



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

CAROLINA FREITAS DO CARMO RODRIGUES

AVALIAÇÃO DO CONTROLE DO HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DE PALMAS - TO

Rio de Janeiro
2019

CAROLINA FREITAS DO CARMO RODRIGUES

AVALIAÇÃO DO CONTROLE DO HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DE PALMAS - TO

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: MSc. Marta Maria Malheiros Alves

Coorientador: MSc. Rafael Brustulin

Rio de Janeiro/RJ

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAROLINA FREITAS DO CARMO RODRIGUES

AVALIAÇÃO DO CONTROLE DO HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DE PALMAS - TO

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 24 de abril de 2019.

MSc. Marta Maria Malheiros Alves (Orientadora)
SEMUS/ FESP – Palmas- TO

Dra. Adriana Pinho
UFRJ

Dra. Lilian de Mello Lauria
SMS – Rio de Janeiro - RJ

À Deus que me proporcionou, além da bênção da vida e da saúde, mais essa oportunidade de crescimento e possibilidade de mudança. Permanecerei grata pelo guia da escolha e da permanência na arte de cuidar.

À minha mãe, que durante toda sua vida se sacrificou por mim e toda minha família. Por ela busco sempre avançar e à ela dedico essa e todas as conquistas.

À meus avós, que nos uniu pelo amor e fé incondicional.

À meu marido, que me incentiva sempre a crescer e a lutar para minha autorrealização.

AGRADECIMENTOS

Senhor, obrigada por abençoar minha escolha, pela determinação para permanecer nela e por alcançar essa glória de servir ao próximo.

Mãe e Família, agradeço pela bênção indescritível de tê-los, pela fé, apoio, compreensão pelas faltas cometidas e pela distância, companhia na luta, carinho e aplausos nas vitórias alcançadas. Amo e me orgulho mais do que tudo! Tia Débora, você é meu maior exemplo nessa caminhada.

Amado marido, obrigada por todo orgulho, incentivo, paciência, disposição, fé e amor. Que venha outras vidas e muitas outras lutas e conquistas!

Amigos queridos, especialmente XereKraô, Robertas, Antônio e Rafael por tornarem o ambiente de trabalho mais leve, sou grata pelas risadas e folgas bem aproveitadas, pelo amparo, pelo choro consolado e o mais sincero sentimento despertado. Um obrigada especial à Gabrielle Melo pela acolhida. Gabrielly Pádua, sinto sua falta, amiga amada.

Aos bons mestres, especialmente à Fernanda Fernandes, Marta Malheiros, Fernando Quaresma, Rafael Brustulin, Lorena Monteiro, Ana Carolina Rodrigues, Soraya Doderó, Euglébia Oliveira e Lilian Lauria, um agradecimento especial pelos ensinamentos e exemplos de profissionais. E aos meus orientadores excepcionais, muito obrigada!

Aos profissionais que participaram desta pesquisa, todo meu respeito. Obrigada pela confiança!

Obrigada a todos que fizeram parte dessa etapa e permaneceram

"Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito".

(Chico Xavier, ditado pelo Espírito Emmanuel)

RESUMO

RODRIGUES, Carolina Freitas do Carmo. **Avaliação do Controle do HIV/Aids na Atenção Primária no Município de Palmas - TO**. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Introdução: No enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, o Ministério da Saúde está implementado ações descentralizadas, antes restritas aos serviços de referência, para a Atenção Primária à Saúde. Apesar da forte expansão no Brasil, este serviço ainda apresenta problemas que evidenciam a necessidade de melhor estrutura para suportar a inserção ou fortalecimento de ações no campo do HIV/Aids. **Objetivo:** Avaliar, por meio de questionário, a atenção ofertada pela Atenção Primária à Saúde para o controle do HIV/Aids através da perspectiva dos profissionais de nível superior. **Metodologia:** Estudo transversal realizado por amostragem não probabilística por conveniência dos enfermeiros, médicos e dentistas inseridos na rede de APS através de aplicação de questionário para avaliar o controle do HIV/Aids na APS sob a ótica dos profissionais de saúde de forma eletrônica entre os meses de agosto e novembro de 2018. As informações ofertadas serão consolidadas e analisadas por meio de frequência, utilizando o Excel (2007) e o Formulário Google. **Resultados:** A amostra da pesquisa foi composta por 127 profissionais. Quanto a disponibilização de materiais didáticos 58,3% dos profissionais relataram que a unidade disponibiliza nas ações educativas, e as ações acerca do HIV/Aids são desenvolvidas sem dificuldades por 47,2% deles. A ação de entrega da camisinha (preservativo masculino) acontece fora do espaço físico da unidade de saúde por 66,1% dos profissionais, e 63% realizam orientação para seu uso durante a entrega. Referente aos testes rápidos, 99,2% relataram ofertar aos parceiros de pessoas diagnosticadas com HIV/Aids e que 95,3% realizam aconselhamento pré-teste e pós-teste rápido para HIV/Aids, porém, 15% não solicitam o teste rápido ou sorológico de HIV à mulheres que apresentam queixas sugestivas de infecção ginecológica. Especificamente sobre o manejo do HIV, 93% realizam busca ativa às pessoas cujo diagnóstico do HIV foi positivo e não retornaram para receber o resultado, enquanto 80,3% realizam busca ativa aos parceiros (as) quando o diagnóstico do HIV/Aids foi positivo. **Discussão:** Para garantir um atendimento e acompanhamento de qualidade, é preconizado que o processo de descentralização do cuidado da PVHA para a APS seja feita, inicialmente com a qualificação dos profissionais da RAS, visto que é necessário acolhimento humanizado, livre de preconceitos e estigmas, reconhecendo as necessidades em saúde do sujeito por meio de uma abordagem multiprofissional e de maneira integrada, de forma a desenvolver ações adequadas de promoção à saúde e prevenção de agravos, diagnóstico e assistência para os usuários. **Considerações Finais:** As ações de educação, prevenção, diagnóstico e tratamento apesar de existentes, ainda tem muito a avançar, como ponto de investimento em qualificação profissional para adequada assistência.

Palavras-chave: HIV. Síndrome de imunodeficiência adquirida. Atenção primária à saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde.

ABSTRACT

RODRIGUES, Carolina Freitas do Carmo. **Avaliação do Controle do HIV/Aids na Atenção Primária no Município de Palmas - TO**. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Introduction: In the fight against the HIV/AIDS epidemic, the Ministry of Health is implementing decentralized actions, previously restricted to reference services, for Primary Health Care. Despite the strong expansion in Brazil, this service still has problems that demonstrate the need of a better structure to support the insertion or strengthening of actions in the field of HIV/Aids. **Objective:** To assess, through a questionnaire, the care offered by Primary Health Care for the control of HIV/AIDS from the perspective of higher education professionals. **Methodology:** Cross-sectional study carried out by non-probabilistic sampling for convenience of nurses, doctors and dentists inserted in the PHC network through a questionnaire to assess the control of HIV/AIDS in PHC from the perspective of health professionals electronically between months August and November 2018. The information offered will be consolidated and analyzed by frequency, using Excel (2007) and the Google Form. **Results:** The research sample consisted of 127 professionals. As for the availability of teaching materials, 58.3% of professionals reported that the unit makes available in educational activities, and actions about HIV/AIDS are carried out without difficulties by 47.2% of them. The action of delivering condoms (male condoms) takes place outside the physical space of the health unit by 66.1% of professionals, and 63% provide guidance on its use during delivery. Regarding rapid tests, 99.2% reported offering to partners of people diagnosed with HIV/AIDS and that 95.3% carry out rapid pre-test and post-test counseling for HIV/AIDS, however, 15% do not request the rapid test or HIV serology for women who present complaints suggestive of gynecological infection. Specifically on the management of HIV, 93% carry out an active search for people whose HIV diagnosis was positive and did not return to receive the result, while 80.3% carry out an active search for partners when the HIV/AIDS diagnosis was positive. **Discussion:** To ensure quality care and follow-up, it is recommended that the process of decentralization of care from PLWHA to PHC is carried out, initially with the qualification of professionals from the RAS, since humanized care, free from prejudice and stigma, is necessary, recognizing the subject's health needs through a multidisciplinary and integrated approach, in order to develop appropriate actions for health promotion and disease prevention, diagnosis and assistance for users. **Final Considerations:** The actions of education, prevention, diagnosis and treatment, despite existing, still have a long way to go, as an investment point in professional qualification for adequate assistance.

