Volume 22 Issue 15
Originally issued as F4

Global Journal of Medical Research: F
Diseases
Volume 22 Issue 4 Version 1.0 Year 2022
Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal
Publisher: Global Journals
Online ISSN: 2249-4618 & Print ISSN: 0975-5888

O papel da atenção primária à saúde na prevenção e no estadiamento da AIDS / HIV

By Ana Beatriz Marques Ferreira Da Silva, Isabella Oliveira Rios, Laura Botelho Ramos Godinho, Polyana Grain Paes Rodrigues, Fábio Luiz Fully Teixeira & Lucas Capita Quarto

Universidade Nova Iguaçu (UNIG)

Abstract- The Aids is a pathology with high incidence in the teenagers, once the manifestation occurs between seven to ten years after the infection, said that this is the incubation period. Despite the emergence in the late 80 years in the United Estates, there is no cure, having only treatment and prophylaxis, so the APS and SUS playing the important role in this issue. Since it is a pathology that affects the immune system, its evolution has several variants, since each person's organism functioned differently at the same stimuli. The clinical consequences of HIV infection range from acute syndrome associated with primary infection to a prolonged asymptomatic phase culminating in advanced disease. (KASPER et al, 2013) Treatment is carried out based on antiretroviral medicinal products (ARS), with the intention of prolonging survival and improving quality of life by reducing viral load and reconstitution of the individual's immune system.

Keywords: *aids, HIV, infection, treatment.*

GJMR-F Classification: *DDC Code: 616.9 LCC Code: RC111*



Strictly as per the compliance and regulations of:

© 2022. Ana Beatriz Marques Ferreira Da Silva, Isabella Oliveira Rios, Laura Botelho Ramos Godinho, Polyana Grain Paes Rodrigues, Fábio Luiz Fully Teixeira & Lucas Capita Quarto. This research/review article is distributed under the terms of the Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). You must give appropriate credit to authors and reference this article if parts of the article are reproduced in any manner. Applicable licensing terms are at https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.

O papel da atenção primária à saúde na prevenção e no estadiamento da AIDS / HIV

Ana Beatriz Marques Ferreira Da Silva [α], Isabella Oliveira Rios [σ], Laura Botelho Ramos Godinho [ρ], Polyana Grain Paes Rodrigues [ω], Fábio Luiz Fully Teixeira [¥] & Lucas Capita Quarto [§]

Resumo- A Aids é uma patologia com alta incidência em adolescentes, visto que a manifestação ocorre entre sete a dez anos após a infecção, dito esse o seu período de incubação. Apesar do surgimento da doença ter se dado em meado dos anos 80 tendo início nos Estados Unidos, não existe cura para a mesma, tendo apenas medidas de tratameto e profilaxia, tendo assim as APS e o SUS execendo o papel importante nesse quesito. Visto que é uma patologia que acomete o sistema imunológico a sua evolução possui diversas variantes, uma vez que o organismo de cada pessoa funcionada de forma diferente ao mesmo estímulo. As consequências clínicas da infecção pelo HIV abrangem um espectro que varia da síndrome aguda associada à infecção primária até uma fase assintomática prolongada que culmina na doença avançada. (KASPER et al, 2013) O tratamento é realizado baseando-se em medicamentos antirretrovirais (ARS), com a pretensão de prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida, pela redução da carga viral e a reconstituição do sistema imunológico do indivíduo. Foi realizada pesquisa em plataforma online como o Google Acadêmico, Scielo, BVS, com a intensão de expor os aspectos necessários a compreensão da população sobre o diagnóstico, manifestação da doença, tratamento, profilaxias e atenção básica.

Palavras-chave: *aids, HIV, infeção, tratamento.*

Abstract- The Aids is a pathology with high incidence in the teenagers, once the manifestation occurs between seven to ten years after the infection, said that this is the incubation period. Despite the emergence in the late 80 years in the United Estates, there is no cure, having only treatment and prophylaxis, so the APS and SUS playing the important role in this issue. Since it is a pathology that affects the immune system, its evolution has several variants, since each person's organism functioned differently at the same stimuli. The clinical consequences of HIV infection range from acute syndrome associated with primary infection to a prolonged asymptomatic phase culminating in advanced disease. (KASPER et al, 2013) Treatment is carried out based on antiretroviral medicinal products (ARS), with the intention of prolonging survival and improving quality of life by reducing viral load and reconstitution of the individual's immune system. Research was carried out on an online platform such as Google Scholar, Scielo, BVS, with the intention of exposing the necessary aspects for the population to understand about the diagnostic, manifestation of the disease, treatment, prophylaxis and the primary care.

