preservativo masculino em relações com parcerias ocasionais, e homens homossexuais adotam amplamente relações sexuais não penetrativas e conhecimento sorológico como instrumentos de prevenção (MCCONNELL; BRAGG; SHIBOSKI et al., 2010, apud GRANGEIRO et al., 2015). Outros estudos (KORNER; HENDRY; KIPPAX, 2006, apud GRANGEIRO et al., 2015), na Austrália e nos Estados Unidos, mostraram que o uso da PEP por homossexuais ocorre, majoritariamente, para suprir falhas no uso de outros métodos. Ao mesmo tempo, a combinação do uso do preservativo e da TARV, conforme Patel et al. (apud GRANGEIRO et al., 2015), reduz o risco de infecção nas relações sorodiferentes em 99,2% (GRANGEIRO et al., 2015).

Já o preservativo feminino, para as mulheres cisgênero profissionais do sexo, tem contribuído para o aumento da autonomia e práticas sexuais seguras, contribuindo para a redução de riscos relacionados às relações desprotegidas (GRANGEIRO et al., 2015).

Importante ressaltar que o acesso aos métodos preventivos envolve vínculo com os serviços de saúde e de base comunitária, como organizações governamentais e não governamentais, permitindo às pessoas que os buscam se beneficiarem de outras estratégias de cuidado.

De acordo com Ferraz e Paiva, "cada pessoa ressignifica a cada encontro os discursos sobre prevenção a que tem acesso, de acordo com sua experiência, seu contexto particular de vida e seus projetos de felicidade" (FERRAZ; PAIVA, 2015). Sendo assim, os exemplos acima apresentam contextos singulares e algumas medidas preventivas para cada população-chave, as quais não se esgotam nessas possibilidades.

Além disso, as ofertas de intervenções biomédicas por meio de medicamentos não alcançam uma série de questões daí derivadas. Há que se exercitem outros modos de responder ao agravo, como a conjugação das intervenções biomédicas com as comportamentais e estruturais, de modo a não abrir mão dos avanços farmacêuticos, tratamento e exames, mas passando pelo que vai além do que é prescrito pela saúde (SEFFNER; PARKER, 2016).

A história da resposta à epidemia ensinou sobre a importância de alinhar a distribuição de insumos com conversa franca sobre as sexualidades, de forma implicada com o enfrentamento à discriminação e defesa dos direitos das pessoas mais afetadas pela epidemia (FERRAZ; PAIVA, 2015). É preciso que esses temas, das sexualidades, enfrentamento à discriminação, autonomia dos corpos, respeito pelas diversas escolhas e defesa dos direitos humanos siga permeando todas as ofertas de Prevenção Combinada do HIV, em quaisquer das intervenções.

Ressalvado isso, é importante resgatar o papel do CTA de promover a equidade e qualificar o acesso aos segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade às ações de Prevenção Combinada do HIV, garantindo o respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção.

3.2 O CTA que implementa a Prevenção Combinada

A organização dos processos de trabalho no CTA deve estar centrada no(a) usuário(a) e em suas necessidades. Deve prevalecer o uso de tecnologias leves (as tecnologias das relações, como as intervenções comportamentais e estruturais) e leve-duras (tecnologias definidas pelo conhecimento técnico, a exemplo das intervenções biomédicas, como Tratamento para Todas as Pessoas, PrEP e PEP) para a produção do cuidado². O(a) usuário(a) deve contar com uma equipe multiprofissional operando por meio de diretrizes como acolhimento, oferta do aconselhamento, desenvolvimento de estratégias para ampliar a captação das populações-chave, vinculação dos(as) usuários(as) aos serviços estabelecidos pela linha de cuidado e apoio matricial às unidades de AB, sendo que, nesse tipo de organização, o cuidado é realizado de forma compartilhada entre as equipes da AB e a equipe especializada.

É necessário entender a especificidade de cada indivíduo, de forma tanto a auxiliar cada pessoa a inserir-se no serviço e fazer uso das tecnologias ofertadas como também ajudá-la a melhor avaliar sua situação, as alternativas e limites existentes, e a escolher conscientemente a estratégia de prevenção mais adequada.

Sendo assim, uma boa resposta no plano individual deve favorecer o exercício da autonomia, pois busca instrumentalizar o indivíduo a decidir e a se posicionar frente a situações específicas de sua vida, tais como a testagem anti-HIV, prevenção e tratamento das IST e do HIV/aids. Tem como ponto de partida uma relação interpessoal e dialógica, com base em saberes

² As definições sobre as intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais da Prevenção Combinada do HIV serão encontradas no próximo subcapítulo, 2.4 – “Prevenção Combinada do HIV”.

técnicos. Está alicerçada em atitudes e posturas pessoais, fundamenta-se em pesquisas, protocolos, fluxos e procedimentos mais gerais, mas deve sempre ser modificada pela leitura e pela escuta cuidadosa da realidade individual. Assim, ela é construída a cada instante, no momento do encontro com o outro, e exige que o(a) trabalhador(a) esteja atento(a) ao que é dito, pedido e vivido no momento do atendimento.

4

SEGMENTOS POPULACIONAIS MAIS AFETADOS PELA EPIDEMIA DE HIV/AIDS E PELAS HEPATITES VIRAIS

No contexto de epidemia concentrada do HIV, entende-se a necessidade de reforçar ações de Prevenção Combinada voltadas especialmente às pessoas que pertencem aos segmentos populacionais considerados mais vulneráveis à infecção. Tais segmentos são denominados e considerados *populações-chave* e *populações prioritárias* para as ações de prevenção e cuidado contínuo e integral.

O conceito de *população-chave* não remete aos antigos conceitos de *população de risco* e *comportamento de risco*, pois não atribui as probabilidades de infecção somente aos indivíduos e aos seus comportamentos, mas considera todos os aspectos de seus contextos sociais e estruturais que os colocam em situações de maior vulnerabilidade para os agravos. Uma pessoa que não consegue acessar informações, seja pelo seu baixo grau de instrução, seja porque se encontra em uma situação de exclusão social, está mais vulnerável à infecção pelo HIV. Da mesma forma, uma pessoa que não consegue acessar os serviços de saúde, seja porque eles inexistem ou são muito distantes, seja porque não acolhem ou não respondem às necessidades dos(as) usuários(as), ou, ainda, porque criam barreiras para o atendimento, poderá estar mais vulnerável a ser infectada e mais propensa a transmitir a infecção. Mais do que tudo, as diretrizes técnicas e políticas devem considerar o princípio da equidade, segundo o qual se deve direcionar mais ações para aqueles que mais precisam.

Os dados epidemiológicos demonstram as altas prevalências de HIV/aids entre alguns segmentos populacionais quando comparadas com as prevalências da população geral. Além disso, essas populações estão inseridas

em contextos de grande vulnerabilidade, enfrentando situações de violência, pobreza, racismo, estigmatização e criminalização, o que contribui fortemente para serem as mais expostas aos agravos.

Face ao exposto, são populações-chave para o HIV:

- » **Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)**, com prevalência de 10,5% (KERR, 2009);
- » **Pessoas que usam drogas**, com prevalência de 5,9% (BASTOS, 2009); pessoas que usam crack e similares (pasta base, merla e oxi), com prevalência de 5,0% (BASTOS; BERTONI, 2014);
- » **Trabalhadoras do sexo**, com prevalência de 4,9% (SZWARCOWALD, 2009).

Além dessas, outras duas populações que não estão contempladas nos dados oficiais, mas são consideradas pelo Ministério da Saúde como chave para a epidemia do HIV no Brasil, são as **pessoas trans** e as **pessoas em privação de liberdade**³.

Com relação às hepatites virais, os atuais manuais da OMS sobre testagem para hepatites B e C já fazem referências às populações-chave como sendo as mesmas do HIV. Além disso, em relação à coinfeção, dados do Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais demonstram que, das pessoas que têm hepatite B, 5,2% são coinfectadas com HIV, e das que têm hepatite C, 9,0% são coinfectadas com HIV (BRASIL, 2016).

O Quadro 2, a seguir, apresenta uma breve conceituação dos segmentos populacionais que constituem a **população-chave**.

³ Para estimativas de prevalência e mais informações sobre estas populações-chave, consulte o documento "Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para trabalhadores e gestores de saúde" (BRASIL, 2017).

Quadro 2 – Populações-chave para HIV e hepatites B e C

POPULAÇÃO	DEFINIÇÃO
Trabalhadoras(es) do sexo	São pessoas adultas que exercem a troca consensual de serviços, atividades ou favores sexuais por dinheiro, bens, objetos ou serviços que tenham valor, seja ou não monetário, podendo assumir as mais variadas formas (UNAIDS, 2015). A prostituição pode ser realizada pela(o) profissional de forma ocasional ou regular (independentemente da frequência ou esporadicidade), e nos mais diversos espaços e situações. Pode envolver a intermediação por um terceiro, ou a negociação direta entre profissional e cliente. O que a define é, sobretudo, o consentimento das partes engajadas na transação entre os serviços sexuais e as variadas formas de pagamento. No Brasil, considera-se população-chave ao HIV as mulheres cisgêneras trabalhadoras do sexo. A atividade da prostituição é realizada também pelas mulheres transexuais, travestis e homens trans, bem como pelos homens cisgêneros heterossexuais, gays e HSH.
Pessoas que usam álcool e outras drogas	São aquelas pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas que podem estabelecer tanto uma relação de abuso como de dependência com o uso. Geralmente, as pessoas que desenvolvem padrão de dependência com o uso de álcool e outras drogas apresentam perdas pessoais, afetivas e/ou laborais na vida em função do seu padrão de consumo e condições de vulnerabilidades sociais, com risco elevado de contrair ou transmitir agentes infecciosos por via sanguínea ou sexual. Entretanto, para além da relação de dependência, o uso abusivo de álcool e outras drogas, mesmo quando ocorre de forma esporádica, pode ser fator de risco em relação aos agravos, principalmente pela via sexual, pois pode levar ao relaxamento em relação aos métodos de prevenção.
Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)	HSH são homens que se envolvem em atividades sexuais com outros homens HSH, independentemente de como se veem, sendo que muitos não se identificam ou reconhecem como gays, homossexuais ou bissexuais (UNAIDS, 2006). Diferentemente, o perfil de identidade dos gays é construído com base nas suas relações e manifestações de comportamentos, compartilhados com outros homens que possuem a mesma forma de se relacionar e definir seus respectivos grupos sociais com base em indivíduos de mesma orientação sexual (WHO, 2014).
Pessoas trans	São pessoas cuja identidade e expressão de gênero diferem das normas e expectativas tradicionalmente associadas com sua genitália de nascimento. Inclui mulheres transexuais, homens trans e travestis.
Pessoas privadas de liberdade	São as pessoas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciadas para cumprimento de pena privativa de liberdade (nos regimes fechado, semiaberto ou aberto) ou em medida de segurança.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Além dessas populações-chave, é preciso observar que demais segmentos populacionais também apresentam fragilidades que os tornam mais vulneráveis ao HIV/aids do que a média da população e, portanto, também devem ser priorizados em ações específicas de prevenção. São populações prioritárias:

- » População negra;
- » População jovem;
- » População em situação de rua; e
- » População indígena.