Keywords: HIV. Acquired immunodeficiency syndrome. Primary health care. Health services research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de Recomendação do Tratamento da PVHA na APS	20
Figura 2 - Estratificação de Risco de Pessoas Vivendo com HIV nos diferentes níveis de atenção.....	22
Figura 3 - Mapa esquemático de Palmas	30
Figura 4 - Fluxograma da amostra do estudo. Município de Palmas, 2018	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição (%) dos profissionais de saúde segundo características demográficas e sociais. Município de Palmas, 2018. (n=127)	36
Tabela 2 - Distribuição (%) dos profissionais de saúde segundo variáveis de manuais do Ministério da Saúde, pré-natal e HIV/Aids. Município de Palmas, 2018. (n=127)	38
Tabela 3 - Distribuição (%) dos profissionais de saúde segundo variáveis de educação em saúde e treinamento/ capacitação. Município de Palmas, 2018. (n=127).....	40

LISTA DE ABREVIATURAS

HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
Aids	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	anti-retrovirais
CAIEVS	Centro de Aprendizagem, Investigação e Extensão em Vigilância em Saúde
CSC	Centro de Saúde e Comunidade
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	carga viral
DT	Doenças Tropicais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GC	Grupo Condutor
GVS	Guia de Vigilância em Saúde
HSH	homens que fazem sexo com homens
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
NASFs	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PDN	Plano Diretor Norte
PDS	Plano Diretor Sul
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV/Aids
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAVS	Rede de Atenção e Vigilância em Saúde
SAE	Serviços de atenção especializados
Siclom	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Siscel	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUPAVS	Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia anti-retroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 HIV/AIDS	16
3.2 O MANEJO CLÍNICO DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS	18
3.3 A DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO DA PESSOA VIVENDO COM O HIV/AIDS	19
3.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	23
3.5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM SAÚDE DO HIV	24
3.6 CENÁRIO DE SAÚDE E DE VIGILÂNCIA DE PALMAS – TO	26
4 METODOLOGIA	31
4.1 TIPO DE ESTUDO	31
4.2 POPULAÇÃO E PROCESSO DE AMOSTRAGEM.....	31
4.3 LOCAL E PERÍODO.....	31
4.4 CRITÉRIOS.....	32
4.4.1 Critérios de Inclusão	32
4.4.2 Critérios de Exclusão	32
4.5 INSTRUMENTOS.....	32
4.6 VARIÁVEIS	33
4.7 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	33
4.7.1 Contato com os indivíduos	33
4.7.2 Coleta dos dados	34
4.8 PLANO PARA ANÁLISE DE DADOS.....	34
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
5 RESULTADOS	35
6 DISCUSSÃO	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE	62
ANEXOS	65

1 INTRODUÇÃO

Desde o início da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no Brasil, na década de 1980, até junho de 2018, foram registrados no país 982.129 casos de HIV/Aids. Em 2017, ano com taxa de detecção 18,3/100.000 habitantes, foram diagnosticados 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de Aids, sendo 55,6% desses casos provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 7,4% no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e 37,0% no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siscel/Siclom) (BRASIL, 2018).

No período de 2007 a junho de 2018, foram notificados no Sinan 247.795 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 169.932 (68,6%) casos em homens e 77.812 (31,4%) casos em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2017, desconsiderando casos de HIV em gestantes, foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada dez mulheres. Com relação à faixa etária, a maior concentração está nos indivíduos com idade entre 20 a 34 anos para ambos os sexos, à escolaridade, a maior parte possuía ensino médio completo e à raça, maioria eram negros (BRASIL, 2018).

Segundo as regiões, o Norte, responsável por 19.781 casos e representando 8,0% das infecções no país (BRASIL, 2018), apresenta uma média de 3,8 mil casos ao ano, com a razão de sexos em média de 19 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. No estado do Tocantins o número de casos de HIV/Aids notificados passaram de 441 entre 1980-2002 para 133 somente no ano de 2015, totalizando 2360 casos no estado, sendo que entre 2007 e 2017 a taxa de detecção aumentou 142,6%. Palmas, a capital do Tocantins, de acordo com o Boletim Epidemiológico de 2016, notificou entre os anos de 1991 e 2015, 722 casos entre adultos, sendo 16 casos em gestantes, e 10 em crianças, tendo uma taxa de detecção no ano de 2015 de 11,4/100.000 habitantes e um aumento de 50% na transmissão homossexual entre homens que fazem sexo com homens (Palmas, 2016).

Antes restrita ao que se considerava grupo de risco, como profissionais do sexo, homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos, no final da década de 90 para os anos 2000 a disseminação da epidemia sofre um

processo de feminização, heterossexualização, interiorização e pauperização, acarretando em uma série de problemas sociais e psicológicos, tanto aos portadores do HIV quanto à população em geral (BRASIL, 1999a; 2007a. BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; CARVALHO *et al.*, 2007; CARVALHO; PAES, 2011).

O advento dos antirretrovirais (ARV) para o tratamento e o avanço do conhecimento nesta área vem proporcionando aumento no tempo de sobrevivência e melhora na qualidade de vida, gerando um impacto considerável na vida dos portadores do HIV, diminuindo o temor sobre a iminência da morte e possibilitando a permanência de relações sociais, de trabalho, de lazer e afetivas na vida, sendo que muitos são os estudos que demonstram a importância desses fatores na vida dos portadores de HIV/Aids (BUCCIARDINI *et al.*, 2000; NIEUWKERK *et al.*, 2000; CANINI *et al.*, 2004; CARVALHO *et al.*, 2007; BORGES, 2010; BRASIL, 2015b).

O desafio de viver com o HIV abrange questões complexas tanto para os pacientes, com a possibilidade de novos ou continuação de relacionamentos amorosos, a possibilidade de ter filhos e a vivência da sexualidade; como para os profissionais de saúde, uma vez que a manutenção de uma vida sexualmente saudável envolve abordagens conflituosas e difíceis, por serem repletas de tabus, sendo, assim, pouco realizadas. Dessa forma as abordagens, quando necessárias, são rotineiras e sumárias, sendo reduzidas a recomendações genéricas e à dispensação de medicamentos e preservativos, e centradas em serviços de referência, devido à organização desses e às competências específicas dos profissionais dos Serviços de Atenção Especializados (SAE) (CASTANHEIRA, 2002; PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012).

Atualmente, no enfrentamento da epidemia, o Ministério da Saúde está implementando ações descentralizadas de prevenção, antes restritas aos serviços de referência, para a Atenção Primária à Saúde (APS). A descentralização consiste na oferta do manejo (diagnóstico, tratamento e acompanhamento) do HIV/Aids na APS, através da introdução gradual deste, levando em conta a indispensabilidade de treinamento dos profissionais e preparo do serviço para a oferta do atendimento com qualidade (BRASIL, 2013).

A inovação consiste na passagem de um modelo centralizado para um modelo matriciado, expresso pelo acompanhamento dessas pessoas em conjunto com os SAE (BRASIL, 2014a), em Palmas representado pelo Núcleo de Assistência (N.A.) Henfil, que também atua como Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Apesar da forte expansão no Brasil nas últimas duas décadas, a APS ainda apresenta problemas que evidenciam a necessidade de ser mais bem estruturada para suportar a inserção ou fortalecimento de ações no campo do HIV e da Aids, além disso há preocupação de alguns movimentos sociais que questionavam as condições desse serviço para realizar uma atenção qualificada nessa área (BONANNO, 2014).

As pessoas vivendo com o HIV/Aids (PVHA) apresentam demandas específicas de sua condição sorológica, necessitando de acompanhamento permanente nos serviços de saúde, para prevenção do adoecimento e manutenção da saúde (CABRAL *et al.*, 2013). A aproximação com o seu território de moradia, através da APS, facilita o atendimento de forma integral, uma vez que a PVHA é vista na sua totalidade biopsicossocial, porém pode proporcionar o encontro naquilo que é familiar – o serviço de saúde e os profissionais - apoio ou reprovação, já que alguns podem sentir compaixão e outros gerarem culpabilização, fazendo com que essa proximidade possa não ser benéfica ao paciente (GOFFMAN, 2008), destacando, mais uma vez, a necessidade indispensável de capacitação da equipe para proporcionar um atendimento humanizado, livre de preconceitos e tabus, e de qualidade, com domínio do agravo.

Para efetivação da qualidade, a APS conta com o apoio, além do SAE, da Vigilância em Saúde (VS), configurada como um conjunto de ações específicas que observam a distribuição e surgimento do agravo, através do controle contínuo de dados garantindo o princípio da integralidade (BRASIL, 2010). A vigilância epidemiológica do HIV tem o objetivo de monitorar o comportamento do HIV/Aids e seus fatores condicionantes e determinantes, com a finalidade de recomendar, adotar medidas de prevenção e controle e avaliar o seu impacto.

Assim, visto o crescente processo de descentralização do cuidado do HIV e que esse movimento depende do conhecimento de como a APS está estruturada para desempenhar ações de educação, prevenção e diagnóstico, além da oferta e acompanhamento do tratamento, evidencia a importância da coleta de informações, adquirida neste estudo, para o planejamento adequado desse processo. Soma-se ao exposto o intenso interesse pela pesquisadora na área e sua prática na vigilância do HIV no município, inclusive no processo de descentralização, e consequente percepção das necessidades de adequação do serviço para continuidade desse processo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar, por meio de questionário, a atenção ofertada pela APS para o controle do HIV/Aids através da perspectiva dos profissionais de nível superior.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e profissional dos profissionais de saúde;
- Descrever e analisar as ações ofertadas pela APS para o controle do HIV/Aids;
- Identificar o treinamento para realização de testagem rápida e para temas relacionados ao controle do HIV/Aids e o acesso e conhecimento de manuais do Ministério da Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HIV/AIDS

O HIV-1 foi isolado em 1983 de pacientes com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) pelos pesquisadores Luc Montaigner, na França e Robert Gallo, nos Estados Unidos da América (EUA). Em 1986, foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2. O termo HIV foi recomendado por um comitê internacional, reunido nesse mesmo ano, reconhecendo-o como capaz de infectar seres humanos (BRASIL, 2006a).