Keywords: *aids, HIV, infection, treatment.*

Author α σ ρ ω ¥ §: Universidade Iguaçu – Campus V Faculdade De Ciências Biológicas E Da Saúde Curso De Graduação Em Medicina.
e-mail: isabellaorios14@gmail.com

I. Introdução

A AIDS surgiu em meado dos anos 1980, sendo os primeiros casos documentados em 1981 em San Francisco nos EUA, aonde foi dado como reconhecimento da síndrome e no Brasil ocorreu em 1982, no estado de São Paulo. (AGNES CAROLINE S. et al, 2007).

Tendo conhecimento de que o período de aparecimento da síndrome a área científica e médica estava começando a se desenvolver de maneira significativa, tendo em vista que o Brasil tinha acabado de passar pelo governo Geisel aonde (1974-1979), aonde tiveram iniciativas de diversas políticas sociais, incluindo o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1975. Os pacientes que são acometidos pelo HIV não possuem uma boa imagem diante da sociedade, principalmente pelo fato de que sua aparição teve grande parte dos casos sendo em homossexuais, assim como hemofílicos e usuários de drogas, causando um abalamento na percepção da população quanto a doença. (KEVIN M. et al, 2012; AGNES CAROLINE S. et al, 2007; ARISTIDES B. et al, 2009)

Em contraposição ao impacto causado pela doença no cotidiano do paciente, o pós- acometimento dos mesmos se dá através de tratamento com medicamentos antirretrovirais (ARV), assim como prevenção de disseminação provocada por métodos contraceptivos e campanhas geradas pelo SUS. (ALEXANDRE R. et al, 2010)

Nos últimos anos foi possível estipular uma alta incidência do vírus HIV no Brasil, sendo em 2008 mostrado que cerca de 600 mil pessoas portam o vírus, com isso pode se observar o quanto a população é acometida tornando assim de extrema importância a participação da saúde pública. Independente do avanço do vírus da imunideficiência humana (HIV), a atenção básica possui grande papel visto que existe acompanhamento aos pacientes, prevenção, indicação de exames e medicamentos, além das campanhas. (Ministério da Saúde, 2008)

Como é de conhecimento comum uma das formas de infecção pelo vírus do HIV se faz pelo ato sexual desprotegido, acaba por ter como característica a maior incidência em adolescentes, visto que a patologia se manifesta entre sete a dez anos após a

© 2022 Global Journals

infecção, dito esse o seu período de incubação. (MELINA MAFRA T. et al, 2011)

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão visando expor aspectos necessários a compreensão da população sobre a manifestação da doença, diagnóstico, tratamento, tipos de profilaxia e a importância da atenção básica. Deste modo pretendendo reduzir a quantidade de pessoas com a doença, assim como a promoção da prevenção da Aids e o HIV, além de uma maior conscientização da população sobre a enfermidade.

II. Manifestações da Doença

Segundo Veronesi (2015), as mulheres adultas e jovens estão cada vez mais sendo afetadas pela aids, representando 50% das pessoas que vivem com o vírus. Estima-se que haja, atualmente, 660 mil pessoas infectadas com o HIV no Brasil.

O HIV é um vírus de RNA de fita simples, que, uma vez em seu hospedeiro, transcreve este material em DNA (transcrição reversa) que se integra ao núcleo celular de suas células-alvo. A replicação viral é a principal característica do retrovírus. O HIV infecta linfócitos e macrófagos que têm em sua superfície o marcador CD4, mas pode infectar outras células, como as dendríticas. A infecção seletiva de linfócitos CD4+, importantes organizadores da resposta imune adaptativa, é o marco fisiopatológico da doença. (VERONESI, 2015)

De acordo com Veronesi (2015), a depleção dos linfócitos TCD4+ leva à uma desorganização da resposta imune e aumenta a suscetibilidade de processos infecciosos, principalmente por germes intracelulares como as microbactérias, fungos e parasitas, bem como de processos neoplásicos como o linfoma de células B e o sarcoma de Kaposi.