O desafio em relação à população negra é o enfrentamento do racismo institucional como fator estruturante, que sobrepõe as diversas vulnerabilidades desse grupo demográfico, dada a sua proporção em relação à população do país e as condições de vida. Além disso, é preciso considerar que as informações das variáveis pretas e parda se constituem como elementos de caráter transversais aos outros segmentos populacionais. Segundo dados atualizados do censo demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais da metade da população brasileira (54%) se autodeclarou como sendo preta ou parda (os dois grupos agregados na definição utilizada pelo IBGE para o cálculo do total de negros na população brasileira) (BRASIL, 2016).

De igual maneira, a proporção de jovens em relação ao total da população brasileira também representa um desafio às ações de prevenção ao HIV/aids. Os dados epidemiológicos apontam para a importância de priorizar a população jovem nas ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, considerando que a taxa de detecção e a incidência do HIV/aids vem aumentando ao longo da última década nessa população (BRASIL, 2016b).

Em relação à população em situação de rua e à população indígena, é fundamental considerar a dinâmica local em cada município, região ou estado. Essas duas populações estão relacionadas às dinâmicas sociais locais e, portanto, variam de acordo com o território. Suas fragilidades e vulnerabilidades se devem a contextos históricos, sociais e programáticos. Em relação às pessoas em situação de rua, essa população está mais presente em grandes centros urbanos. Quanto à população indígena, as análises epidemiológicas não permitem comparações com a população não indígena e nem mesmo entre cada etnia, pois cada uma delas apresenta singularidades em seus aspectos culturais, sua relação com meio ambiente, a localização em que estão inseridas, entre outros, e, com isso, apresentam vulnerabilidades diferenciadas em relação à IST, HIV/aids e hepatites virais.

É preciso destacar que o aspecto de transversalidade, contudo, vai muito além do recorte etário ou do quesito raça/cor das populações mais afetadas

pelo HIV/aids. Todas as categorias consideradas chave e prioritárias na resposta à epidemia devem ser consideradas como potencialmente transversais.

As Figuras 6 e 7, a seguir, representam as populações-chave e prioritárias para o HIV e hepatites B e C, conforme descrito acima:

Figura 4 – As populações-chave



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Figura 5 – As populações prioritárias



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Para as hepatites virais B e C, consideram-se como populações prioritárias as mesmas citadas para o HIV (indígenas, população em situação de rua, população negra) e outras com maiores especificidades individuais e regionais:

Para hepatite B e hepatite B/Delta: população moradora de região de alta prevalência ou região amazônica (populações de floresta, ribeirinhos, extrativistas e remanescentes de quilombos) (PCDT de hepatite B e coinfeções, 2017);

Para hepatite C: pessoas com mais de 40 anos de idade e pessoas que fizeram transfusão de sangue ou grandes cirurgias antes de 1993 (Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais, 2016).

5

ATIVIDADES DO CTA E SEUS DIFERENTES ARRANJOS

Diante dessas possibilidades de conjugação de intervenções, o CTA, enquanto serviço de prevenção especializado em IST, HIV/aids e HV, tem um papel estratégico para a implementação da Prevenção Combinada do HIV. Para tanto, faz-se necessária uma redefinição do papel dos CTA nas RAS.

Para a incorporação e fortalecimento das ações de Prevenção Combinada, seguem os princípios e atividades essenciais dos CTA:

5.1 Princípios do CTA

Por diversos motivos, as pessoas que estão mais expostas ao HIV tendem a não procurar espontaneamente um serviço de saúde para realizar o teste anti-HIV ou buscar apoio para realizar a prevenção do HIV/aids e outras IST, inclusive nos CTA. Algumas razões para tanto estão relacionadas com as características dos próprios serviços. Muitos não funcionam em horários adequados, outros têm rotinas de atendimento rígidas e que não se adequam às necessidades dos segmentos sociais mais expostos e, por vezes, trabalhadores(as) da saúde reproduzem ações discriminatórias no atendimento de pessoas que pertencem a grupos já socialmente discriminados e estigmatizados.

Algumas questões devem ser consideradas para garantir o acesso dos(as) usuários(as):

- » Recorte geracional – Adolescentes acima de 12 anos têm direito a serem atendidos desacompanhados de pais e/ou responsáveis, ter acesso à testagem e aos insumos. No caso de adolescentes (12 a 18 anos, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente), inclusive daqueles(as) cumprindo medidas socioeducativas ou em medida protetiva de abrigo, estes poderão decidir sozinhos pela realização do exame, cabendo ao profissional avaliar se o adolescente em questão é capaz de entender a situação de testagem e se pode conduzir-se por seus próprios meios;
- » Nome Social – Pessoas trans devem ser chamadas(os) pelo nome social, de acordo com Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Na ficha de atendimento devem ser incluídos nome social e nome de registro. Para fins legais, o laudo de exame do teste convencional e rápido deve ser emitido com o nome de registro.
- » Anonimato flexível – Realizar testes rápidos, acessar insumos de prevenção, realizar aconselhamento sem necessidade de apresentar documento de identificação. Nesses casos, segundo o *Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV* (BRASIL, 2016), na realização de exames convencionais e rápidos de HIV não serão emitidos laudos diagnósticos; alternativamente, podem ser impressos resultados de exames com marca d'água ou carimbo especificando que não houve apresentação de documento comprobatório de identidade com foto.
- » Acessibilidade – É importante considerar as possibilidades de acesso do(a) usuário(a) ao serviço. Devem ser observadas adequações necessárias para permitir o acesso de pessoas com necessidades especiais, tais como a presença de rampas e elevadores para cadeirantes e pessoas com dificuldade de deambulação.
- » Horário de funcionamento – É recomendável que o CTA, em um ou mais dias da semana, funcione com horário estendido, ou seja, para além do horário comercial, a fim de facilitar o acesso de pessoas que trabalham nesse horário.
- » Privacidade – Todas as pessoas que chegam ao CTA devem ser atendidas individualmente, em um ambiente com privacidade visual e auditiva.
- » Confidencialidade – A equipe do CTA deve garantir o resguardo das informações dadas pelos usuários e protegê-las contra a sua revelação não autorizada. A confidencialidade implica um pressuposto ético.

- » Abordagem interdisciplinar, na perspectiva da atenção integral;
- » Respeito e promoção dos direitos humanos, das condições socioeconômicas e da diversidade sociocultural, principalmente no que se refere à diversidade étnica, de cor e raça, ao uso de drogas, à orientação religiosa e às questões de gênero, identidade de gênero e orientação sexual;
- » Articulação com a comunidade em processos de implantação de estratégias para a redução dos contextos locais de vulnerabilidade.

5.2 Atividades do CTA

Cabe ao CTA ofertar as ações de Prevenção Combinada do HIV, de prevenção às demais IST e às hepatites virais, preferencialmente, às populações-chave e prioritárias, disponibilizando-as de acordo com os arranjos e capacidades do serviço.

5.2.1 Acolhimento

É uma diretriz da Política Nacional de Humanização e deve ser o primeiro momento de escuta de qualquer serviço do SUS. O acolhimento 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(a) usuário(a). Objetiva ampliar o acesso, fornecer resposta resolutiva à demanda apresentada e ser um dispositivo organizador do processo de trabalho em função do(a) usuário(a) (BRASIL, 2010).

Sendo um ato de escuta, sem julgamento moral, o acolhimento é o momento de realizar uma avaliação de risco e vulnerabilidade. Considerar risco e vulnerabilidade relativos ao(a) usuário(a) 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.

Considerar o sujeito na sua integralidade é essencial para o planejamento do seu Projeto Terapêutico Singular, que é o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do(a) usuário(a), com base em uma avaliação de risco e vulnerabilidades. A partir daí, o(a) trabalhador(a) de saúde vai orientar o itinerário de cuidado do(a) usuário(a) no serviço ou na rede de saúde e intersetorial.

5.2.2 Oferta de testagem do HIV, sífilis e hepatites B e C

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. Para aqueles com resultado não reagente, é uma oportunidade de repensar seus riscos e vulnerabilidades e de ampliar conhecimentos sobre medidas protetivas.

Os testes rápidos (TR) podem ser realizados com fluido oral, soro, plasma ou sangue total (o que permite o uso de amostras obtidas por punção digital). Com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico no Brasil e habilitar o maior número de trabalhadores(as) da saúde para realizar esses testes, o DIAHV oferece cursos de treinamento à distância (Sistema Telelab, disponível em <http://www.telelab.aids.gov.br>), que aborda vários aspectos relativos à qualidade, segurança e execução dos TR, no formato de videoaulas. É importante ressaltar que os trabalhadores que realizam a testagem rápida devem ser, necessariamente, capacitados, presencialmente ou a distância.

Todos os CTA devem ofertar o teste rápido como método para investigação da infecção pelo HIV, da sífilis e das hepatites B e C. A abordagem na realização desse procedimento inclui diálogo sobre a motivação do teste, metodologia a ser utilizada, expectativas do resultado e informações sobre esses agravos.

O(a) profissional do CTA deve sempre estar atento(a) às atualizações dos manuais de diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B e C que ampliam as possibilidades de diagnóstico, além de orientar e subsidiar, especialmente, os(as) profissionais de saúde da Atenção Básica na realização do diagnóstico. Seguem abaixo algumas Portarias com Manuais Técnicos para diagnóstico de HIV, hepatites B e C e sífilis:

- » **Portaria nº 25, de 1º de dezembro de 2015** – Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais em Adultos e Crianças e dá outras providências (http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/233/ministerio_da_saude_secretaria_de_vigilancia_em_sa_23690.pdf);
- » **Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013** – Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências (http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2014/56078/portaria_n_29_pdf_18265.pdf);
- » **Portaria nº 2.012, de 19 de outubro de 2016** – Aprova o Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis em Adultos e Crianças e dá outras providências (http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2016/59217/portaria_manual_de_sifilis_pdf_26218.pdf).

Na eventualidade de alguma intercorrência com testes rápidos, ou seja, qualquer observação de avarias no kit ou a apresentação de resultados falsos, estas deverão ser reportadas no formulário específico, disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/formulario-de-notificacao-de-nao-conformidade-de-teste-rapido-0>. Esse formulário deverá ser preenchido e encaminhado à Coordenação Estadual responsável pelos programas de HIV, hepatites virais e sífilis. Caberá a essa coordenação a primeira etapa de orientação e encaminhamento da intercorrência ao Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC da empresa. Recomenda-se o fluxo de informação com a participação da Coordenação Estadual a fim de fornecer apoio imediato ao diagnóstico do(a) usuário(a), se necessário, até que a investigação da intercorrência seja elucidada pelo fabricante.