Para multiplicar-se no organismo humano, o HIV utiliza especialmente os linfócitos T-CD4, responsáveis pelo comando da resposta específica antígeno-anticorpo. Ao completar seu ciclo reprodutivo, rompe a célula do linfócito, causando sua morte; os novos vírus (virions) caem na corrente sanguínea, infestando outros linfócitos e continuando, assim, sua replicação. Progressivamente, o HIV leva a falência do sistema imunológico do indivíduo, trazendo como consequência a perda da capacidade de resposta do organismo diante de agentes como vírus, bactérias e outros microrganismos (BRASIL, 2012a).

O HIV pode ser transmitido de forma vertical (de mãe para filho), o que ocorre em cerca de 25% dos nascimentos de filhos de mães HIV positivas sem tratamento. Pela via sanguínea (transfusão de sangue ou derivados, compartilhamento de seringas e/ou agulhas e acidentes de trabalho com profissionais de saúde) há cerca de 10% de risco por contato. E pela via sexual, correspondente em torno de 1% por contato (BRASIL, 2012a; ROYCE *et al.*, 1997; CONNOR *et al.*, 1994).

Com relação à transmissão sexual, na relação entre dois homens, a eficiência da transmissão sexual no intercuro anal receptivo é maior do que no intercuro anal insertivo, que, por sua vez, é maior do que na prática oro-genital, considerando sempre o não uso de preservativos. A eficiência da transmissão sexual é maior do homem para a mulher do que na situação inversa na maioria dos contextos, embora um estudo conduzido por Gray e colaboradores (2001) tenha encontrado taxas de transmissão equivalentes na África subsahariana entre pacientes com elevada carga viral (CV), sem tratamento ARV. Na relação sexual entre homem e mulher, a

eficiência da transmissão no intercursos anal é maior do que no intercursos vaginal que, por sua vez, é maior do que no sexo oro-genital (JULIO, 2009).

Além disso, a transmissão sexual é agravada por fatores como a alta viremia (durante a fase da infecção primária e na imunodeficiência avançada), relação anal receptiva, relação sexual durante a menstruação e a presença de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), principalmente as ulcerativas resultantes de infecções como o cancro mole, sífilis e herpes genital (PANTALEO; FAUCI, 1995; BRASIL, 2006a; JULIO, 2009).

Apesar da grande incidência de transmissão através do ato sexual, esta possui uma prevenção simples e eficaz, que é o uso de preservativos. Utilizados de forma correta e sistemática possuem até 95% de eficácia, e quando utilizado com frequência, a prática pode reduzir as chances de ruptura e escape e, conseqüentemente, aumentar a eficiência deste método. Porém, o uso de preservativos com espermicidas a base de N-9 podem aumentar as chances de transmissão de HIV e outras IST, uma vez que essa substância pode provocar lesões, dependendo da quantidade e frequência de uso (BRASIL, 2006a).

Segundo a Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira (PCAP, 2016) mais de 94% da população brasileira sabe que o uso do preservativo é a melhor maneira de prevenir a infecção pelo HIV. No entanto, pesquisas mostram que nos últimos anos houve queda no uso de preservativo, sendo esta mais preocupante entre jovens, mesmo que esses apresentem as maiores proporções de uso do preservativo.

A Aids foi reconhecida em 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino com comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença. Posteriormente, alguns casos, ocorridos nos últimos anos da década 70, foram identificados como tendo sido Aids (BRASIL, 2012a).

No Brasil, a Aids foi identificada pela primeira vez em 1982, quando do diagnóstico em pacientes homo ou bissexuais. Um caso foi reconhecido retrospectivamente, no Estado de São Paulo, como tendo ocorrido em 1980. Hoje a Aids é declarada a pandemia da atualidade, e sua epidemia no país vem sofrendo alterações quanto aos grupos sociais (CANINI *et al.*, 2004; CARVALHO; PAES, 2011).

Os problemas sociais, como a culpabilização pela infecção e o forte preconceito e rejeição, e psicológicos, principalmente a depressão (LOPES, 2005) justificam-se pelo crescente número de PVHA. O número de PVHA fizeram com que houvesse um aumento na exigência de direitos, respeito, tratamentos, adequação das ações de prevenção e investimento em pesquisas (FERREIRA, 2001) aumentando a expectativa de vida e provocando a melhora na qualidade de vida dos mesmos.

3.2 O MANEJO CLÍNICO DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS

No início da epidemia do HIV/Aids os pacientes eram diagnosticados em estágios avançados de imunodeficiência, com poucas e complexas opções terapêuticas e alta morbimortalidade associada à infecção. Atualmente há o predomínio de pacientes estáveis, em uso de esquemas simplificados de tratamento, que se assemelha ao cuidado de pacientes portadores de doenças crônicas, pela oferta de diagnóstico precoce através da oferta de testes rápidos e a evolução do tratamento. Dessa forma, diferentes níveis de necessidade requerem diferentes estratégias de intervenção (BRASIL, 2015a).

Hoje em dia o manejo da PVHA envolve primeiramente um acolhimento humanizado, livre de preconceitos e estigmas, reconhecendo as necessidades em saúde do sujeito por meio de uma abordagem multiprofissional e de maneira integrada, de forma a desenvolver ações adequadas de promoção à saúde e prevenção de agravos, diagnóstico e assistência para os usuários. Como em qualquer outra assistência, deve-se promover educação em saúde, promoção, prevenção e redução de danos, com um enfoque maior para ações que impeçam a transmissão do vírus, como a adesão ao tratamento, o compartilhamento de agulhas no uso de drogas, uso de preservativo nas práticas sexuais e planejamento familiar (BRASIL, 2015b).

Destaca-se também durante a anamnese e exame físico a busca por sinais e sintomas de coinfeções com hepatites virais e tuberculose, além de outras IST, já que é comum a ocorrência dessas em PVHA. O dentista ganha evidência na anamnese bucal, que também tende a ser uma área comprometida nessa população, além de ser um local de manifestações de IST; o nutricionista na avaliação e readequação da ingesta alimentar, fortificando o sistema imunológico e

garantindo o suprimento de complementos necessários; o psicólogo na aceitação do diagnóstico e do tratamento, além do manejo dos conflitos que possam vir a surgir; o preparador físico na inclusão da atividade física e melhora da qualidade de vida do paciente (SILVA *et al.*, 2011)

Com relação aos exames complementares, diferencia-se dos demais atendimentos pela solicitação do contagem de linfócitos T-CD4+ (CD4), que analisa a condição imunológica do paciente, e a carga viral (CV), que mede a quantificação do vírus HIV na corrente sanguínea, servindo posteriormente para o acompanhamento da eficácia do tratamento (BRASIL,2015).

A partir do conhecimento da situação de saúde do paciente é feito a estratificação, identificando a necessidade ou não de seguimento no SAE. Após início do tratamento com a TARV é necessário realizar o acompanhamento do estado de saúde através de exames complementares de avaliação de risco cardíaco, hemograma, avaliação hepática e renal, taxa de filtração glomerular, prova tuberculínica, testes não treponêmicos, exame de hepatite C, dosagem de lipídios e glicemia de jejum, densitometria óssea e fundoscopia. A periodicidade dos exames variam de 3 meses, 6 meses ou um ano, à depender da resposta ao tratamento, se houver falha no mesmo o paciente deve ser encaminhado ao SAE. Faz-se necessário a realização de profilaxias de infecções oportunistas e imunizações, que também dependem da resposta à TARV (BRASIL, 2015b).

A TARV deve ser iniciada o quanto antes em todas as pessoas com diagnóstico de HIV, independente da CV e do CD4, prevenindo a evolução da Aids e/ou infecções oportunistas, diminuindo a morbidade e mortalidade das PVHA, melhorando a qualidade e a expectativa de vida, prevenindo a transmissão do HIV e não erradicando a infecção pelo vírus. Para o início do tratamento é indispensável a orientação e esclarecimento quanto aos benefícios e riscos e a motivação do paciente (BRASIL, 2015b).