Tão importante quanto a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), decorrente de depleção linfocitária e, geralmente, reativação de infecções latentes (infecções oportunistas), é a doença causada diretamente pelo HIV, pela ativação inflamatória e processos degenerativos, contribuindo com o aumento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares nessa população. (VERONESI, 2015) Segundo Veronesi (2015), a evolução da doença em um indivíduo decorre de como o sistema imune interage com o vírus. Respostas exacerbadas podem se manifestar com doenças oportunistas, ainda na fase aguda, e progressão rápida para aids em poucos anos. Já uma resposta mais modulada pode manter a doença latente por muitos anos.

As consequências clínicas da infecção pelo HIV abrangem um espectro que varia da síndrome aguda associada à infecção primária até uma fase assintomática prolongada que culmina na doença avançada. É mais conveniente considerar a doença causada pelo HIV como um processo com a infecção primária e progride em várias fases. A replicação viral ativa e a disfunção imunológica progressiva ocorrem ao longo de todas as fases da evolução da infecção pelo HIV na maioria dos pacientes. (KASPER et al, 2013).

a) Infecção aguda pelo HIV

Estimativas sugerem que 50 a 70% dos indivíduos infectados pelo HIV apresentam uma síndrome clínica aguda de 3 a 6 semanas depois da infecção primária. Estudos demonstram variáveis graus de gravidade clínica e com isso, sugere-se a soroconversão sintomática que leva o indivíduo a buscar um atendimento médico indica risco mais alto de evolução acelerada da doença, não parece haver qualquer correlação entre o nível da viremia inicial da infecção aguda e a evolução subsequente da doença causada pelo HIV.

Segundo Veronesi (2015), o coito anal receptivo é a forma com maior probabilidade de adquirir infecção, pois no canal anal há grande quantidade de células dendríticas e linfócitos. A mais provável alteração acontece com as células dendríticas, por receptores de manose (C-Lectina) que interagem com gp120 (glicoproteína de superfície do HIV), iniciando o processo de entrada viral.

A via receptora vaginal é a segunda forma mais frequente de transmissão. A transmissão para o parceiro ativo também é possível, porém depende de vários fatores, como intensidade do ato sexual, microlesões penianas, presença de lesão na mucosa vaginal ou anal, decorrente de trauma da relação ou doença sexualmente transmissível (sífilis, por exemplo). Outras formas de transmissão, como sexo oral, aleitamento materno, uso de drogas injetáveis e hemoderivados contaminados, figuram como formas menos frequentes de transmissão, porém não menos importantes. (VERONESI, 2015)

Após duas horas do contato do vírus com uma das mucosas relacionadas (anal, vaginal ou peniana), o HIV atravessa a barreira mucoepitelial protetora e pode entrar em contato com macrófagos teciduais, linfócitos e células dendríticas, estas com a capacidade de apresentar antígenos, carreando o vírus até o grupamento linfoide mais próximo. Esse processo ocorre em até 24 horas após o contato e, como não houve integração do genoma viral com o DNA de uma célula hospedeira, ainda há chance de evitar a infecção. (VERONESI, 2015)

De acordo com Veronesi (2015), o vírus é apresentado ao linfócito TCD4+ virgem e entregue ao seu alvo sem ter sido reconhecido pelo sistema imune. Começa então a replicação viral no linfonodo, atingindo toda subpopulação de linfócitos CD4+ presente. Essa é a "fase eclipse", com duração de 7 a 21 dias, período no qual o RNA viral geralmente não pode ser detectado no plasma do paciente. Com o tráfego celular (cell

© 2022 Global Journals

traffic king), esses linfócitos carrearão o vírus pelas próximas 2 a 3 semanas a todas as partes do organismo, principalmente os linfócitos do tecido associado a mucosa (MALT) intestinal.

No momento de grande viremia, de acordo com Veronesi (2015), surgem os sintomas da infecção aguda: manifestações inespecíficas, como febre, linfadenomegalia generalizada, anorexia, mal-estar ou até mesmo esplenomegalia, hepatomegalia, icterícia, rash citâneo, plaquetopenia e diarreia, esta que configura como um dos sintomas mais frequentes e muitas vezes leva o paciente à investigação de doença inflamatória intestinal, pois pode vir acompanhada de muco.