Entende-se por *avaria* a falta de insumos do kit, mudanças de coloração dos reagentes (desde que não previstas em bula) ou qualquer outra situação inusitada. Conclui-se que um resultado é falso no TR quando exames laboratoriais mostram dados que contradizem o resultado obtido na testagem rápida.



Utilize o sistema de gerenciamento SisLogLab (<http://www.sisloglab@ aids.gov.br>). Esse sistema é o canal de comunicação entre as unidades de saúde e as coordenações municipal, estadual e federal para o planejamento da programação, aquisição, distribuição e uso de kits de testagem.

Comunique-se com a coordenação local para receber login e senha de acesso ao SisLogLab.



Inscreva seu serviço no programa que avalia de forma anônima a qualidade da execução dos testes realizados por sua equipe. Cadastre-se em: <http://qualitr.paginas.ufsc.br/>.

Faça o curso Telelab de Avaliação de Qualidade de TR para saber mais.



As ofertas de testagem podem ser acompanhadas por orientações – momento de informar as pessoas sobre o processo de realização da testagem e seus significados, de acordo com as necessidades e o contexto de cada usuário(a) – com o cuidado de que essas orientações não tornem o processo prescritivo, burocrático ou rígido.

O Quadro 3 apresenta alguns aspectos a serem trabalhados na oferta da testagem.

Quadro 3 – Orientações pré e pós-teste para o HIV, sífilis e hepatites B e C

PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE	
	RESULTADO NÃO REAGENTE	RESULTADO REAGENTE
Reafirmar o caráter confidencial e voluntário da testagem	Reafirmar o caráter confidencial e sigiloso do resultado	Reafirmar o caráter confidencial e sigiloso do resultado
Informar o significado dos possíveis resultados do teste	Informar que esse resultado pode se dar pela ausência de infecção, ou que seu organismo não produziu anticorpos o suficiente para ser detectada pelo teste, caso tenha ocorrido exposição e/ou a suspeita persista (janela imunológica)	Informar sobre o resultado do teste reagente e o que ele significa. No caso de resultado reagente para sífilis, informar o que significa o resultado reagente (pode representar sífilis ativa ou cicatriz sorológica)
Estimular a realização de outros testes, como para sífilis e hepatites B e C, e verificar a imunização contra hepatite B e HPV, se for o caso para esta última	Na possibilidade de estar em janela imunológica ¹ , orientar sobre a necessidade da realização de um novo teste após 30 dias, além de reforçar práticas preventiva	Permitir à pessoa o tempo necessário para assimilar o resultado, prestando o apoio necessário
Esclarecer eventuais dúvidas	Informar que, tendo havido exposição de risco ao HIV em até 72 horas, há a possibilidade da realização da PEP	Orientar quanto à necessidade de realizar teste de tuberculose
	Apresentar as estratégias de Prevenção Combinada do HIV, ofertando insumos de prevenção	Informar sobre os benefícios do tratamento, que está disponível no SUS e pode ser iniciado tão logo o diagnóstico seja concluído, se o(a) usuário(a) assim o desejar
	No caso do teste para hepatite B, informar que o resultado não reagente significa que o teste não detectou antígenos virais na amostra. Esse resultado pode se dar pela ausência de infecção ou caso a pessoa esteja no período de janela de detecção. É preciso também avaliar as vulnerabilidades (uso de drogas injetáveis, hemodiálise, imunossupressão) da pessoa para determinar se se trata de um caso de hepatite B oculta. No caso do teste para hepatite C, o resultado não reagente significa que o teste não detectou anticorpos anti-HCV na amostra. O resultado pode se dar pela ausência de contato prévio com o HCV, ou caso a pessoa esteja em período de janela imunológica, ou em caso de indivíduo com sistema imunológico deficiente	Esclarecer ao(a) usuário(a) sobre a importância de comunicar o resultado às parcerias sexuais, incentivando a realização da testagem do HIV, sífilis e hepatites B e C
		No caso de gestante, deve-se ainda orientar sobre os cuidados para prevenção da transmissão vertical e a importância do acompanhamento pré-natal

continuação

continuação

		Verificar se já realizou a vacina para hepatite B e, no caso de ter teste de hepatite B não reagente, ofertar e identificar se a pessoa se enquadra nos critérios para receber a vacina para o HPV e, em caso positivo, ofertar
		Se o teste confirmar sífilis ativa, informar que existe cura, com tratamento simples e disponível no SUS. Destacar que a sífilis curada não confere imunidade e que uma pessoa pode contrair a infecção tantas vezes quantas for exposta a ela. Se o CTA não ofertar o tratamento, realizar o encaminhamento para a UBS do usuário
		No caso de resultado reagente para hepatite B, avisar à pessoa que a vacinação recente (\pm 28 dias) para HBV pode interferir no teste, gerando resultado falso-reagente para hepatite B
		Em caso de resultado reagente para hepatite B ou C, informar que ambas têm tratamento, disponível no SUS
		Esclarecer dúvidas e, havendo demanda, ofertar aconselhamento imediato ou posterior
		Ofertar acompanhamento à pessoa até a sua vinculação no cuidado contínuo

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

¹Cada teste tem especificada sua janela imunológica, a qual pode variar conforme o fabricante.

5.2.3 Oferta de aconselhamento

O aconselhamento consiste em uma tecnologia de cuidado relacionada principalmente ao **gerenciamento de risco** no contexto das IST, do HIV/aids e das hepatites virais, baseado em intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais, e **sua oferta deve ser flexível e sem obrigatoriedade, permitindo que cada indivíduo saiba dessa possibilidade e possa decidir se deseja ou não se submeter** à intervenção. O aconselhamento pode ser ofertado em diferentes momentos:

- » Na revelação do diagnóstico;
- » Na indicação de PEP e/ou PrEP;
- » Nas abordagens sobre saúde sexual e saúde reprodutiva;
- » Para prevenção da Transmissão Vertical;

- » Para a vinculação dos casos positivos de HIV, sífilis e/ou hepatites B e C;
- » Para a oferta de tratamento de HIV, sífilis e/ou hepatites B e C;
- » Durante o cuidado contínuo, no caso de tratamento;
- » Na oferta das estratégias de Redução de Danos para pessoas que usam álcool, outras drogas, silicone industrial e hormônios;
- » Para o encaminhamento em relação a outras comorbidades, como tuberculose;
- » Outras possibilidades.

O aconselhamento tem caráter:

- » **Ágil** – sem constituir entrave ou impedimento à realização da testagem ou outra ação de prevenção, caso o(a) usuário(a) não disponha de muito tempo;
- » **Dinâmico** – deve ser ativo e resolutivo quanto ao caráter educativo e informativo;
- » **Focado** – não precisa seguir um roteiro pré-estabelecido, tendo como foco a demanda trazida pela pessoa em atendimento.

Durante a oferta do aconselhamento, é preciso observar a autonomia do(a) usuário(a) para dialogar sobre suas práticas de risco, escolhas dos métodos de prevenção, dúvidas sobre o tratamento, enfrentamento de estigma e discriminação e outras necessidades pertinentes a esse momento. Nos casos de testes reagentes, deve-se conversar sobre compartilhamento do resultado e considerar os projetos terapêuticos singulares. Os aspectos da dinâmica da vida das pessoas são importantes para que as orientações de prevenção sejam pertinentes e efetivas. Alguns dos objetivos essenciais dessa etapa são:

- » Apoiar a pessoa que vivencia situações de risco e vulnerabilidades, em articulação com outros serviços e outros setores para o compartilhamento do cuidado, quando necessário;
- » Apoiar o indivíduo no fortalecimento de práticas mais seguras para manter-se negativo;
- » Apoiar a adesão às intervenções comportamentais e biomédicas (ver Quadro 1).



Durante as atividades que compõem o aconselhamento, é necessário trabalhar sempre a partir da autonomia do(a) usuário(a) na escolha das estratégias de prevenção que melhor dialogam com seus contextos e vivências da sexualidade, quanto ao uso de álcool, outras drogas, silicone industrial e hormônios. Nesse sentido, cabe destacar que o aconselhamento deve fornecer informações sobre Prevenção Combinada do HIV, sobre as IST e sobre as hepatites virais, incorporando as questões relacionadas aos afetos e desejos e compreendendo as dinâmicas relacionadas a orientação sexual, gênero, identidade de gênero e questões étnico-raciais. Da mesma forma, o uso de álcool e outras drogas não pode servir de barreira de acesso ao serviço, mesmo quando a pessoa estiver sob o efeito dessas substâncias, e as ofertas de prevenção devem se dar a partir da perspectiva da redução de danos, assim como para o uso de silicone industrial e hormônios.

Cabe ressaltar que a efetividade do aconselhamento também depende da linguagem e de orientações preventivas adaptadas ao contexto social e cultural de cada indivíduo.

5.2.4 Redução de Danos para pessoas que usam drogas, silicone industrial e hormônios

A Redução de Danos pode ser entendida tanto como estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos sociais e à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas, segundo a Portaria GM/MS nº 1.028, de 1º de julho de 2005, como enquanto diretriz do cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas, conforme a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003). Sendo assim, ela propõe estratégias de intervenções comportamentais de prevenção, mas também implica um repertório de cuidado integral e intersetorial, que inclui um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas às pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e sua rede social e afetiva e, portanto, também pode ser considerada como uma intervenção estrutural.

Enquanto intervenção estrutural, a redução de danos preconiza, conforme a Política citada acima (BRASIL, 2003), o reconhecimento do(a) usuário(a) em seu papel autorregulador, sem condicionar o acesso e o cuidado em saúde à abstinência e incentivando o indivíduo a assumir o protagonismo nas ações de prevenção e de tratamento; configura, portanto, um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada. Entre suas premissas, considera o uso de álcool e outras drogas como um exercício da liberdade de escolha que demanda responsabilidade da pessoa consigo mesma. Entende que existem diferentes tipos de drogas, diferentes formas de consumo, diferentes contextos e diferentes riscos associados. Logo, não há uma única resposta, pois

problemas multifatoriais são resolvidos com múltiplas ofertas de alternativas tecnicamente eficientes e factíveis.

A Portaria GM/MS nº 028/2005 também frisa a importância das ações de informação, educação e aconselhamento ao(à) usuário(a) em relação aos produtos, substâncias ou drogas que causem dependência e às práticas sexuais das pessoas que usam álcool e outras drogas e também suas parcerias sexuais, com o objetivo de estimular a adoção de comportamentos mais seguros tanto no consumo desses insumos como nas práticas sexuais.