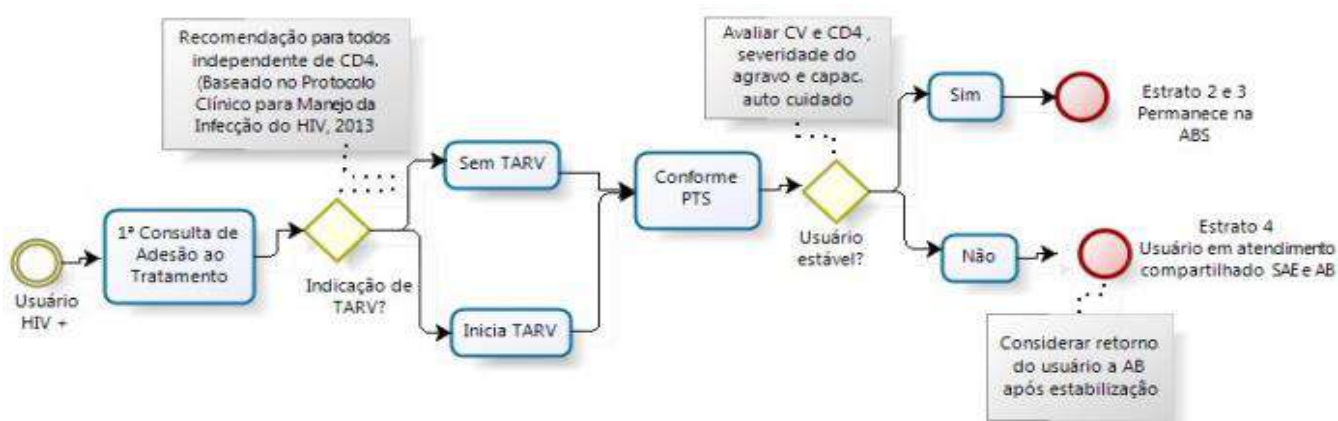
3.3 A DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO DA PESSOA VIVENDO COM O HIV/AIDS

As mudanças no panorama do manejo da infecção pelo HIV apontam para uma reorganização do modelo de atenção em saúde em todos os níveis de atenção, mas especialmente, na Atenção Básica, formando uma rede integrada e articulada. O eixo de reorientação desse modelo é o conceito do cuidado, respondendo a uma

concepção de saúde centrada não somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2014a; 2015).

No início da epidemia de Aids e nos anos subsequentes, o modelo de atendimento de PVHA em SAE mostrou-se o mais eficaz e seguro, porém com o avanço do cuidado a infecção pelo HIV foi apresentando características de uma condição crônica e o modelo centrado unicamente em serviços especializados passou a apresentar deficiências (BRASIL, 2014a). No novo modelo os SAE continuam sendo fundamentais, porém a linha de cuidado passa a contar com novos serviços, tendo a atenção básica, novamente, como porta de entrada e ordenadora do cuidado. A decisão pela implementação da descentralização é local, e seu planejamento deve fazer parte dos processos locais de construção das RAS (BRASIL, 2015a), como no fluxograma (Figura 1) a seguir:

Figura 1 - Fluxograma de Recomendação do Tratamento da PVHA na APS



Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2014.

No Brasil o movimento de descentralização é preconizado pela Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a), que dispõe sobre a realização de testes rápidos na atenção básica para a detecção de HIV, sífilis e outros agravos no âmbito da atenção ao pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais, porém já há a indicação desde 2003 de ações preventivas, aconselhamento, mobilização comunitária e cuidados gerais de saúde de pessoas vivendo com o HIV por manuais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, 2005, 2006).

A descentralização possui o objetivo de aumentar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, na busca de alcançar a meta 90/90/90 estipulada para 2020 pela UNAIDS em 2015, onde 90% das PVHA saberiam da sua sorologia, 90% destas estariam em tratamento com a TARV e 90% dessas em tratamento teriam sua CV indetectável, ou seja, supressão da carga viral (UNAIDS, 2014). Além disso, possui também os objetivos de ampliar o acompanhamento, a realização de busca ativa e o diagnóstico precoce, diminuindo a transmissão do vírus, a morbimortalidade e o abandono no tratamento. Outro benefício seria a expansão da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV, que consiste no uso da TARV para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV (BRASIL, 2017a).

Para garantir um atendimento e acompanhamento de qualidade, é preconizado que o processo de descentralização do cuidado da PVHA para a APS seja feita, basicamente em cinco passos. O primeiro passo seria a qualificação dos profissionais da RAS, seja por ensino à distância, facilitando o acesso desses profissionais ao conhecimento na comodidade do seu lar em tempo oportuno; por cursos presenciais, seminários e/ou oficinas, onde a informação seria condensada para transmissão de conhecimento ocorrer em tempo hábil; ou por meio da educação permanente, possibilitando que os profissionais tenham maior tempo para uma discussão mais aprofundada, assimilação, incorporação e assimilação da grande gama de conhecimento adquirido (BRASIL, 2014a).

A qualificação, além de preparar os profissionais para o manejo da PVHA, configurando essa uma nova demanda ao serviço, designa um sentido de corresponsabilidade e compartilhamento, ao evidenciar como importantes as estratégias para auxiliar na mobilização em direção à mudança, ao invés da transferência de responsabilidade (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016). Dessa forma torna-se uma das principais necessidades para a operacionalização do processo, estando prevista no Programa de Nacional de IST/Aids, baseado em educação, prevenção, diagnóstico precoce e acesso ao tratamento, e nos três níveis: federal, estadual e municipal (LINS *et al.*, 2000).

O segundo passo consiste em implementar a estratificação de risco da PVHA, onde o assintomáticos estáveis seguiriam com o acompanhamento na APS e os sintomáticos, coinfectados, imunossuprimidos graves, resistentes ao tratamento de primeira linha, gestantes e crianças teriam o cuidado compartilhado com o SAE (BRASIL, 2014a), de acordo com o esquema (Figura 2) a seguir:

Figura 2 - Estratificação de Risco de Pessoas Vivendo com HIV nos diferentes níveis de atenção

Estrato	Situação	Atenção Básica	SAE/CTA	Outros pontos de atenção
	População geral: Pessoas sem diagnóstico ou ações de promoção e prevenção direcionadas a abordagens de promoção e prevenção direcionadas a abordagem de ações de promoção e prevenção com resultados não reagentes para HIV, com fatores de vulnerabilidade, de comportamento e estilo de vida; promoção e prevenção com os demais pontos de atenção aos usuários como, por exemplo, os CAPS, CRAS, serviços de referência em TB, equipes de saúde prisional.	Ampliação da oferta ao diagnóstico com prioridade para TR população em geral; Acolhimento e aconselhamento; Orientar a população sobre novas tecnologias de prevenção; Acolher e encaminhar casos que necessitem de PEP sexual;	Ampliação da oferta ao diagnóstico com prioridade para TR populações vulneráveis; Acolhimento e aconselhamento; Matriciamento e apoio através de educação permanente na temática DST, HIV/Aids; Adoção de tecnologias de prevenção como a Profilaxia Sexual (PEP).	de a AB e o SAE/CTA devem promover articulação de ações de usuários como, por exemplo, os CAPS, CRAS, serviços de referência em TB, equipes de saúde prisional. Usuários atendidos em UPAs, emergências e hospitais que realizem o diagnóstico de HIV, devem ser contra-referenciados para seus territórios de origem após alta para acompanhamento; UPAs, emergências hospitalares: primeiro atendimento de PEP Sexual e referenciar para SAE/CTA para continuidade do Pós-acompanhamento.
1	Soropositivos assintomáticos* (usuários com LT CD4+ ≥ 500)	Oferta de TARV esclarecendo riscos e benefícios; Seguimento conforme: - Guia rápido para avaliação e tratamento de pacientes com HIV na atenção primária à saúde proposto pelo Telessaúde RS - Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013; - PTS;	Matriciamento e apoio da AB através de educação permanente na temática DST, HIV/Aids;	UPAs, emergências e hospitais: devem contra-referenciar os usuários atendidos para seus territórios de origem após alta;
2	Soropositivos assintomáticos* (usuários com LT CD4+ < 500 até 350);	Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento; Indicação de TARV na AB. Apoio e matriciamento do cuidado pelo SAE; Seguimento conforme: - Guia rápido para avaliação e tratamento de pacientes com HIV na atenção primária à saúde proposto pelo Telessaúde RS - Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013; - PTS;	Matriciamento e apoio da AB através de educação permanente na temática DST, HIV/Aids;	UPAs, emergências e hospitais: devem contra-referenciar os usuários atendidos para seus territórios de origem após alta;
3	Portadores de HIV sintomáticos* (doenças oportunistas, condição complexa, coinfeção TB e hepatites; Usuários com LT CD4+ < 350); Usuários que necessitem modificar terapia antirretroviral já em uso por falhas ou parafalhas.	como usuário deverá ser atendido pela AB nos cuidados que competem a esse nível de atenção à saúde. Encaminhamento para SAE para seguimento conforme: - Guia rápido para avaliação e tratamento de pacientes com HIV na atenção primária à saúde proposto pelo Telessaúde RS - Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013; - PTS;	Atendimento pelo SAE compartilhado com a AB; Após estabilização clínica (dois resultados de CV indetectáveis consecutivos e CD4+ >350) e cuidado e ressumido pela AB.	O atendimento em nível terciário pode ser necessário. Após alta o usuário deve ser encaminhado ao SAE de referência.
4	Gestantes portadoras de HIV com comorbidades que definam alto risco***	Cuidado compartilhado entre AB e SAE; Seguimento conforme: - Guia rápido para avaliação e tratamento de pacientes com HIV na atenção primária à saúde proposto pelo Telessaúde RS - Realizar o pré-natal conforme o Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2012. - Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2010. - PTS; Orientação e prescrição de TARV e acompanhar adesão ao tratamento;	Cuidado compartilhado entre AB e SAE; Realizar o pré-natal conforme o Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2012 e as Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2010. Realizar genotipagem e prescrição de TARV e acompanhar adesão ao tratamento;	As gestantes podem necessitar de acompanhamento em outros serviços, conforme critérios de definição de gestação de alto risco. As maternidades devem realizar o atendimento as gestantes conforme as Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2010.
5	Crianças expostas ao HIV Crianças e adolescentes com HIV/Aids****	Cuidado compartilhado entre SAE e AB; Seguimento conforme: - Guia rápido para avaliação e tratamento de pacientes com HIV na atenção primária à saúde proposto pelo Telessaúde RS - Atendimento a criança exposta, crianças e adolescente com HIV/Aids conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo de infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, 2014. - Realizar o pré-natal conforme o Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2012. - Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2010. - Realizar consultas de puericultura, consultas de rotina e demais cuidados visando a integralidade do cuidado conforme o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, 2012.	Cuidado compartilhado entre SAE e AB; Atendimento a criança exposta, crianças e adolescente com HIV/Aids conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, 2014. Realizar consultas de puericultura, consultas de rotina e demais cuidados visando a integralidade do cuidado conforme o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, 2012. Acompanhamento do caso até confirmação diagnóstica. Caso resultado negativo, a AB assume o caso em sua integralidade. Se resultado positivo, as crianças permanecerão em atendimento no SAE com compartilhamento do cuidado com a AB.	As crianças expostas podem necessitar de acompanhamento em outros serviços, conforme o quadro clínico. As maternidades devem realizar o atendimento as crianças expostas conforme Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2010. Crianças e adolescentes atendidos em UPAs, emergências e hospitais que realizem o diagnóstico de HIV, devem ser contra-referenciados para SAE após alta para acompanhamento;