O diagnóstico de infecção aguda por HIV-1 requer um alto índice de suspeita clínica por médicos de todas as especialidades, uma vez que o quadro clínico varia desde febre ao esclarecimento de manifestações gastrointestinais exuberantes, e o uso correto de testes diagnósticos laboratoriais específicos. O diagnóstico de infecção por HIV deve ser inicialmente avaliado por meio de um teste ELISA (enzime linked immuno sorbent assay) ou ensaio imunoenzimático. Se o teste ELISA for positivo, um teste Western-blot é feito para confirmar que o resultado do teste ELISA é específico para o HIV. Se os testes ELISA e Western-blot forem negativos ou indeterminados e houver suspeita de síndrome retroviral aguda, uma carga viral de HIV-1 deve ser obtida, porém este teste não deve ser utilizado de rotina para diagnóstico, uma vez que podem ocorrer falso-negativos, a depender da quantidade de vírus circulante. Com o limite de detecção cada vez menor pela evolução do teste, futuramente, essa particularidade desaparecerá. O vírus pode ser detectado por reação em cadeia da polimerase (PCR), durante os sete primeiros dias após a infecção, tornando esse teste uma ferramenta útil se uma intervenção terapêutica precoce for necessária. (VERONESI, 2015)

Segundo Kasper, a síndrome é típica de uma infecção viral aguda e foi comparada a mononucleose infecciosa aguda. Em geral, os sinais e sintomas persistem por uma a várias semanas e regridem gradativamente à medida que a resposta imune ao HIV se desenvolve e os níveis de viremia plasmática diminuem. Alguns autores relataram infecções oportunistas durante essa fase da infecção, refletindo a imunodeficiência resultante das contagens reduzidas de célula TCD4+ e, provavelmente, também a disfunção dessas células em consequência das anormalidades celulares induzidas pelas proteínas virais e pelas citocinas endógenas.

b) Estágio assintomático – latência clínica

Embora o intervalo entre a infecção inicial e o início da doença clínica seja amplamente variável, o intervalo médio para os pacientes não tratados é de cerca de 10 anos. Conforme ressaltado antes, a doença causada pelo HIV com replicação viral ativa é contínua e progressiva durante esse período assintomático. A taxa de progressão da doença correlaciona- se diretamente com os níveis de RNA de HIV. Os pacientes com níveis plasmáticos altos de RNA do HIV evoluem para a doença sintomática mais rapidamente que os indivíduos com baixos níveis de RNA do HIV.

Alguns indivíduos, designados como pacientes sem progressão da doença em longo prazo, apresentam pouco ou nenhum declínio das contagens de células TCD4+ por intervalos longos. Em geral, esses indivíduos têm níveis extremamente baixos de RNA viral,

Sinais e sintomas

A infecção aguda pelo HIV-1 apresenta seus sinais e sintomas dentro de alguns dias a semanas após a exposição inicial. Os sinais e sintomas mais comuns incluem febre, fadiga, erupção cutânea que geralmente é maculopapular, mas pode ter apresentações multifacetadas como dor de cabeça, linfadenopatia, faringite, mialgia, artralgia, meningite asséptica, retro – dor orbitária, perda de peso, depressão, desconforto gastrointestinal, suores noturnos e úlceras orais ou genitais. A doença aguda pode durar de alguns dias a mais de 10 semanas, mas a duração geralmente é inferior a 14 dias. (SCHACKER T et al, 1996)

Uma avaliação para infecção aguda por HIV-1 deve ser realizada se um paciente apresentar sinais e sintomas que sejam consistentes com o diagnóstico e uma história de exposição a uma pessoa com infecção conhecida ou possível pelo HIV-1. A infecção aguda também deve ser considerada em pessoas que apresentam uma doença sexualmente transmissível.