Segundo esse preceito, pode-se realizar a distribuição de kits de redução de danos para pessoas que usam drogas, silicone industrial e hormônios, mas também trabalhar com informações a respeito dos efeitos das drogas e das estratégias de redução de danos com os(as) usuários(as), para que, se forem consumir drogas, que estes possam fazê-lo de maneira consciente e com estratégias de proteção.

Ressalta-se que, além das pessoas que usam álcool e outras drogas, o DIAHV tem trabalhado para produzir conhecimento sobre estratégias de redução de riscos e danos às IST, HIV/aids e hepatites virais para pessoas que usam silicone industrial e hormônios. Essa ação é garantida e preconizada pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), que, em seus objetivos específicos, dispõe: "Art. 2º: [...] VIII – reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais; [...]" (BRASIL, 2013b, p. 20).

Em relação ao uso do silicone industrial, Mello et al. (2013) relatam que o uso desse material para modificação estética no contorno corporal é uma prática realizada de forma clandestina há cerca de 60 anos. A maioria dos relatos provém de países da Ásia e América do Sul, sendo que grande parte dos indivíduos que fazem uso dessa prática são pessoas trans. Portanto, a redução de danos para pessoas que usam drogas e a redução de danos para as que usam silicone industrial assemelham-se não apenas em suas técnicas, mas também por dirigirem-se a populações criminalizadas e estigmatizadas, garantindo universalidade e equidade de tratamento, sem se constituírem em incentivo à ilegalidade.

Os autores descrevem inúmeras complicações referentes ao uso do silicone industrial, que variam desde processos inflamatórios localizados (abscessos, fístulas, granulomas), formação de siliconomas e migração do material até inflamações sistêmicas graves, associadas ou não a infecções.

A complexidade ou até mesmo a impossibilidade de remover o material injetado e os tecidos fibróticos e cicatriciais adjacentes dificulta o tratamento. Devido ao número crescente dessas complicações, o uso médico da substância tornou-se restrito (MELLO et al, 2013.)



A oferta de insumos de RD deve ser singularizada e definida de acordo com as necessidades e demandas dos (as) usuários(as) de cada território. Para ser mais eficaz, é importante que os serviços de saúde, por meio do mapeamento realizado no território, façam articulação com as equipes de Consultórios na Rua, agentes redutores(as) de danos e Programas de Redução de Danos, bem como Ambulatórios de Atendimento à Saúde de Pessoas Trans e Centros de Referências da Cidadania LGBT, CAPS e CAPS-AD e outros serviços da rede intersetorial, como Cras e Creas, da Assistência Social e demais serviços de abordagem na rua.

O Quadro 4, a seguir, apresenta algumas possibilidades de estratégias de redução de danos para o uso de drogas, silicone industrial e hormônios.

Quadro 4 – Possibilidades de estratégias de Redução de Danos

Os insumos de redução de danos visam evitar a transmissão do HIV decorrente do compartilhamento de objetos para uso de drogas contaminados. Existem diferentes insumos de prevenção para diferentes formas de uso e tipos de drogas. Para o uso de drogas injetáveis, recomenda-se a oferta de seringas e agulhas descartáveis, água destilada e recipientes individuais para diluição, que evitam o compartilhamento de objetos potencialmente infectados pelo HIV, hepatites virais e outras infecções (incluindo as causadoras de abscessos cutâneos). Além disso, recomenda-se o recolhimento e o descarte adequado de objetos perfurocortantes, para evitar a sua reutilização e os acidentes, seja na comunidade ou entre manipuladores de lixo comum.

Para o uso de drogas inaladas ou fumadas, como cocaína, também se recomenda o não compartilhamento de objetos tais como cachimbos, latas, apetrechos e canudos. No caso de uso inalado, em uma eventual ruptura nasal com contato de sangue, a transmissão do HIV e, principalmente, dos vírus das hepatites B e C poderá ser evitada com o uso de canudos individuais e descartáveis. Em relação ao uso de crack, com frequência os(as) usuários(as) apresentam lesões na boca e nos lábios, o que representa uma porta acessível à transmissão dos vírus da hepatites B e C. Também é uma abordagem preventiva o estímulo ao não compartilhamento dos objetos e apetrechos de uso e as informações relacionadas ao tipo de material transformado em cachimbo, a exemplo dos riscos associados ao fumar crack em latas ou objetos metálicos, que, além de agravarem as queimaduras e lesões, também estão associados à ingestão de resíduos metálicos quando são raspados.

Em relação ao uso do silicone industrial e hormônios, também se recomenda o não compartilhamento de seringas e a utilização de agulhas descartáveis, para evitar a contaminação pelo HIV, hepatites virais e outras infecções (incluindo as causadoras de abscessos cutâneos).

5.2.5 Oferta de insumos de prevenção

Preservativos masculino e feminino

Os preservativos, quando fabricados de acordo com os parâmetros de qualidade, e desde que livres de perfurações, são os métodos mais eficazes contra a infecção pelo HIV. O SUS oferece de forma gratuita preservativos masculinos e femininos, além de géis lubrificantes, que devem ser ofertados aos(as) usuários(as) de forma ampla e sem barreiras de acesso.

Além de constituírem o método de prevenção mais efetivo na diminuição dos riscos de infecção pelo HIV, destacam-se ainda as seguintes vantagens do uso de preservativos masculino e feminino:

- » Contribuem para a Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva;
- » Previnem contra outras IST;
- » São utilizados como método contraceptivo;
- » São economicamente efetivos; e
- » São de fácil uso e manuseio.

Os preservativos são métodos seguros, de baixo custo e sem efeitos colaterais. O Ministério da Saúde recomenda que seu uso deve ser estimulado mesmo nos casos em que outros métodos de prevenção estejam em curso, como TTP, PEP ou PrEP. A oferta de preservativos deve ser realizada sem restrições, sem limitações de quantidades de retiradas e sem exigência de documentos de identificação, de forma a não dificultar o acesso das pessoas a esses insumos.

É importante considerar que a forma de ofertar o preservativo masculino pode incorporar abordagens mais inovadoras e que dialoguem com a autonomia do(a) usuário(a), principalmente adolescentes e jovens que estão iniciando suas atividades sexuais e nem sempre reconhecem no serviço de saúde um local para acessar esse insumo de prevenção. Nesse sentido, recomenda-se que a disponibilização do preservativo masculino se dê não apenas em serviços de saúde, mas também em ações extramuros e nos locais de sociabilidade.

Mesmo diante das novas tecnologias de prevenção do HIV e suas combinações, é necessário reconhecer que esse insumo continua importante e, apesar de amplamente divulgado e conhecido, precisa ser ainda valorizado e potencializado juntamente com as outras formas de prevenção existentes. Desse modo, segue sendo fundamental que profissionais de saúde estejam

aptos e dispostos a conversar sobre seu uso e dialogar sobre todas as possibilidades existentes no contexto da Prevenção Combinada. Tal medida auxilia o(a) usuário(a) a reconhecer não apenas a importância do preservativo masculino, mas também a se informar sobre a existência de outros métodos que podem ser conjugados com o preservativo masculino, possibilitando que seja capaz de gerenciar seus próprios riscos.

As orientações sobre o uso correto do preservativo feminino precisam ser fornecidas em uma linguagem simples e objetiva, enfatizando as medidas que preservem a sua integridade e promovam o seu uso. É importante ressaltar que, em setembro de 2016, o Ministério da Saúde lançou a Nota Informativa Conjunta SVS/SAS nº 67/2016 (disponível em: <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2016/09/NI-preservativo-feminino.pdf>), que orienta sobre a oferta e o acesso aos preservativos femininos na rede de serviços de saúde. Entre outros aspectos, a Nota especifica que a dispensação desse insumo deve contemplar todas as mulheres, considerando as necessidades declaradas pela usuária e a disponibilidade do insumo nos serviços de saúde do SUS. Ao mesmo tempo, a Nota ainda reforça a priorização da oferta do preservativo feminino aos seguintes públicos:

- » Mulheres trabalhadoras do sexo;
- » Mulheres que usam drogas e parceiras de usuários de drogas;
- » Mulheres em situação de violência doméstica;
- » Mulheres vivendo e convivendo com HIV/aids;
- » Mulheres privadas de liberdade; e
- » Mulheres adolescentes e jovens.

Algumas características desse insumo merecem ser destacadas. O preservativo feminino é confortável para as mulheres quando utilizado de forma correta, além de não apertar o pênis, independentemente da dimensão deste. É também resistente e antialérgico (sendo uma alternativa às pessoas com resistência ao látex), pode ser colocado algumas horas antes da relação sexual, não necessita aguardar a ereção do pênis e, por ser bem lubrificado, proporciona às mulheres com insuficiência de lubrificação maior conforto durante a relação sexual. Algumas mulheres afirmam que sua utilização é mais prazerosa quando comparado com o preservativo masculino, pois seu anel flexível massageia levemente o clitóris. O sexo oral pode ser feito sobre o preservativo feminino. Além disso, o insumo também oferece proteção adicional ao recobrir a região dos lábios vaginais.

A importância de seu advento se deve ao fato de ser um insumo de prevenção sob o controle da mulher e, para além disso, um método iniciado e

usado pela mulher no próprio corpo (BARBOSA; PERPÉTUO, 2010), permitindo maior autonomia às mulheres em relação ao seu corpo e à sua vida sexual, em especial quando têm dificuldade de negociar o uso do preservativo masculino com suas parcerias.

Gel lubrificante

O gel lubrificante deve ser utilizado juntamente com o preservativo, evitando que este seja danificado e reduzindo a chance de rompimento durante a relação sexual. Além disso, seu uso diminui o atrito e a possibilidade de provocar lesões nas mucosas genitais e anais, que podem vir a funcionar como porta de entrada para o HIV e os vírus das hepatites B e C, sífilis e outras IST.

5.2.6 Prevenção baseada no uso de antirretrovirais

Os CTA que possuam na sua equipe profissional habilitado, ou que estiverem vinculados a outro serviço, como Serviço de Atenção Especializada (SAE), por exemplo, poderão incorporar nas suas ações de prevenção as tecnologias de intervenções biomédicas, que também fazem parte do conjunto de estratégias de Prevenção Combinada do HIV. São elas:

Profilaxia Pós-Exposição (PEP)

A Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) é uma medida de prevenção da infecção pelo HIV que consiste no uso de medicamentos antirretrovirais em situações de exposição ao vírus. Como se trata de urgência médica, deve ser iniciada, preferencialmente, nas primeiras duas horas, para melhor eficácia, e até 72 horas após a exposição de risco. Não deve haver restrição de horário no atendimento imediato dos(as) usuários(as) para essa demanda durante todo o horário de funcionamento do serviço. A profilaxia pós-exposição também pode ser indicada para IST e hepatites virais, conforme protocolo vigente.

Para o enfrentamento das dificuldades de adesão comuns nessa medida de prevenção, é importante a disponibilidade da equipe para acompanhamento do(a) usuário(a) no período de administração da profilaxia e o seguimento do caso, conforme protocolo vigente.