* Os critérios adotados para definição de portadores assintomáticos e sintomáticos estão descritos no capítulo 7 (Tratamento Antirretroviral) do Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2013).

** Sem estratificação

Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2014.

Em Palmas, o SAE de referência para a PVHA é o N.A. Henfil, que desde 2002 realiza atividades de informação, educação e orientação, além de oferta de exames de sorologia para HIV, Sífilis, Hepatite B e C. Conta com uma equipe multiprofissional formada por infectologistas, urologista, ginecologista/obstetrícia, pediatra, nutricionista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos.

O terceiro passo constitui o suporte técnico a equipe com profissionais de vasta experiência no manejo, ou seja, o SAE, proporcionando maior segurança e troca de conhecimento e experiências, seja por consultas compartilhadas, grupos de treinamento, interconsultas, reuniões periódicas e/ou por meio do uso de tecnologias (e-mails ou grupos em aplicativos de comunicação online). O quarto passo seria a oferta de exames de CD4 e CV pelos laboratórios da rede municipal de saúde, além da coleta dos mesmos em toda APS, ou seja, nos Centros de Saúde da Comunidade (CSC) - nomenclatura utilizada no município para a APS. O quinto e último passo pretende viabilizar o acesso aos ARV nas farmácias do CSC, aumentando e facilitando o acesso ao diagnóstico, acompanhamento e tratamento (BRASIL, 2014a).

3.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS pode ser definida como um conjunto de valores, princípios e atributos estruturais e complementares do sistema de saúde e representa o serviço preferencial de entrada do usuário no sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas. Sua efetivação caracteriza-se por seus atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado) e derivados (atenção centrada na família e orientação comunitária) (STARFIELD, 2002, 2012). A avaliação da presença e extensão desses atributos subsidia a (re)definição de políticas públicas (HARZHEIM *et al.*, 2013).

A APS é composta por serviços de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS). A ESF é uma proposta do Ministério da Saúde para a reorganização da APS, considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013).

Além da integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas, outra característica essencial da APS é a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como identificar as necessidades de saúde de cada região (BRASIL, 2006b).

A ampliação das ações da APS levou o Ministério da Saúde a criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), previstos na Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008, os quais devem contar com uma equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, trabalhando em conjunto e articulados com os profissionais das equipes de Saúde da Família. Os processos de trabalho de tais equipes devem se pautar em práticas intersetoriais, no sentido de ampliação da rede de serviços em abrangência, resolutividade, territorialização e regionalização. Desta forma daria apoio no atendimento multiprofissional à PVHA, à equipe da APS e ao manejo de questões de território (FALER *et al.*, 2016; CHAZAN, 2017).

Em Palmas, até o final da coleta de dados, haviam 12 NASF que atendiam 34 CSC nos 8 territórios de saúde do município, que atuam a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes da APS. A equipe de saúde deve ser composta por Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional, que realizam atendimento compartilhado, instituindo a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2008a).

Assim, é por meio da atenção centrada na família, com seu contexto físico e social, que os profissionais possuem uma visão ampliada das necessidades e intervenções que vão além das práticas curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Apesar de ser considerada espaço privilegiado de atenção e de integralidade do cuidado (PEREIRA; BRÊTAS, 2011), infelizmente esse é exatamente um dos grandes desafios do enfrentamento das PVHA: sua efetivação na Atenção Básica.

3.5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM SAÚDE DO HIV

A Vigilância Epidemiológica em Saúde do HIV/Aids tem por objetivo a observação e análise permanente da situação epidemiológica desse

agravo, articulando-se em um conjunto de ações destinadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde e subsidiando, com informações relevantes, os processos de formulação, gestão e avaliação das políticas e ações públicas de importância estratégica. A notificação compulsória da Aids teve início no território nacional com a publicação da Portaria nº 542 de 22 de dezembro 1986.

A Infecção pelo HIV em Gestantes, Parturientes ou Puérperas e Crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV passou a ser de notificação compulsória por meio da Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000. Por sua vez, no ano de 2014, a Portaria nº 1.271, de 6 de junho, e a Portaria nº 1.984, de 12 de setembro, incluíram a infecção pelo HIV na Lista de Notificação Compulsória (LNC), e a Portaria de Consolidação nº 4, de setembro de 2017, determinou que essa notificação seja feita em todos os serviços de saúde e por todos os profissionais de saúde (BRASIL, 2017b).

As estratégias e recomendações relacionadas às ações de Vigilância Epidemiológica do HIV/Aids encontram-se sistematizadas no Guia de Vigilância em Saúde (GVS), instrumento que visa disseminar os procedimentos relativos aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde, condutas, medidas de controle e demais diretrizes técnicas para operacionalização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. De acordo com o GVS, a vigilância epidemiológica do HIV tem o objetivo de monitorar o comportamento do HIV/Aids e seus fatores condicionantes e determinantes, com a finalidade de recomendar, adotar medidas de prevenção e controle e avaliar o seu impacto (BRASIL, 2017c).

A vigilância do HIV/Aids baseia-se, sobretudo, em informações fornecidas pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil e declarados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). As tendências de HIV/Aids são monitoradas, inclusive, com informações oriundas do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais CD4 e CV (Siscel) e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) (BRASIL, 2017b).

Em várias situações, os dados obtidos regularmente por meio das fontes comuns não são suficientes para gerar as informações necessárias à compreensão do processo endêmico-epidêmico e subsidiar a gestão; nesses casos, lança-se mão

de estudos epidemiológicos adicionais, especialmente elaborados para fornecer informações complementares (BRASIL, 2017b). As informações a serem coletadas durante a investigação incluem dados gerais do indivíduo e do local de notificação do caso, antecedentes epidemiológicos com ênfase nos comportamentos e vulnerabilidades, dados de laboratório, e outros dados relacionados ao critério de definição de caso, ao tratamento e à evolução do caso. Para a investigação de casos em crianças expostas e menores de 13 anos de idade, faz-se necessário coletar os antecedentes epidemiológicos da mãe do indivíduo (BRASIL, 2017c).

Para a coleta de dados clínicos e epidemiológicos, cuja investigação demanda o levantamento de dados comportamentais, é da maior importância a garantia do sigilo das informações. Quando houver suspeita de transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados, é necessária uma investigação conjunta com a Vigilância Sanitária, que inclui o rastreamento da bolsa de sangue e hemoderivados e a identificação de doadores e outros receptores, para a confirmação ou não dessa via de transmissão, impedindo a ocorrência de novos casos (BRASIL, 2017c). Além disso, faz-se necessário o acompanhamento da PVHA em parceria com a APS, uma vez que essa é um locus privilegiado para atuar no combate ao HIV/Aids por se conformar como ordenadora e a principal porta de entrada na rede de atenção à saúde do sistema, bem como possui o compromisso de atribuir ações para o controle do HIV/Aids, tais como: educação em saúde, prevenção do HIV, diagnóstico precoce e acesso ao tratamento (SILVA *et al.*, 2017), sendo capaz de construir forte vínculo por estar inserida no território de vida do paciente.

3.6 CENÁRIO DE SAÚDE E DE VIGILÂNCIA DE PALMAS – TO

Palmas apresentava em 2016 uma população de 279 mil habitantes e cresceu 2,48% em 2017, atingindo 286 mil habitantes (IBGE, 2017). De acordo com o Boletim Epidemiológico da Área Técnica de DST, Aids e Hepatites Virais (2016), a capital teve o primeiro caso notificado de Aids datado de 1993, quando ainda não existia uma equipe especializada para o atendimento.