1. *Diagnóstico*

A doença pode ou não ter expressão clínica logo após a infecção, sendo importante que o profissional saiba conduzir a investigação laboratorial após a suspeita de risco de infecção pelo HIV. É importante o entendimento da dinâmica da variação viral ou seus marcadores e o curso temporal em indivíduos depois da exposição ao HIV. Além disso, é imprescindível reconhecer a diferença entre a janela imunológica e a soroconversão. (Ministério da Saúde, 2010)

O diagnóstico de infecção aguda por HIV-1 não pode ser feito com testes sorológicos padrão. Os ensaios de imunoabsorção enzimática recombinante (ELISAs) comumente usados para diagnosticar a infecção pelo HIV-1 estabelecida são geralmente negativos em pessoas que apresentam infecção aguda. Os testes sorológicos primeiro tornam-se positivos aproximadamente 22 a 27 dias após a infecção aguda.

Os testes rápidos (TR) são imunoensaios (IE) simples, com resultados em até 30 minutos, realizados

© 2022 Global Journals

preferencialmente de forma presencial em ambiente não laboratorial com amostra de sangue total obtida por punção digital ou amostra de fluido oral.

Tendo em vista que os TR são desenvolvidos para detectar anticorpos anti-HIV em até 30 minutos, em comparação com os testes de imunoensaios utilizados em laboratórios, os dispositivos são otimizados para acelerar a interação antígeno/anticorpo. Isso requer a utilização de uma maior concentração de antígeno e da detecção de complexo antígeno/ anticorpo com reagentes sensíveis à cor, como o ouro coloidal.

Os TR são ideias para fornecer resultados no mesmo dia em uma variedade de situações como: populações – chave, populações prioritárias, parcerias de pessoas vivendo com HIV/aids, acidentes biológicos ocupacionais, gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto, parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não se conhece o resultado do teste no momento do parto, abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional, pessoas com diagnóstico de tuberculose e pacientes com diagnóstico de hepatites virais. (Ministério da Saúde, 2002)

2. Tratamento

A abordagem clínica – terapêutica do HIV tem-se tornado cada vez mais complexa, em virtude da velocidade do conhecimento acerca desse agente. (Ministério da Saúde, 2010)

Segundo o Ministério de saúde, os objetivos do tratamento são: prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida, pela redução da carga viral e a reconstituição do sistema imunológico do indivíduo.

O atendimento é garantido pelo SUS, por meio de uma ampla rede de serviços. O Brasil é um dos poucos países que disponibiliza, integralmente, a assistência ao paciente com Aids. (Ministério da Saúde, 2010)

3. Profilaxias

A prevenção de infecções oportunistas em indivíduos infectados pelo HIV é de grande efetividade e proporciona uma redução significativa de morbidade. Essa prevenção possui três grandes aspectos:

Prevenção de exposição

É uma estratégia que reduz o risco do aparecimento de infecções oportunistas, consistindo no desenvolvimento de atitudes e estilo de vida capazes de diminuir o contato com patógenos oportunistas e agentes de co-infecções.

Profilaxia primária

Tem como objetivo o desenvolvimento de doenças em pessoas com exposição prévia estabelecida ou provável.

Profilaxia secundária

Possui como objetivo evitar a recidiva de infecções oportunistas que já tenham ocorrido.

III. Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de maneira regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. (MATTA, 2009)

No Brasil, a APS agrega os princípios da Reforma Sanitária, deste modo o Sistema Único de Saúde (SUS) empregou a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para que o modelo assistencial seja reorientado a partir de um sistema integrado e universal de atenção à saúde.

O principal objetivo da ABS é o atendimento inicial ao paciente. Desse modo, seu intuito é dispor sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A ABS funciona, portanto, organizando o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

É importante sinalizar, ainda, que algumas práticas e ações já são incorporadas à ABS de maneira ampla, como aquelas voltadas à saúde da criança, ao cuidado pré-natal e ao cuidado de pessoas com diabetes e hipertensão. Por outro lado, ações no campo da saúde mental, da reabilitação e de condições como HIV/Aids, ainda que existam, são menos características da atenção básica, ou realizadas nesse espaço de modo mais parcial. (MELO, 2018) Sendo um serviço preeminente da APS.