Os procedimentos para a realização da PEP estão detalhados no *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV*, disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt> (BRASIL, 2017).

Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) consiste no uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV. Essa estratégia se mostrou eficaz e segura em pessoas com risco aumentado de adquirir a infecção. Seu objetivo é preparar previamente o organismo do(a) usuário(a) para que, no momento do contato com o vírus, o medicamento atue no bloqueio do ciclo de reprodução do HIV no corpo, reduzindo o risco de infecção.

A PrEP se insere como uma nova estratégia de prevenção disponível no SUS, direcionada a segmentos populacionais mais vulneráveis ao HIV, com o objetivo de reduzir o risco de infecção e a consequente transmissão do vírus a outras pessoas e contribuindo para o alcance das metas relacionadas ao fim da epidemia do HIV.

Sua oferta no Brasil pressupõe a utilização diária de medicamento antirretroviral por pessoas não infectadas pelo HIV para reduzir o risco de aquisição do vírus nas relações sexuais.

A partir dos marcos da Prevenção Combinada do HIV, que estabelecem diferenciação de ações de prevenção para distintos segmentos, de acordo com suas vulnerabilidades, a PrEP é orientada apenas para algumas das populações sob maior risco e vulnerabilidade de adquirir o HIV, listadas a seguir:

- » Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH);
- » Pessoas transexuais;
- » Trabalhadoras do sexo; e
- » Parcerias sorodiferentes – quando apenas um(a) dos(as) parceiros(as) está infectado(a).

As evidências científicas produzidas por recentes pesquisas demonstram que o uso de PrEP reduz em até 90% o risco de infecção pelo HIV (GRANT, 2010).

É desejável que os CTA se organizem para a oferta dessa tecnologia de prevenção e que atuem como referência na RAS, ampliando as chances de atenção aos(as) usuários(as) que tiverem indicação de utilização dessa profilaxia, conforme o protocolo vigente.

5.2.7 Oferta de imunizações para hepatite B e HPV

A vacina para a hepatite B compõe o cardápio da prevenção no contexto das IST. É necessário que a vacina para o HBV seja ofertada salientando-se que a vacina é segura e que só haverá a imunização após a realização das três doses preconizadas (0, 1 e 6 meses). A partir de 2016, a vacina hepatite B foi universalizada para todas as faixas etárias.

A vacina para o HPV foi incorporada ao calendário nacional em 2013 para meninas de 9 a 14 anos, 11 meses e 29 dias e, a partir de 2017, está preconizada também para meninos na faixa etária de 12 a 14 anos, 11 meses e 29 dias, no esquema de duas doses (0 e 6 meses).

O Ministério da Saúde adotou a vacina quadrivalente para imunização contra o HPV para os tipos de vírus de baixo risco (6 e 11) e os tipos de alto risco (16 e 18). Os tipos 6 e 11 do HPV podem causar, mais frequentemente, verrugas em torno dos genitais e ânus tanto em homens quanto em mulheres. Nas mulheres, as verrugas também podem aparecer no colo do útero e vagina. Este tipo de "verruga genital" é denominado condiloma acuminado. Como as verrugas genitais raramente se transformam em câncer, tanto o HPV 6 como o HPV 11 são denominados vírus de baixo risco e estão associados a até 90% das lesões ano-genitais. Os tipos virais HPV 16 e HPV 18 são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer de colo de útero e por isso são denominados de alto risco.

A vacinação de hepatite B para as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) consiste em quatro doses dobradas (0, 1, 2 e 6 a 12 meses). Caso não possa ser administrada na unidade de saúde, a vacina para hepatite B está disponível no Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (Crie).

No caso de PVHIV, há uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Comitê Consultivo em Práticas de Imunização (Acip), do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC). Essas recomendações corroboram as Diretrizes de Cuidados Primários da Sociedade de Doenças Infecciosas da América (IDSA), que indicam a vacinação para o HPV na rotina de adolescentes e adultos jovens de 9 a 26 anos infectados pelo HIV (USPHS, 1995). O Comitê Técnico de Imunização do Ministério da Saúde avaliou os dados epidemiológicos da doença no país em PVHIV e realizou revisão sistemática para a busca de evidências científicas sobre o tema. A partir dos achados, passou a recomendar a vacinação de PVHIV na faixa etária de 9 a 26 anos, e estabeleceu esse segmento populacional como prioritário. A vacina foi introduzida em 2015 e o esquema vacinal preconizado para essas pessoas foi estabelecido em três doses, com intervalo de 0, 2 e 6 meses.

Crianças, adolescentes e adultos infectados pelo HIV, sem alterações imunológicas e sem sinais ou sintomas clínicos indicativos de imunodeficiência, devem receber vacinas o mais precocemente possível. À medida que aumenta

a imunodepressão, aumenta o risco da aplicação de vacinas de agentes vivos atenuados, bem como a possibilidade de resposta imunológica insuficiente ou inadequada. A administração de vacinas com vírus vivos atenuados (poliomielite oral, varicela, rubéola, febre amarela, sarampo e caxumba) em pacientes com imunodeficiência deve ser condicionada à análise individual de risco-benefício e não deve ser realizada em casos de imunodepressão grave, de acordo com as orientações estabelecidas pelo Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, 2015.

5.2.8 Cuidado contínuo às PVHIV e aos portadores das hepatites virais

O Brasil preconiza, desde 2013, o tratamento para todas as pessoas com diagnóstico positivo para o HIV e essa intervenção biomédica é um componente da Prevenção Combinada do HIV. O pressuposto dessa estratégia é o de que as PVHIV sob terapia antirretroviral (TARV), além de terem uma melhor qualidade de vida, apresentam menor quantidade de vírus circulantes no organismo (ou seja, carga viral baixa ou mesmo indetectável), o que impacta na redução da transmissão do HIV na comunidade.

Ofertar o tratamento para todas as pessoas não é suficiente; é necessário que se estabeleça a continuidade do cuidado. O cuidado contínuo pode ser entendido com um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado projeto terapêutico singular no cotidiano das pessoas em TARV, tendo como premissa sua participação nas decisões a respeito de seu tratamento.

Conforme o documento *Cuidado Contínuo: Vinculação, retenção, adesão e revinculação das pessoas vivendo com HIV* (BRASIL, 2017), esse cuidado é focado em quatro elementos fundamentais: a **vinculação** e a **retenção** das PVHIV aos serviços de saúde, a adesão à terapia antirretroviral e a **revinculação** daqueles que, por algum motivo, tiveram seu cuidado interrompido.

O processo de cuidado contínuo do HIV também inclui diagnóstico precoce; vinculação da pessoa com HIV a um serviço de saúde; sua retenção no cuidado, por meio do acompanhamento periódico; e adesão ao tratamento antirretroviral, com vistas a alcançar a supressão da carga viral e ter uma qualidade de vida comparável à de pessoas que não possuem o HIV.

O CTA tem um importante papel no compartilhamento do cuidado contínuo, sobretudo na vinculação, nas ações de prevenção e na adesão às intervenções biomédicas e comportamentais.

No caso dos testes rápidos para hepatites B e C, se estes forem reagentes, os exames subsequentes deverão ser realizados para a conclusão do diagnóstico. Uma vez confirmado o diagnóstico, o usuário deverá ser encaminhado ao serviço especializado para acompanhamento clínico e indicação de tratamento, segundo os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas vigentes.

5.2.9 Vinculação

A vinculação pode ser entendida como parte do processo que abrange acolhimento, orientação, direcionamento e encaminhamento de uma pessoa recém-diagnosticada com HIV ao serviço de saúde para que ela realize as primeiras consultas e exames, tenha acesso à TARV no caso do HIV, à conclusão diagnóstica e ao tratamento em caso de resultado reagente para as hepatites B e C e para a sífilis, assim como ao monitoramento de cura.

O sucesso do processo de vinculação depende inicialmente do estabelecimento de uma relação de confiança e da concordância em fornecer informações seguras que viabilizem a realização de contatos posteriores, seja por telefone, WhatsApp, e-mail ou visita.

Todo o processo de vinculação deve estar focado na garantia do vínculo com o serviço de saúde, assim como na orientação do(a) usuário(a) e fortalecimento da sua autonomia em relação ao autocuidado. A equipe de saúde deve estipular um critério que identifique que esse processo foi concluído e que se pode, então, finalizá-lo. Exemplos desses critérios são:

- » Realização de alguma consulta médica na unidade de saúde;
- » Realização de um dos exames de seguimento;
- » Dispensação dos medicamentos antirretrovirais.

São atribuições dos CTA na atenção às PVHIV e aos portadores de hepatites virais:

- » Encaminhamento resolutivo dos casos para os serviços de referência, sejam estes da Atenção Básica ou Especializada, de acordo com a organização da rede local, com estabelecimento de mecanismos/estratégias para a vinculação e o cuidado compartilhado; e
- » Acompanhamento dos(as) usuários(as) no período que sucede o diagnóstico, quando estes(as) ainda não estiverem vinculados(as) aos serviços de referência, de modo a contribuir para um melhor processo de assimilação e significação da nova condição sorológica e para adesão aos cuidados e tratamentos.

Quadro 5 – Exames que podem ser solicitados pelo profissional de enfermagem no CTA

Conforme resolução nº 195/1997 do Cofen (disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997_4252.html), o(a) profissional enfermeiro(a) do CTA poderá também solicitar os exames de rotina e complementares ao diagnóstico e monitoramento das IST, HIV e hepatites, tais como: VDRL, carga viral do HIV, contagem de linfócitos T-CD4/CD8+, entre outros, conforme o previsto nos manuais técnicos e nos PCDT do Ministério da Saúde.

A solicitação desses exames deverá ser realizada, preferencialmente, após a obtenção de resultado reagente na testagem rápida, a fim de contribuir para o aumento da vinculação do(a) usuário(a) aos serviços de assistência.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Para que o CTA acompanhe o processo de vinculação das PVHIV ao serviço estabelecido na rede local que fará o seu seguimento/tratamento, é importante:

- » Conhecer os fluxos de referência estabelecidos entre os pontos de atenção da rede;
- » Verificar o local de residência do(a) usuário(a), mapeando os serviços mais próximos e as possibilidades existentes dentro da rede local e da necessidade do indivíduo;
- » Abordar questões sobre confidencialidade e sigilo;
- » Orientar a pessoa com diagnóstico positivo acerca da importância do início precoce e adesão ao tratamento;
- » Acompanhar a PVHIV até sua vinculação ao serviço de referência;
- » Manter contato com o(a) usuário(a), oferecendo apoio e suporte em suas necessidades durante esse processo de vinculação;
- » Em casos de indivíduo com dificuldade de aceitar o diagnóstico ou de lidar com situações que envolvam a revelação diagnóstica, ofertar aconselhamento continuado (série de contatos com o objetivo de alcançar um estado emocional em que a pessoa se sinta capaz e estruturada o suficiente para aceitar e acessar a unidade de referência para a qual foi encaminhada).