Entre os anos de 2007 e 2014 a taxa de detecção mais que dobrou, sendo que em 2013 chegou a 27,9/100.000 habitantes, superando a taxa apresentada pela Região Norte de 26,1 casos para cada 100 mil habitantes. A taxa acima da média nacional é reflexo da grande proporção de casos esperados ainda não

diagnosticados/notificados, e, conseqüentemente, sem tratamento, porém a mesma vem diminuindo ao longo dos anos chegando a 11,4/100.000 habitantes em 2015, com 33 notificações, devido aos diagnósticos precoces e tratamento adequado (PALMAS, 2016).

Em 2014 os homens maiores de 13 anos infectados via sexual representavam 96,0% dos casos, já as mulheres 98,3%. Os menores de 13 anos foram todos infectados via vertical. Em 2015 50,0% das transmissões ocorreram entre homens que fazem sexo com homens (HSH), já segundo RODRIGUES e BRUSTULIN (2017) o percentual de casos notificados de HSH variou de 16,7% em 2010 a 46,5% em 2016, em consonância com a tendência nacional esperada, evidenciado que todos os casos em menores de 20 anos nos anos de 2016 e 2017 são de HSH (PALMAS, 2016).

Com relação às regiões da capital, houve aumento da proporção de notificações realizadas em indivíduos residentes no Plano Diretor Sul (PDS), passando de 20,8% para 35,1%, enquanto que esse percentual manteve-se relativamente estável para o Plano Diretor Norte (PDN), de 25,0% para 20,6%. Esse aumento é justificado pelo crescimento da concentração de indivíduos migrantes de outras regiões do país em condições socioeconômicas desfavoráveis, situação característica da região do PDS (PALMAS, 2016).

O N.A. Henfil, implantado no ano de 2000, é uma unidade de saúde ambulatorial, de gestão municipal, que realiza atendimento especializado de média complexidade as Doenças Tropicais (DT) e IST como o HIV/Aids. Atua como referência para os 14 municípios da Região Capim Dourado com população total de 301.576 habitantes, que representa 21,7% da população total do estado (IBGE, 2010).

Além disso atende às demandas da APS de Palmas, Casas de Prisão Provisória do município, Hemocentro, Hospital e Maternidade Dona Regina, Hospital Geral Público de Palmas, Hospital Infantil Público de Palmas, incluindo também, unidades da rede particular e de todo país, através do SAE aos portadores de IST's. A equipe é formada por 01 Coordenador Técnico, 06 Técnicos de Enfermagem, 05 Enfermeiros, 02 Farmacêuticos, 02 Assistentes Sociais, 07 Médicos (01 Hepatologista, 01 Infectologista, 01 Ginecologista e 01 Urologista), 02 Clínicos gerais (01 Especialista em Doenças Tropicais e 01 em Ginecologia), 01 Nutricionista, 01 Auxiliar Administrativo, 03 Assistentes Administrativos, 01

Terapeuta Ocupacional, 2 Psicólogos e 01 Auxiliar de Serviços Gerais (JANOTTI *et al.*, 2017).

A estrutura física do N.A Henfil é debilitada e é de difícil acesso para os usuários, pela distância e localização, o que promove barreiras ao mais carentes e atraso às consultas, contrariando princípios e diretrizes do Qualiaids (2017), sistema de avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem PVHA no Brasil que determina que os serviços que atendam PVHA tenham condições adequadas de acesso. Apesar das dificuldades, são desenvolvidas as ações de diagnóstico, acolhimento (paciente e família), tratamento e acompanhamento das DT e IST, por meio de equipe multiprofissional (JANOTTI *et al.*, 2017).

Dentre as ações acima citadas, inclui-se o acompanhamento pré-natal de mulheres vivendo com HIV/Aids e atendimento à criança infectada ou exposta verticalmente. Complementarmente é realizado a oferta da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e acompanhamento de vítimas de violência sexual e acidente de trabalho com material biológico. Também é disponibilizado atendimento domiciliar ao paciente com movimentação restrita, acamados ou impossibilitados de comparecer ao N. A. Henfil (JANOTTI *et al.*, 2017).

O N. A. Henfil é dividido em quatro serviços: SAE, CTA, Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). O CTA é responsável por desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde através palestras educativas, campanhas de prevenção às IST, orientações individuais, testagem rápida, ações extramuros, distribuição de preservativo e panfletos educativos. Esse serviço atende os pacientes por demanda espontânea (JANOTTI *et al.*, 2017).

O SAE é responsável pela assistência multiprofissional aos pacientes que apresentam alguma das patologias atendidas no serviço, com realização de notificação do agravo e monitoramento dos pacientes em tratamento para as doenças HIV/Aids. Esse serviço atende os pacientes conforme agendamento, além da busca dos faltosos e/ou abandono. A UDM é responsável pela dispensação de medicamentos e consulta farmacêutica individual aos pacientes, atendendo os pacientes por demanda espontânea que apresentam prescrição de medicamentos. A ADT é responsável pelo atendimento multidisciplinar domiciliar, às pessoas que vivem com HIV/Aids impossibilitadas de irem ao N. A. Henfil. Esse serviço atende os pacientes conforme demanda identificada pelo SAE (JANOTTI *et al.*, 2017).

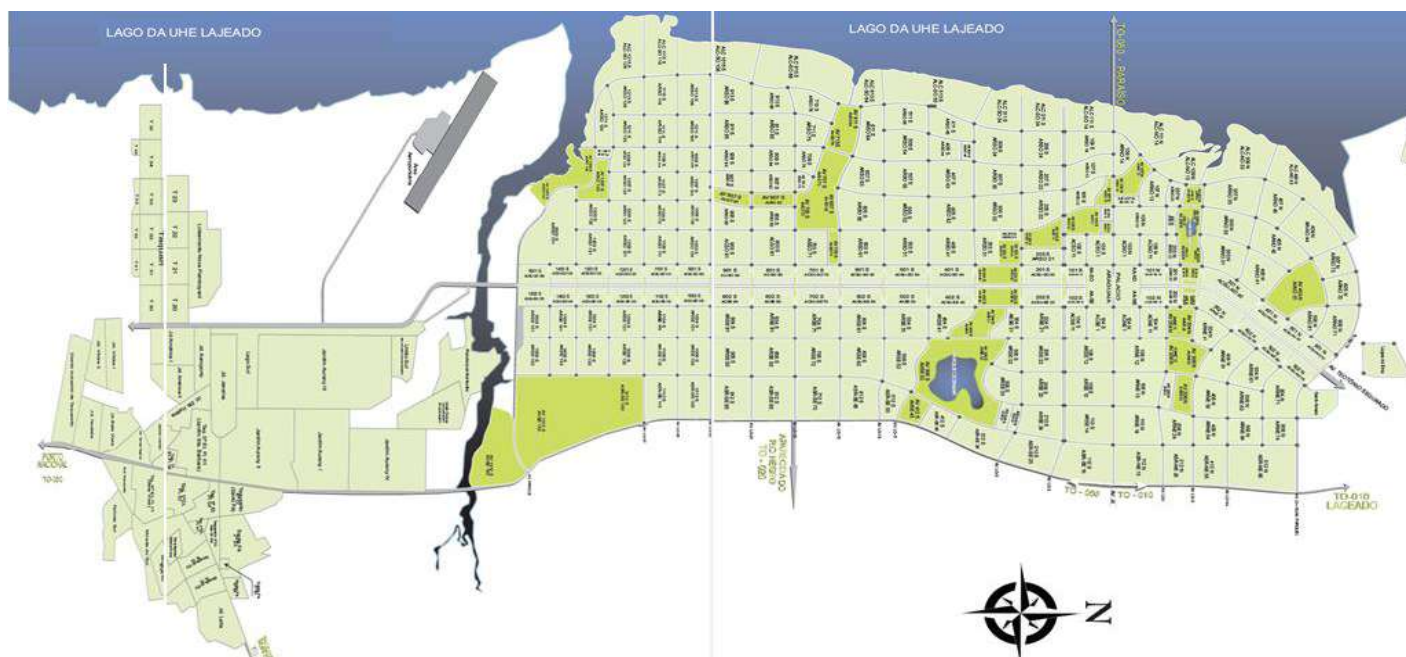
Em 2017 o N. A. Henfil tinha aproximadamente 1105 pacientes HIV/Aids cadastrados, 945 em uso de medicamentos antirretrovirais cadastrados no sistema de dispensação de medicamentos (SICLOM), sendo 723 masculinos e 382 femininos, com aproximadamente 190 pacientes em abandono, e 47 crianças expostas em acompanhamento (21 masculinos e 26 femininos) (JANOTTI *et al.*, 2017).

No ano de 2017 foi criado, por integrantes da equipe do N.A. Henfil, o Projeto de Descentralização do Manejo da Infecção pelo HIV, que visou realizar esse movimento para CSC do município através do desenvolvimento de projetos pilotos no CSC 406 Norte, pela concentração de pacientes na região norte e por esse centro estar localizado próximo ao N.A. Henfil, SAE de referência que será responsável pela capacitação dos profissionais da APS, facilitando o acesso e oportunizando mais encontros presenciais de auxílio ao manejo da PVHA. O Projeto teve início em março de 2018, estando em atividades deste então apenas no CSC 406 Norte.