A evolução da epidemia da Aids permanece desconstruindo hábitos, revendo conceitos e revolucionando costumes em todo o mundo. Como doença sexualmente transmissível alimenta as estatísticas mundiais e se configura como um dos agravos mais comuns à saúde na contemporaneidade. (NAVARRO, 2011)

A complexidade que envolve a HIV/Aids diz respeito não só aos aspectos físicos da doença, mas, principalmente, a discriminação no meio social dos que convivem com o vírus. Ou seja, o que permeia o HIV/Aids não é apenas o medo da contaminação ou as consequências à corporalidade dos acometidos pela doença, mas os julgamentos morais atrelados a ela. Sendo assim, é considerado que todas as pessoas são vulneráveis à infecção pelo HIV e o nível da proporção em maior ou menor, encontra-se relacionada ao contexto social, aos valores pessoais, níveis de exclusão socioculturais e econômicos. Diante da soropositividade, a vulnerabilidade ao adoecimento

© 2022 Global Journals

está associada à qualidade de vida, aos serviços públicos oferecidos e à sociedade civil organizada.

Neste sentido, desde o início da epidemia, ainda permanece um esforço social e político em divulgar informações que esclareçam a população sobre a doença e ajudem a superar os seus desafios impostos, além de favorecer comportamentos preventivos para diminuir o contágio do vírus.

Estima-se que, no Brasil, cerca de 600 mil pessoas portam o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Os últimos boletins evidenciaram mudanças no perfil epidemiológico que, associados aos pactos de saúde, passaram a subsidiar estratégias de atenção e prevenção para as populações vulneráveis identificadas, como as pessoas na faixa da maturidade e terceira idade (Ministério da Saúde, 2008)

No que tange esta perspectiva, faz-se necessário o investimento de políticas públicas de saúde em medidas de prevenção e controle de transmissão, estabelecendo novas possibilidades nas redes de serviços e estratégias de cuidado. No mais, os avanços científicos no tratamento de pessoas soropositivas para a Aids também colaboram para essa abertura.

Recentemente, novas diretrizes nacionais e experiências locais têm colocado a Atenção Básica à saúde em posição de protagonismo no tema do HIV/Aids, com papel de manter e ampliar ações de promoção, prevenção e diagnóstico e de incorporar o acompanhamento de usuários com HIV. Até então, as políticas de HIV/Aids, nas quais o Brasil tem se destacado no cenário mundial, tinham seu componente assistencial desenvolvido principalmente nos serviços especializados. (MELO, 2018)

IV. Promoção da Saúde

Entre os anos de 2011 e 2012, o Ministério da Saúde introduziu novas tecnologias diagnósticas na APS, com destaque, conforme já mencionado, para os testes rápidos (gravidez, sífilis e HIV, entre outros), aumentando o acesso à testagem e ampliando o diagnóstico de HIV na APS em todas as regiões do país.

A partir de 2013, o Ministério da Saúde passou a adotar também diretrizes e recomendações de incentivo ao acompanhamento de pessoas com HIV/Aids (com quadro de baixo risco) na atenção básica dos municípios.

O diagnóstico do HIV é feito por meio de testes laboratoriais ou testes rápidos (TR). O teste laboratorial Elisa é o mais utilizado para diagnosticar a infecção, no qual se procura por anticorpos contra o HIV no sangue. Uma vez que a amostra não apresentar nenhum anticorpo, o resultado negativo é fornecido para a pessoa. Caso seja detectado algum anticorpo anti-HIV, é necessária a realização de outro teste adicional, o teste confirmatório. São usados como testes confirmatórios o Western Blot, o Teste de Imunofluorescência Indireta para o HIV-1, o Imunoblot ou o próprio teste rápido.

O teste rápido para HIV é realizado com uma gota de sangue da ponta do dedo ou por meio do fluido oral (material coletado da mucosa oral - Swab) obtendo o resultado em até 30 minutos. Para o diagnóstico do HIV com o teste rápido, é necessário fazer um teste de triagem (primeiro teste de HIV) e, se este for reagente, outro teste deve ser realizado para confirmar o diagnóstico (teste confirmatório). A infecção por HIV não tem cura, mas possui tratamento, isto é, quanto mais cedo o indivíduo for diagnosticado e tratado, seu sistema imunológico estará reestabelecido melhorando assim a qualidade de vida do mesmo.

Para evitar a infecção pelo HIV, algumas medidas são importantes, como: Usar preservativo em todas as relações sexuais (vaginal, anal e oral); não compartilhar seringas, agulhas e outros objetos perfurocortantes não esterilizados com outras pessoas; Mulheres vivendo com HIV/aids não devem amamentar, e necessitam realizar acompanhamento pré-natal para que sejam tomadas as medidas necessárias à prevenção da transmissão vertical do HIV (da mãe para a criança). O preservativo (masculino e feminino) é o método de barreira mais eficaz para a prevenção do HIV. Além disso, protege contra outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e evita a gravidez não planejada.