A vinculação com o novo serviço pode ser facilitada pela figura do vinculador, que pode ser:

- » Trabalhador(a) da saúde da Unidade; ou
- » Outra PVHIV que já esteja em acompanhamento (entre pares); ou
- » Membro de uma ONG parceira.

Quadro 6 – Recomendações para a gestão do processo de vinculação

Recomendações para a gestão do processo de vinculação

- *Uso de formulários específicos para acompanhamento dos casos reagentes pelos serviços;*
- *Monitorar se os casos de HIV+ notificados no município estão matriculados no SAE e/ou via Siscel, se realizaram exame de CD4 (caso este não seja realizado no CTA) e se retiraram medicação ARV via Siclom, caso esses sistemas estejam disponíveis.*

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Adesão

Adesão é a utilização correta dos antirretrovirais prescritos pela equipe de saúde para a administração de PEP e PrEP e também para o tratamento de pessoas infectadas pelo HIV com diagnóstico positivo para hepatites B e C, respeitando as doses, horários e outras indicações. Trata-se de um processo de acompanhamento que facilita a aceitação e a integração de determinado projeto terapêutico singular no cotidiano das pessoas, pressupondo sua autonomia e participação nas decisões sobre seu tratamento.

A adesão ao tratamento das hepatites B e C também é muito importante, pois o tratamento da hepatite B é longo e inclui medicamentos que exigem disponibilidade, boa vinculação e adesão. Já o tratamento da hepatite C se dá por tempo limitado e não deve ser interrompido. Dessa forma, é de extrema importância o acompanhamento dos(as) trabalhadores(as) do CTA quanto ao processo de adesão às profilaxias e ao tratamento, para fortalecer o cuidado integral, além de não interromper o uso dos medicamentos.

5.2.10 Manejo das infecções sexualmente transmissíveis (IST), em especial a sífilis

É importante identificar precocemente os casos de IST e garantir uma resposta rápida ao tratamento dos indivíduos infectados e suas parcerias sexuais. Assim, a atenção à saúde sexual deve ser entendida como estratégia fundamental na prevenção do HIV/aids, cabendo ao CTA trabalhar no sentido de incorporar no seu rol de ações o manejo integral das IST sintomáticas com o uso de fluxogramas, com ou sem laboratório, ou realizar o referenciamento para a Atenção Básica (*Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – PCDT-IST*, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pcdt>) (BRASIL, 2015a).

O CTA pode ser um serviço estratégico na prevenção e no controle da sífilis no Brasil, pois já realiza a testagem pela metodologia rápida e, em muitos serviços, o VDRL. No caso de teste rápido reagente para sífilis, é importante não perder a oportunidade de tratar. Se a equipe não tiver profissional apto a reconhecer as manifestações clínicas, ou não tenha condições de realizar a confirmação do diagnóstico, deverá encaminhar/vincular o(a) usuário(a) a uma Unidade Básica de Saúde para realizar o seguimento.

Incorporar o tratamento da sífilis no rol de atividades do CTA pode ser uma alternativa para a efetiva quebra da cadeia de transmissão e evitar o agravamento da situação. Dessa forma, é importante que os serviços se organizem, tanto em termos de recursos humanos suficientes e capacitados, quanto na aquisição de insumos necessários para instituir essa nova atividade.

5.2.11 Prevenção da Transmissão Vertical

A testagem rápida para o HIV e a sífilis no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais foi implementada na Atenção Básica a partir da Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, e da Portaria MS/GM nº 650, de 5 de outubro de 2011.

É sabido que, em muitas localidades, o CTA ainda é referenciado para a testagem de gestantes e suas parcerias. A nova configuração proposta para os CTA não exclui essa possibilidade; porém, estabelece que os serviços se organizem para realizar a descentralização da testagem rápida para a AB (UBS, CnaR, ESF), de forma a facilitar/ampliar o acesso dessas usuárias e suas parcerias à prevenção

da transmissão vertical, priorizando em seu atendimento as populações-chave e prioritárias para o HIV e as hepatites virais. O diagnóstico oportuno do HIV e da sífilis durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical e constitui uma das ações da Prevenção Combinada do HIV. Entretanto, somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a qualidade da atenção à gestante vivendo com HIV/aids ou com diagnóstico de sífilis e hepatite B. Indissociável da testagem é a conformação de uma rede organizada de assistência a partir da definição de atribuições entre os níveis de atenção à saúde, de forma a garantir o acesso das gestantes à conclusão diagnóstica, controle e manejo dessas infecções.

O *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais* (BRASIL, 2017) tem por objetivo orientar a utilização de antirretrovirais, da penicilina e da imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG) para prevenção da transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B.

O CTA pode ser um serviço de prevenção estratégico na RAS e estabelecer o referenciamento e vinculação da gestante identificada com HIV, sífilis ou hepatite B aos serviços de referência ou na Atenção Básica, quando for o caso.

5.2.12 Vigilância e notificações do HIV, sífilis e das hepatites B e C

A notificação de doenças constantes da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública é obrigatória aos(as) médicos(as) e outros(as) profissionais de saúde que atuam na assistência ao(a) usuário(a), em conformidade com os arts. 7º e 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e com a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública.

A infecção pelo HIV está incluída na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, além dos casos de aids, gestantes/parturientes/puérperas com HIV e de crianças expostas. A notificação é registrada no Sinan mediante o preenchimento das seguintes fichas:

- » Ficha de Notificação/Investigação de Aids em Pacientes com 13 anos ou mais;
- » Ficha de Notificação/Investigação de Aids em Pacientes Menores de 13 anos;

- » Ficha de Notificação/Investigação de Criança Exposta ao HIV; e
- » Ficha de Investigação de Gestante HIV+, utilizada para notificar casos de gestante, parturiente e puérpera.

As hepatites virais também são doenças de notificação compulsória regular (em até sete dias). Portanto, todos os casos confirmados devem ser notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), utilizando-se a Ficha de Investigação das Hepatites Virais.

Todo caso de sífilis adquirida ou em gestante é de notificação compulsória regular (em até sete dias), segundo os critérios de definição de caso⁴, devendo ser notificado à vigilância epidemiológica. A notificação é registrada no Sinan mediante o preenchimento e envio da Ficha de Notificação/Investigação de sífilis adquirida e da Ficha de Investigação de sífilis em gestante. A notificação e vigilância desses agravos são imprescindíveis para o monitoramento e eliminação da transmissão vertical.

Além das notificações, no que se refere à vigilância e sistemas de informações, no primeiro atendimento para avaliação de PEP e PrEP, o CTA deve preencher as fichas do Siclom correspondentes à solicitação de medicamentos para profilaxias (disponíveis em <https://siclom.aids.gov.br/>). Essas fichas contêm dados sociodemográficos do(a) usuário(a) e análise de risco para infecção pelo HIV, além de conter questões que poderão auxiliar para a possível oferta do aconselhamento.

As fichas de notificação compulsória devem ser encaminhadas ao nível hierarquicamente superior ou ao órgão responsável pela Vigilância Epidemiológica – municipal, regional, estadual ou federal.

5.2.13 Educação em Saúde

Para que se compreendam as concepções de educação em saúde, é necessário buscar entender as concepções sobre educação, saúde e sociedade (MELO, 2007).

O modelo da promoção da saúde, no qual a educação em saúde se apresenta como um dos eixos de sustentação, capilariza-se em várias dimensões da vida social (família, escola, comunidade) e individual (cuidados com o corpo, reeducação alimentar, etc.).

A relação educação e saúde resulta da ação política de indivíduos e da coletividade, com base no entendimento da saúde e da educação em suas

⁴ Seguir as referências vigentes (Guia de Vigilância em Saúde).

múltiplas dimensões: social, ética, política, cultural e científica. Isso passa pela transformação do papel desempenhado pelos(as) trabalhadores(as) com os(as) usuários(as), no sentido de compreender todos(as) os(as) trabalhadores(as) como educadores(as) e estes(as), no encontro com a população, como "sujeitos do processo de produção dos cuidados em saúde" (MOROSINI et al., 2009).

Há o entendimento de que a relação do(a) trabalhador(a) com o(a) usuário(a) é uma troca em que se estabelece um processo de ensino-aprendizagem. Nesse sentido, não cabem nessas relações de trocas relações verticais entre educador e educando, ou a simples transferência de conhecimentos, prescrição e normatização de hábitos, que marcaram o pensamento hegemônico da educação sanitária no século passado e que ainda hoje estão presentes nas práticas educativas em saúde (MOROSINI et al., 2009).

Seguem algumas possibilidades de ações de educação em saúde, sem a pretensão de esgotá-las, já que todo encontro entre trabalhador(a) e usuário(a) pode ser considerado como um ato de educação em saúde.

Educação entre pares

O apoio à formação de redes relacionadas ao HIV/aids é uma das estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde para proporcionar os meios de fomentar o protagonismo e empoderamento dos grupos sociais mais vulneráveis à epidemia. Além do estabelecimento de espaços de participação política, são fundamentais ações de estímulo ao surgimento de atores sociais entre as populações-chave e prioritárias. Por atores sociais entendem-se os indivíduos ou grupos de indivíduos engajados em iniciativas sociais de base comunitária e que podem atuar politicamente na resposta brasileira ao HIV/aids, qualificando-a a partir das suas várias fragilidades e necessidades e trabalhando entre pares.

A ação entre pares é uma importante estratégia para o fortalecimento da adesão ao tratamento e se estrutura a partir da articulação do amparo e apoio mútuo, em que vivências são compartilhadas e existe forte sentimento de pertencimento. Nesse sentido, diversas ações são desenvolvidas por organizações da sociedade civil criadas por e para as PVHIV, com o objetivo de compartilhar cuidados com a saúde, promovendo o uso correto dos medicamentos e a adesão ao tratamento. O Ministério da Saúde recomenda o estabelecimento de parcerias e espaços de colaboração com essas instituições, como estratégia para o fortalecimento da adesão ao tratamento.

Mas o engajamento comunitário e o desenvolvimento de ações protagonizadas pelas próprias populações-chave, ou por entidades que as representam, vai além da adesão ao tratamento, pois são estratégias

fundamentais para a ampliação das ações de prevenção, diagnóstico, vinculação e tratamento oportuno.

A premissa de ações dessa natureza é a de que a formação de novos atores sociais resultará na multiplicação de agentes de transformação que incidirão politicamente nos espaços de participação e controle social nos territórios, enriquecendo, a partir de diferentes perspectivas e olhares, a resposta brasileira ao HIV/aids, mediante ações de enfrentamento da epidemia lideradas pela própria comunidade.