Na tentativa de desenvolver a integração entre a vigilância e APS, foi desenvolvido em Palmas - Tocantins a Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUPAVS), implementando a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS). Neste novo modelo de atenção da SUPAVS, a APS coordena a atenção à saúde desde o processo de conhecimento até o desenvolvimento do relacionamento da equipe com a população, enquanto que a Vigilância em Saúde é atuante através do Centro de Aprendizagem, Investigação e Extensão em Vigilância em Saúde (CAIEVS), que atua na rede de serviços intra e intersetorial de Palmas (OLIVEIRA; SILVA, 2017).

A RAVS tem como destaque da sua estrutura a territorialização. Nos territórios a interação social é abrangente, os usuários são vistos dentro de seus determinantes sociais, culturais e econômicos, e não apenas pelos seus limites geográficos (OLIVEIRA; SILVA, 2017). Assim, garantindo 100% de cobertura da APS, Palmas foi fragmentada em 08 territórios (Figura 3): Kanela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Pankararu e Xerente, que foram subdivididos em I e II conforme a quantidade de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que apoiam a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (MS).

Figura 3 - Mapa esquemático de Palmas



Fonte: SEMUS, 2015.

O controle epidemiológico do HIV, no ano de 2018, estava centrado no Grupo Conductor (GC) de Doenças Infectocontagiosas, que consiste em uma proposta de organização da linha de cuidado baseada no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e tem como objetivo sistematizar a rede de atenção à saúde pautada na organização da assistência conforme o estrato de risco. Neste modelo, para cada nível da pirâmide, ações diferenciadas se fazem necessárias.

A configuração de GC possibilita a construção e implementação de fluxos, acompanhamento e avaliação de cada caso, de forma conjunta entre as equipes de vigilância, a APS e os SAE. A estrutura de GC possibilitou que as ações de vigilância em saúde fossem fortalecidas, com apoio técnico direcionado à assistência, à gestão e à população. A equipe do GC, formado por profissionais de diferentes categorias profissionais (enfermeiras, assistente social e biomédica) permite uma visão intersetorial e dinâmica na abordagem do HIV.

O GC é responsável pelo desenvolvimento de diversas atividades, como campanhas de prevenção entre a população geral e grupos específicos, treinamentos na rede assistencial do município, atividades de vigilância epidemiológica, planejamento das ações, além de outras articulações com a rede municipal e estadual de saúde e organizações não governamentais atuantes no município (MALISKA, 2012; MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa de abordagem quantitativa, caracterizada por ser um estudo epidemiológico observacional de campo com objetivos analíticos do tipo transversal (FONTELLES *et al.*, 2009).

4.2 POPULAÇÃO E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

A pesquisa foi realizada através de amostragem não probabilística por conveniência dos profissionais de nível superior da APS no município de Palmas, Tocantins. O uso deste tipo de amostragem justifica-se pelos fatores como a proximidade geográfica das informações, disponibilidade de tempo do pesquisador, fácil acesso aos dados e vontade do pesquisado de se voluntariar, são considerados, ou seja, os elementos da população são selecionados por conveniência do pesquisador (FARROKHI; MAHMOUDIHAMIDABAD, 2012).

As categorias profissionais selecionadas foram os enfermeiros, médicos e dentistas, já que esses são os que mais possuem contato com a pessoa que vive com o HIV no processo de descentralização do cuidado. De acordo com a Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUPAVS), haviam na APS 100 enfermeiros, 99 médicos, e 79 dentistas, totalizando 278 profissionais entre concursados, contratados e residentes.

Palmas, a capital do Tocantins criada em 1989, possuía, em 2018, 34 CSC com 12 NASF divididos entre região norte, central e sul. Os CSC, assim como as Unidades Básicas de Saúde, são unidade de atendimentos de atenção básica e integral a uma população que habita em um determinado território, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior, ocorrendo de forma permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas (BRASIL, 1997).

4.3 LOCAL E PERÍODO

O período de coleta de dados deu-se entre os meses de agosto à novembro

de 2018, por meio do envio de um questionário eletrônico construído no Formulários Google via aplicativo de conversa (WhatsApp), facilitando assim, a participação na pesquisa. A escolha pelo uso de questionário justificou-se pela facilidade com que se interroga um elevado número de pessoas, num espaço de tempo relativamente curto numa abordagem quantitativa (AMARO; PÁVOA; MACEDO, 2005).

4.4 CRITÉRIOS

4.4.1 Critérios de Inclusão

- Ser profissional de nível superior (enfermeiros, médicos e dentistas), pois são os profissionais de ensino superior com maior contato com a PVHA com o processo de descentralização do cuidado;
- Possuir vínculo na APS há mais de 06 meses, permitindo o efetivo conhecimento da rotina e fluxos instituídos na unidade.

4.4.2 Critérios de Exclusão

- Profissionais que estiverem em licença médica ou afastados do serviço durante o período da pesquisa.

4.5 INSTRUMENTOS

O instrumento utilizado na coleta de dados foi baseado no questionário para avaliar o controle do HIV/Aids na APS sob a ótica dos profissionais de saúde (Anexo A), desenvolvido por Silva, Castro, Pereira e Oliveira (2017). O objetivo do instrumento é mensurar a atenção ofertada para o controle do HIV/Aids pelos profissionais de saúde na APS com finalidade de desenvolver um diagnóstico situacional que subsidie a reconstrução dos saberes e práticas voltadas à prevenção e manejo do agravo, para adequada implementação da descentralização.

Desenvolvido em 2014, após uma revisão integrativa de literatura, o questionário é composto por duas seções: caracterização sociodemográfica e econômica dos participantes (contendo sete questões referentes ao sexo, idade, renda familiar, religião, estado civil, profissão e tempo de atuação na rede básica de saúde) e caracterização da atenção ofertada (parte específica constituída por trinta e uma questões relacionadas à avaliação do controle do HIV/Aids ancoradas nos

seguintes pilares: conhecimento dos profissionais acerca do controle da epidemia ao nível da atenção básica; educação em saúde; diagnóstico; continuidade do cuidado; disponibilidade de recursos materiais e espaço físico na unidade de saúde; acessibilidade a serviços de saúde e aos insumos para prevenção da infecção pelo HIV) (SILVA *et al.*, 2017).

4.6 VARIÁVEIS

- CSC
- Sexo;
- Idade;
- Religião;
- Estado civil;
- Profissão;
- Tempo de formação;
- Tipo de vínculo;
- Tempo de atuação na rede básica de saúde.
- Acesso à materiais de apoio;
- Histórico de treinamento/capacitação;
- Realização de ações/atividades de educação;
- Acesso e distribuição de teste rápidos e preservativos;
- Atenção ao pré-natal;
- Manejo HIV/Aids.

4.7 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

4.7.1 Contato com os indivíduos

Foi realizada, pela orientadora, a apresentação da pesquisadora nos grupos de conversa de médicos, enfermeiros, odontólogos e residentes existentes no aplicativo de mensagem. Após a apresentação, a pesquisadora informou aos indivíduos a proposta de pesquisa e elucidou as dúvidas. Após sensibilização dos profissionais, a pesquisadora enviou o link para acesso ao formulário da pesquisa.

O TCLE (TCLE) foi inserido junto ao link para acessar o questionário eletrônico, para que fosse lido e compreendido, antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido.

Foi concedido tempo adequado para que o convidado a participar da pesquisa pudesse decidir em participar ou não da pesquisa, de forma que foi preservado o direito de informação destes. Após o prazo de 15 dias, caso não houvesse resposta dos entrevistados, o link de acesso ao formulário era reenviado, processo realizado até o dia 30 de novembro de 2018. Às 23:59 horas do dia 30 de novembro de 2018 o link foi desativado.

4.7.2 Coleta dos dados

Foi enviado no dia primeiro de agosto de 2018, via grupo de conversa de aplicativo de conversa (WhatsApp) o link do questionário construído no Formulário Google, que ao ser enviado alimentou um servidor com os dados respondidos, que ao final do prazo estipulado foi consolidado e analisado.

4.8 PLANO PARA ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos foram analisados por meio de frequência e as associações foram realizadas por meio de porcentagem de amostra, utilizando o Excel (2007) e o Formulário Google. A análise descritiva e estatística foi realizada à luz da literatura pertinente.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

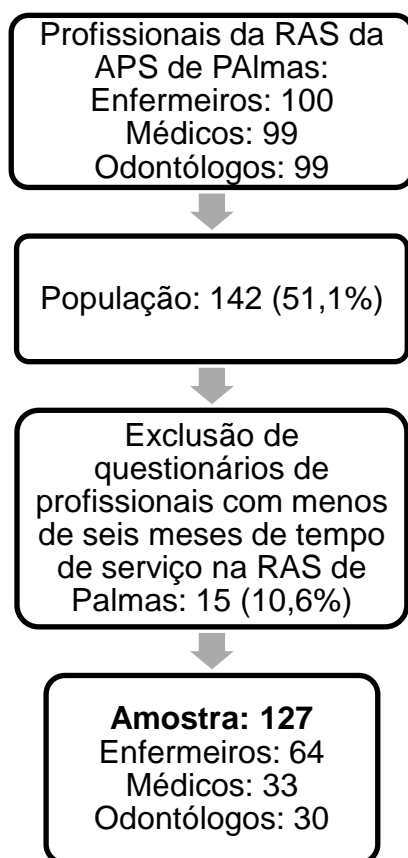
O projeto foi inicialmente encaminhado para Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde. Após sua aprovação, foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b), sendo aprovado mediante parecer número 2.825.702 (Anexo B).