Portanto, é papel da Atenção Básica a notificação adequada e competência no cuidado à pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA) as seguintes atitudes:

- Realizar ações de promoção e prevenção direcionadas a fatores de vulnerabilidade, comportamento e estilo de vida.
- Ampliar oferta do diagnóstico, associado aos demais atendimentos prestados, preferencialmente por TR para HIV, hepatites e sífilis na população em geral, populações- chave e prioritárias, mediante demanda espontânea, evitando realização de agendamento.
- Realizar TR em gestante e parceiro(s) sexual(is).
- Realizar acolhimento e aconselhamento.
- Orientar a população sobre novas tecnologias de prevenção (PEP e PrEP, entre outras) e demais informações sobre IST/ HIV/Aids e HV.
- Avaliar e encaminhar, quando necessário, os casos de PEP.
- Ofertar insumos de prevenção (preservativo masculino, feminino) para a população.
- Atualizar o calendário vacinal em todas as idades, conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações.

© 2022 Global Journals

– Notificar no SINAN os casos de HIV, sífilis e hepatites B e C.

V. Considerações Finais

Diante da apresentação das informações e dados obtidos a partir do levantamento bibliográfico indicam que se faz necessário um acompanhamento precoce da população as APS no sentido de manter exames em dia e com isso um aumento da prevenção não somente contra a Aids e o HIV, mas também em relação a outras doenças cotidianas. Precisa-se que haja um maior esforço das autoridades para com as campanhas de conscientização e esclarecimento da população de maneira geral quanto ao seu tratamento e aos fatores de risco.

References Références Referencias

1. MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. Dicionário da educação profissional em saúde, v. 2, p. 44-50, 2009.
2. MELO, Eduardo Alves; MAKSUD, Ivia; AGOSTINI, Rafael. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, p. e151, 2018.
3. NAVARRO, Ana Maria Ayres et al. Representações sociais do HIV/Aids: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 3, p. 92-99, 2011.
4. PALÁCIO, Marilia Belfiore; DE CASTRO FIGUEIREDO, Marco Antônio; DE SOUZA, Lícia Barcelos. O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde: possibilidades de integração da assistência. Psico, v. 43, n. 3, 2012.
5. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de IST/Aids. Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) e outras infecções sexualmente transmissíveis. – Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2018.
6. LAZZAROTTO, Alexandre Ramos; DERESZ, Luís Fernando; SPRINZ, Eduardo. HIV/AIDS e Treinamento Concorrente: a Revisão Sistemática. Rev Bras Med Esporte, Niterói, v. 16, n. 2, p.149-154, Apr. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922010000200015&lng=en&nrm=iso>. Access on 08 May 2021. https://doi.org/10.1590/S1517-86922010000200015.
7. PINTO, Agnes Caroline S. et al. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. DST J Bras Doenças Sex Transm, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.
8. DE COCK, Kevin M.; JAFFE, Harold W.; CURRAN, James W. The evolving epidemiology of HIV/AIDS. Aids, v. 26, n. 10, p. 1205-1213, 2012.
9. BARBOSA JÚNIOR, Aristides et al. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. Cadernos de saude publica, v. 25, p. 727-737, 2009.
10. TOLEDO, Melina Mafra et al. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. Revista brasileira de enfermagem, v. 64, n. 2, p. 370-375, 2011.
11. Veronesi: tratado de infectologia / editor científico Roberto Focaccia. -- 5. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.
12. Medicina Interna de Harrison. 18 ed. Porto Alegre, RS: AMGH Ed., 2013. 2v.
13. Schacker T, Collier AC, Hughes J, Shea T, Corey L. Características clínicas e epidemiológicas da infecção primária por HIV. Ann Intern Med 1996; 125: 257 - 264 [Errata, Ann Intern Med 1997; 126: 174].
14. Ministério de Saúde. Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
15. Brasil, and Ministério da Saúde "Recomendações para vacinação em pessoas infectadas pela HIV" (2002).
16. Ministério de Saúde. Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

© 2022 Global Journals