Benzaken et al. (2007) definem as intervenções de base comunitária na prevenção e na assistência às IST como propostas de programas baseados no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos na perspectiva da pedagogia da autonomia de Paulo Freire, tendo como princípios: "investigação, respeito aos saberes da comunidade e à sua autonomia, reconhecimento da identidade cultural e disponibilidade para o diálogo, recusa a qualquer forma de discriminação e promoção de direitos" (p. 119).

Segundo os autores, essas ações se dão em uma perspectiva construcionista e emancipatória, onde todas as ações são construídas em colaboração entre pesquisadores(as) e a comunidade e seus resultados são compartilhados e discutidos ao longo do processo, mantendo a sensibilização e a sustentabilidade da ação, permitindo, além disso, a validação da análise com os participantes dos programas nos seus próprios termos.

Especialmente no campo da saúde sexual – como é o caso do HIV –, as ações de prevenção não se reduzem aos aspectos científicos, mas são resultados destes, aliados a debates públicos sobre prioridades, valores e direitos, bem como da imaginação coletiva para responder rapidamente aos desafios identificados na discussão dos resultados parciais e em contextos locais.

A utilização de estratégias construtivistas e emancipadoras de intervenção pode contribuir para a transformação tanto de trajetórias individuais, que renovam contextos intersubjetivos, com repercussões na cultura local e nos hábitos da população, como no plano sociopolítico e programático, que permitem atuar sobre a vulnerabilidade às IST/aids e garantir o gozo pleno dos direitos humanos – em particular, dos direitos à saúde.

O CTA, em sua função de fortalecer o trabalho junto às populações-chave e prioritárias para o HIV, poderá fomentar o trabalho de pares em articulação com OSC e com os(as) próprios(as) usuários(as) do serviço e pessoas da comunidade.

Disponibilização de material educativo e informativo

Os serviços devem ter disponíveis materiais informativos impressos e em mídia eletrônica com conteúdos sobre IST, HIV/aids e hepatites virais, redução de danos, Direitos Humanos, o significado de viver com algum desses agravos, estímulo à testagem, tratamento e outros conteúdos de Prevenção Combinada que contribuam para a percepção de risco e adesão a práticas seguras. Para fortalecer o trabalho da educação em saúde, o processo de construção desses materiais pode ser, inclusive, um processo coletivo do serviço com os (as) usuários(as) e a comunidade.

Ações extramuros

- » Divulgação das ações ofertadas pelos CTA;
- » Atividades de educação em saúde em instituições, por exemplo, escolas, instituições de base comunitárias, empresas, presídios, entre outros;
- » Testagem para o HIV, sífilis e hepatites virais em espaços de sociabilidade;
- » Orientações pré e pós-teste;
- » Atividades de orientação preventiva;
- » Disponibilização de insumos clássicos de prevenção (preservativos feminino e masculino, gel lubrificante, kit de redução de danos e materiais informativos/educativos);
- » Trabalho de campo de redução de danos;
- » Outras ações, a serem definidas de acordo com a realidade do serviço.

A realização da testagem rápida externa ao serviço deve prever as condições estruturais mínimas de biossegurança para realização do procedimento e atender aos regulamentos para descarte de material perfurocortante e biológico. O serviço também pode considerar a utilização de teste rápido de fluido oral (HIV) para essas ações. Devem ser obedecidos os princípios éticos e legais de privacidade, sigilo e confidencialidade para entrega de resultados e encaminhamento a serviços de referência para conclusão diagnóstica e, se for o caso, adesão ao tratamento.

5.2.14 Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente Saúde (EPS) tem amplo potencial para contribuir na (re)organização dos processos de trabalho e de educação nos serviços de saúde e nos espaços de gestão, repercutindo, mesmo que de forma indireta, na situação de saúde da população. Como um instrumento estratégico de gestão, pode ser desenvolvida de modo a incentivar a autonomia dos(as) trabalhadores(as) enquanto atores críticos e propositivos capazes de promover a análise crítica do trabalho.

Essa ferramenta está ligada diretamente às relações que acontecem no cotidiano do trabalho e possibilita a identificação da potência dos movimentos gerados pelos(as) trabalhadores(as) para transformar e melhorar processos e práticas, seja na gestão, na atenção, na formação ou no controle social da saúde.

Por se relacionar diretamente à realidade das ações e serviços de saúde, a EPS deve estar integrada politicamente com a formação dos perfis profissionais e de serviços, fazendo uso de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento e experimentação (CECCIM, 2005). Dessa forma, a educação continuada pode contribuir na qualificação profissional dos trabalhadores da saúde, a partir de ações educativas como capacitações, oficinas, debates e outros.

Nessa perspectiva, para a reorganização dos CTA, trata-se de uma estratégia que pode transversalizar esse processo por seu potencial de colocar o cotidiano do trabalho no centro do debate de modo participativo, crítico e implicado, de modo a incidir sobre as práticas e ações de Prevenção Combinada que serão fortalecidas nesses serviços.

A partir da problematização e da aprendizagem significativa, será possível ressignificar os processos de trabalho a fim de otimizá-los e a torná-los sustentáveis, contribuindo para uma resposta adequada em relação à epidemia do HIV/aids, sem desconsiderar os contextos de vulnerabilidade, as realidades locais e a autonomia dos(as) usuários(as).

Torna-se imprescindível que a EPS seja incorporada como eixo transversal das ações que contribuirão para o processo de reorientação do papel do CTA, uma vez que possibilitará a alimentação contínua da Linha de Cuidado Integral ao HIV/aids.

Aprendizagem significativa: considera os conhecimentos e experiências prévias dos sujeitos, atribuindo significado aos novos conhecimentos a serem adquiridos.

Problematização: tem como princípio a relação entre a teoria e a prática, a crítica e reflexão sobre a realidade.

6

DIFERENTES ARRANJOS DOS CTA NOS DIFERENTES CONTEXTOS

Diante da necessidade de incorporar as ações de Prevenção Combinada no enfrentamento da epidemia do HIV e aprimorar o controle das hepatites virais e das IST, principalmente a sífilis, no âmbito dos CTA, o DIAHV propôs, no ano de 2016, a criação de um grupo de trabalho para discutir a reorganização dos CTA, com o objetivo de atender a essas demandas.

Esse GT contou com a participação de especialistas de serviços, da gestão e de universidades. Um dos produtos desse GT foi a definição de perfis dos CTA que contemplassem os diferentes arranjos e necessidades locais, conforme descrito abaixo.

6.1 CTA Tipo I

Os CTA Tipo I têm um papel estratégico na ampliação do diagnóstico, realizando atividades de prevenção, como diagnóstico do HIV, HBV, HCV e sífilis, além de disponibilizarem insumos de prevenção. São considerados referência para a descentralização da testagem rápida na Atenção Básica, fazendo vinculação dos casos positivos de HIV, HBV, HCV e sífilis e estabelecendo fluxos com a rede laboratorial. Em geral, estão vinculados a um serviço de atenção primária. O foco da atenção são as populações-chave e prioritárias.

Horário de funcionamento

Recomenda-se que o horário de funcionamento mínimo corresponda ao horário de funcionamento dos demais serviços de saúde da rede, podendo ser estabelecidas adequações conforme as necessidades do território.

Tamanho e composição da equipe

A equipe mínima do CTA Tipo I deve ser composta por:

- » Profissional de nível superior capacitado(a) a realizar teste rápido e fornecer orientações pré e pós-testes, sendo autorizado pelo seu conselho de classe a laudar o exame;
- » Trabalhador(a) da saúde de nível médio ou superior capacitado(a) a realizar teste rápido e fornecer orientações pré e pós-testes, conforme o Quadro 3.

Principais atividades

As principais atividades que concernem ao CTA Tipo I são:

- » Testagem de HIV, sífilis e hepatites B e C;
- » Orientações pré e pós-testes;
- » Aconselhamento para gestão de risco;
- » Solicitação de exames de CD4+ e carga viral para os resultados reagentes;
- » Divulgação e encaminhamento para profilaxias e vacinas;
- » Oferta de insumos de prevenção;
- » Apoio a ações extramuros;
- » Articulação com OSC para ações de prevenção e apoio à testagem;
- » Vinculação para HIV, hepatites B e C, sífilis e outras IST;
- » Notificação dos casos; e
- » Apoio na descentralização da testagem rápida para a Atenção Básica.

6.2 CTA Tipo II

Nesse grupo predominam as atividades preventivas. São CTA que possuem em seu quadro pelo menos um(a) profissional médico(a) e têm como principais funções: realizar apoio matricial na Atenção Básica; fazer vinculação dos casos positivos de HIV, HBV, HCV e sífilis; estabelecer fluxo com a rede laboratorial. Além das atribuições do Tipo 1, diferencia-se pelas atividades assistenciais, como tratamento da sífilis e outras IST, encaminhamento para exames adicionais de IST e a realização de PEP e PrEP. O foco da atenção são as populações-chave e prioritárias.

Horário de funcionamento

Recomenda-se que o horário de funcionamento mínimo corresponda ao horário de funcionamento dos demais serviços de saúde da rede, podendo ser estabelecidos horários alternativos noturnos, conforme necessidade do território, para oferta da testagem, PEP e outros.

Tamanho e composição da equipe

A equipe mínima do CTA Tipo II deve ser composta por:

- » Profissional médico(a);
- » Profissionais de nível superior para atenção psicossocial;
- » Profissional de nível superior capacitado(a) a realizar teste rápido e fornecer orientações pré e pós-testes, sendo autorizado pelo seu conselho de classe a laudar o exame; e
- » Trabalhador(a) da saúde de nível médio ou superior capacitado(a) a realizar teste rápido, fornecer orientações pré e pós-testes e realizar ações de campo, conforme normativas do MS.

Principais atividades

As principais atividades que concernem ao CTA Tipo II são:

- » Testagem de HIV, sífilis e hepatites B e C;
- » Orientações pré e pós-testes;

- » Aconselhamento para gestão de risco;
- » Solicitação de exames de CD4+ e carga viral para os resultados reagentes;
- » Oferta de insumos de prevenção;
- » Apoio a ações extramuros;
- » Articulação com OSC para ações de prevenção e apoio à testagem;
- » Vinculação de resultados positivos para HIV e hepatites;
- » Tratamento da sífilis e de outras IST (Nota Técnica Cofen/CTLN nº 03/2017);
- » Realização de testagem e PrEP;
- » Apoio matricial para a Atenção Básica;
- » Encaminhamento para exames de outras IST;
- » Coleta de amostras para exames confirmatórios e complementares;
- » Trabalho de campo de redução de danos;
- » Notificação dos casos; e
- » Outras atividades relacionadas, a critério do serviço.

6.3 CTA Tipo III

O CTA Tipo III integra atividades preventivas, assistenciais e de educação permanente em saúde, podendo ter um papel formador da rede de saúde e sendo, ainda, o que oferece mais tipos diferentes de diagnósticos de HIV, sífilis e hepatites e tratamento de IST. Tem como principais funções: realizar apoio matricial na Atenção Básica; vincular os casos positivos de HBV, HCV e/ou tratamento do HIV e sífilis; realizar PEP e PrEP. Além das atribuições do Tipo I e do Tipo II, também realiza trabalho de campo com populações-chave e prioritárias, promove ações de educação entre pares e compreende espaço de formação em saúde. Em geral, está vinculado a outro serviço especializado da rede e tem como foco as populações-chave e prioritárias.

Horário de funcionamento

Recomenda-se que o horário de funcionamento mínimo corresponda ao horário de funcionamento dos demais serviços de saúde da rede, podendo ser estabelecidos horários alternativos noturnos, conforme necessidade do território, para oferta da testagem, PEP e outros.

Tamanho e composição da equipe

A equipe mínima do CTA Tipo III deve ser composta por:

- » Profissional médico(a);
- » Profissionais de nível superior para atenção psicossocial;
- » Profissional de nível superior que seja capacitado(a) a realizar teste rápido e fornecer orientações pré e pós-testes, sendo autorizado(a) pelo seu conselho de classe a laudar o exame;
- » Trabalhador(a) da saúde de nível médio ou superior capacitado(a) a realizar teste rápido, fornecer orientações pré e pós-testes e realizar ações de campo, conforme normativas do MS;
- » Farmacêutico(a), em caso de dispensação de medicamentos antirretrovirais;
- » Profissional sanitário, se disponível.

Principais atividades

As principais atividades que concernem ao CTA Tipo III são:

- » Oferta de diferentes tipos de sorologias para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B e C, além da testagem rápida, priorizando populações-chave;
- » Orientações pré e pós-testes;
- » Aconselhamento para gestão de risco;
- » Solicitação de exames de CD4+ e carga viral para resultados positivos;
- » Oferta de insumos de prevenção;
- » Ações extramuros pontuais;

- » Articulação com OSC para ações de prevenção e apoio à testagem;
- » Vinculação de resultados positivos para HIV e hepatites;
- » Tratamento da sífilis e de outras IST;
- » Oferta de PEP e PrEP;
- » Apoio matricial para a Atenção Básica;
- » Encaminhamento para exames de outras IST;
- » Coleta de amostras para exames confirmatórios e complementares;
- » Trabalho de campo com populações-chave e prioritárias em espaços de sociabilidade;
- » Oferta de vacinas para HPV e hepatite B;
- » Estrutura laboratorial;
- » Espaço de formação em serviço;
- » Notificação dos casos; e
- » Outras atividades relacionadas, a critério do serviço.

Quadro 7 – Perfil de cada tipo de CTA

RECURSOS HUMANOS E ATIVIDADES REALIZADAS	TIPO I	TIPO II	TIPO III
Profissional capacitado(a) a realizar teste rápido e fornecer orientações pré e pós-testes, sendo autorizado(a) pelo seu conselho de classe a laudar o exame	X	X	X
Trabalhador(a) da saúde de nível médio ou superior, capacitado(a) a realizar teste rápido e fornecer orientações pré e pós-testes	X	X	X
Testagem de HIV, sífilis e hepatites B e C	X	X	X
Orientações pré e pós-testes	X	X	X
Aconselhamento para gestão de risco	X	X	X
Solicitação de exames de CD4+ e carga viral para os resultados positivos	X	X	X
Divulgação e encaminhamento para profilaxias e vacinas	X	X	X
Oferta de insumos de prevenção	X	X	X
Apoio a ações extramuros	X	X	X
Articulação com OSC para ações de prevenção e apoio à testagem	X	X	X
Vinculação para HIV, hepatites B e C, sífilis e outras IST	X	X	X
Apoio para descentralização da testagem rápida para a Atenção Básica	X	X	X
Notificação	X	X	X
Vinculação de resultados positivos para HIV, hepatites B e C, sífilis e outras IST	X	X	X
Tratamento da sífilis e de outras IST		X	X
Realização de PEP e PrEP		X	X
Apoio matricial para a Atenção Básica		X	X
Encaminhamento para exames de outras IST		X	X
Coleta de amostras para exames confirmatórios e complementares		X	X
Trabalho de campo de redução de danos com populações-chave e prioritárias em espaços de sociabilidade			X
Oferta de diferentes tipos de sorologias para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B e C, além da testagem rápida, priorizando populações-chave			X
Oferta de vacinas para HPV e hepatite B			X
Estrutura laboratorial			X
Espaço de formação em serviço			X

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Referências

BARBOSA, R. M.; PERPÉTUO, I. H. O. Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da CIPD: rumo ao Cairo +20. Brasília: Presidência da República, 2010.

BASTOS, F. I. **Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros.** Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). 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.

BENZAKEN, A. S. et al. Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/aids na região amazônica, Brasil. In: **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 118–126, dez. 2007, p. 119.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 18 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual de Cuidado Contínuo do HIV**. Ministério da Saúde. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2016. Brasília, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para trabalhadores e gestores de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 (*no prelo*).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. 5 Passos para Implementação da Linha de Cuidado para a Pessoa Vivendo com

HIV e Aids. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **HIV/Aids na Atenção Básica**: material para profissionais de saúde e gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399–407, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

CARVALHO, H. B.; SEIBEL, S. D.; BURATTINI, M. N. et al. Vulnerabilidade às infecções pelo HIV, hepatites B e C e sífilis entre adolescentes infratores institucionalizados na cidade de São Paulo, Brasil. **J Bras Doenças Sex Transm**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 41–5, 2003.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface**, [S.l.], v. 9, n. 16, p. 161–77, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. **Hepatitis B and C testing activities, needs, and priorities in the EU/EEA**. Stockholm: ECDC, 2017.

FERRAZ, D.; PAIVA, V. Sexo, direitos humanos e aids: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. In: **Rev Bras Epidemiol**, [S.l.], v. 18, Suppl. 1, p. 89–103, set 2015.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas de Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Universidade Federal Fluminense, 2011. Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

GALPERIM, B.; CHEINQUER, H.; STEIN, A. et al. Intranasal cocaine use does not appear to be an independent risk factor for HCV infection. **Addiction**, [S.l.], v. 99, n. 8, p. 973–7. 2004. DOI: 10.1111/j.1360– 0443.2004.00761.

GONDIM, R. (Org.) Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.

GRANGEIRO, A. et al. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.l.], v. 18, Suppl. 1, p. 43–62, set. 2015.

GRANT, R. M. et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **N Engl J Med**, [S.l.], v. 363, n. 27, p. 2587–2599, 2010.

HEARST, N.; CHEN, S. Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working? **Stud Fam Plann**, [S.l.], v. 35, n. 1, p. 39–47, 2004.

JANSEN, K.; THAMM, M.; BOCK, C. T. et al. High prevalence and high incidence of coinfection with hepatitis B, hepatitis C, and syphilis and low rate of effective vaccination against hepatitis B in HIV-positive men who have sex with men with known date of HIV seroconversion in Germany. **Plos One**, [S.l.], v. 10, n. 11, p. e0142515, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142515>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

KERR, L. **Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras**. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009.

KORNER, H.; HENDRY, O.; KIPPAX, S. Safe sex after post-exposure prophylaxis for HIV: intentions, challenges and ambivalences in narratives of gay men. **AIDS Care**, [S.l.], v. 18, n. 8, p. 879–87, 2006.

MCCONNELL, J. J.; BRAGG, L.; SHIBOSKI, S. et al. Sexual seroadaptation: lessons for prevention and sex research from a cohort of HIV-positive men who have sex with men. **PLoS One**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. e8831, 2010.

MELLO, D. F. et al. Complicações locais após a injeção de silicone líquido industrial: série de casos. **Rev. Col. Bras. Cir.** [S.l.], v. 40, n. 1, p. 37–43, 2013.

MELO, J. A. C. de. Educação e as Práticas de Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). Trabalho, Educação e Saúde: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/pdfs-em-geral/relatorios/novastecnologia-biba-2013.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

MONTEIRO, M. R. N.; PASSOS, M. M.; FIGUEIREDO, A. D. et al. Hepatite C: prevalência e fatores de risco entre portadores do VIH/SIDA em Belém, Pará, na Amazônia brasileira. **Rev Soc Bras Med Trop**, [S.l.], v. 37, Supl. 2, p. 40–6, 2004.

MOROSINI, V. M. et al. Educação em Saúde. In: FIOCRUZ. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

NSW MINISTRY OF HEALTH. **NSW Hepatitis B Strategy 2014–2020**. Sydney: NSW Ministry of Health, 2014.

PATEL, P.; BORKOWF, C. B.; BROOKS, J. T. et al. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. **AIDS**, [S.l.], v. 28, n. 10, p. 1509–19, 2014.

PESSOA, L. R.; SANTOS, E. H. A.; TORRES, K. R. B. O. (Org.). Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2011.

PIMENTA, C.; RAXACH, J. C.; TERTO JR, V. (Org.). **Anais do Seminário Estudos e Pesquisas em DST/HIV/Aids: determinantes epidemiológicos e sociocomportamentais**. Porto Alegre, 14 a 16 dez. 2009. Rio de Janeiro: ABIA, 2010.

SEFFNER, F.; PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 293–304, 2016.

SEGURADO, A. A. C. Tecnologias de Prevenção Biomédica na Gestão do Risco de Infecção por HIV. *Rev Brasileira Epidemiologia*, [S.l.], v. 18, supl. 1, set. 2015.

SEGURADO, A. A. C.; BRAGA, P.; ETZEL, A. et al. Hepatitis C virus coinfection in a cohort of HIV-infected individuals from Santos, Brazil: Seroprevalence and associated factors. **AIDS Patient Care STDs**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 135–43, 2004. DOI: 10.1089/108729104322994829

SZWARCWALD, C. L. **Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis nos grupos das mulheres profissionais do sexo, no Brasil.** Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.

UNAIDS. **Report on the global AIDS epidemic: A UNAIDS 10th anniversary special edition**, 2006. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/report/2006/2006_gr_en.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2017.

UNAIDS. **Unaid Terminology Guidelines**. Unaid, 2015. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2017.

US PUBLIC HEALTH SERVICE (USPHS); INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA (IDSA). Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections with Human Immunodeficiency Virus: Disease Specific Recommendations Working Group. *Clinical Infectious Diseases*, [S.l.], v. 21, Suppl. 1, p. S32–43, 1995.

WELLER, S. C.; DAVIS-BEATY, K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], v. 1, n. CD003255, 2002. DOI: 10.1002/14651858.CD003255.

WHO (World Health Organization). **Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgende people**. Geneva: WHO, 2011.

WHO. **Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030**. Advocacy Brief. Geneva: WHO, maio 2016.

WHO. **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations**. World Helth Organization, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 2 jul. 2017.

WHO. **Guidelines on hepatitis B and C testing, 2017**. Geneva: WHO, 2017.

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA SAÚDE