Os dados coletados por meio do Formulário Google foram acessados somente pela pesquisadora, tendo as informações dos participantes mantidas em sigilo. Como tratou-se de um questionário on-line, após ler o TCLE o participante teve a opção de clicar em aceitar e considerou que o participante compreendeu o que era esperado da pesquisa e que aceitava participar desta.

5 RESULTADOS

A população alvo da pesquisa era composta por 278 profissionais e 142 (51,1%) destes responderam ao questionário, porém 10,6% (15) dos indivíduos possuíam vínculo menor de 6 meses na Rede de Atenção à Saúde de Palmas, sendo excluídos, totalizando uma amostra de 127 indivíduos (Figura 4), sendo 50,4% enfermeiros, 26% médicos e 23,6% odontólogos, correspondendo à um intervalo de confiança de 85% com margem de erro de 5%.

Figura 4 - Fluxograma da amostra do estudo. Município de Palmas, 2018



Fonte: Próprio autor.

A população foi caracterizada por 85,0% (108) mulheres, 37,8% (48) com idade entre 26-30 anos, 51,2% (65) católicos, 53,5% (68) casados, 50,4% (64) enfermeiros, 35,4% (45) com tempo de formação entre 1-4 anos, 48,8% (62) com vínculo por concurso e 55,1% (70) com tempo de serviço entre 1-4 anos, conforme Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Distribuição (%) dos profissionais de saúde segundo características demográficas e sociais. Município de Palmas, 2018. (n=127)

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Feminino	108	85
Masculino	19	15
Idade		
18-25 anos	12	9,5
26-30 anos	48	37,8
31-40 anos	26	20,5
41-50 anos	26	20,5
51-59 anos	9	7,1
60 anos ou mais	4	3,2
Religião		
Católico	65	51,2
Evangélico	44	34,6
Sem religião	7	5,5
Espírita	6	4,7
Budista	2	1,6
Espiritualista cristão	1	0,8
Testemunha de Jeová	1	0,8
Vale do Amanhecer	1	0,8
Estado Civil		
Casado	68	53,5
Solteiro	34	26,7
União estável	14	11
Divorciado	9	7,1
Outro	2	1,6
Profissão		
Enfermeiro	64	50,4
Médico	33	26
Dentista	30	23,6
Tempo de Formação		
Menos de 6 meses	1	0,8
6 meses - 1 ano	7	5,5
1 - 4 anos	45	35,4
5-10 anos	32	25,2
Mais de 10 anos	42	33,1
Vínculo		
Concurso	62	48,8
Residente	35	27,6
Programa Palmas para Todos	23	18,1
Contrato	7	5,5
Tempo de Serviço na Rede de Atenção à Saúde de Palmas		
6 meses - 1 ano	15	11,8
1 - 4 anos	70	55,1
5 - 10 anos	12	9,5
Mais de 10 anos	30	23,6

Fonte: Próprio autor.

No que se refere aos manuais e cadernos do Ministério da Saúde referentes ao manejo de Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST, apesar de 93,7% (119) possuírem acesso, 82,7% (105) possuem conhecimento do conteúdo dos manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde a respeito das medidas utilizadas no

controle do HIV/Aids na atenção primária à saúde. Todos os profissionais que afirmaram não possuir acesso a manuais e cadernos do MS referentes ao manejo de IST foram dentistas (Tabela 2).

Com relação ao atendimento de pré-natal, 100% dos profissionais afirmaram que realizam a consulta pré-natal o mais rápido possível após a confirmação de gravidez e quando o resultado do teste de gravidez é positivo, são solicitados os exames recomendados pelo Ministério da Saúde logo na primeira consulta, incluindo a sorologia para HIV. Maioria dos profissionais (125) referiram que o resultado da 1ª e 2ª sorologia para HIV, solicitado no pré-natal, é entregue a gestante ainda durante a gravidez, sendo que 93% (118) confirmam que as gestantes identificadas com HIV/Aids, mesmo sendo referenciadas a serviços de média e alta complexidade, também são acompanhadas pela unidade de saúde (Tabela 2).

Todos os participantes afirmaram que as pessoas sugestivas de infecção por HIV que procuram a unidade básica têm a oportunidade de realizar o teste diagnóstico na rede de saúde, assim como qualquer usuário da unidade, e que a unidade de saúde disponibiliza de material para realização dos testes rápidos para HIV/Aids. Ainda referente aos testes rápidos ou sorológicos, 99,2% (126) relataram ofertar aos parceiros de pessoas diagnosticadas com HIV/Aids e que 95,3% (121) realizam aconselhamento pré-teste e pós-teste rápido para HIV/Aids, sendo que 97,6% (124) realizam a notificação de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Porém, 15% (19) não solicitam o teste rápido ou sorológico de HIV à mulheres que apresentam queixas sugestivas de infecção ginecológica (Tabela 2).

Especificamente sobre o manejo do HIV, 93% (118) realizam busca ativa às pessoas cujo diagnóstico do HIV foi positivo e não retornaram, em caso de exame laboratorial, ou permaneceram, em caso de TR, para receber o resultado, uma vez que nem todos os profissionais são capacitados para a realização do TR, enquanto 80,3% (102) realizam busca ativa aos parceiros (as) quando o diagnóstico do HIV/Aids foi positivo. No que diz respeito ao acompanhamento, 99,2% (126) confirmaram que as pessoas com diagnóstico positivo para HIV/Aids são referenciadas pela unidade e 78,7% (100) também as acompanha na unidade de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição (%) dos profissionais de saúde segundo variáveis de manuais do Ministério da Saúde, pré-natal e HIV/Aids. Município de Palmas, 2018. (n=127)

VARIÁVEL	N	%
Manuais do Ministério da Saúde		
Possui acesso a manuais e cadernos do Ministério da Saúde referentes ao manejo de Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST	119	93,7
Possui conhecimento do conteúdo dos manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde a respeito das medidas utilizadas no controle do HIV/Aids na atenção primária à saúde	105	82,7
Pré-Natal		
Após a confirmação de gravidez por mulheres que procuraram os serviços de saúde, é realizada a consulta pré-natal o mais rápido possível	127	100
Quando o resultado do teste de gravidez é positivo, são solicitados os exames recomendados pelo Ministério da Saúde na primeira consulta	127	100
Na primeira consulta de pré-natal é solicitada a sorologia para HIV/Aids	127	100
O resultado da 1° e 2° sorologia para HIV, solicitado no pré-natal, é entregue a gestante ainda durante a gravidez	125	98,4
As gestantes identificadas com HIV/Aids que foram referenciadas a serviços de média e alta complexidade são acompanhadas pela unidade de saúde	118	93,0
HIV/Aids		
Pessoas sugestivas de infecção por HIV que procuram a unidade básica têm a oportunidade de realizar o teste diagnóstico na rede de saúde	127	100
O teste rápido ou sorológico para HIV é ofertado aos usuários desta unidade	127	100
A unidade de saúde disponibiliza de material para realização dos testes rápidos para HIV/Aids	127	100
O teste rápido ou sorológico é ofertado aos parceiros de pessoas diagnosticadas com HIV/Aids	126	99,2
Realiza aconselhamento pré-teste e pós-teste rápido para HIV/Aids	121	95,3
É realizada a notificação de Infecções Sexualmente Transmissíveis	124	97,6
O teste rápido ou sorológico de HIV não é solicitado a mulheres que apresentam queixas sugestivas de infecção ginecológica	19	15,0
É realizada busca ativa às pessoas cujo diagnóstico do HIV foi positivo e não retornaram para receber o resultado	118	93,0
É realizada busca ativa aos parceiros (as) quando o diagnóstico do HIV/Aids foi positivo	102	80,3
As pessoas com diagnóstico positivo para HIV/Aids são referenciadas pela unidade	126	99,2
As pessoas com diagnóstico positivo para HIV/Aids são acompanhadas pela unidade de saúde	100	78,7

Fonte: Próprio autor.

As ações educativas para informação e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) no espaço físico da unidade de saúde são realizadas por 80,3% (102) dos profissionais, apesar de 55,1% (70) dos participantes afirmarem que a unidade possui um espaço físico adequado para a realização de atividades educativas (Tabela 3). Os profissionais, que em sua maioria ou totalidade afirmaram não possuir espaço físico adequado para a realização de atividades educativas, foram dos seguintes CSC: Mariazinha, Taquari (essas unidades realmente uma está na zona rural e outra hoje está com 5 equipes da ESF e Nasf),

Loiane, Alto Bonito, Aurenny II, Bela Vista, Eugênio Pinheiro, Novo Horizonte, Santa Bárbara, 108 Sul, 406 Norte, 405 Norte, são unidades novas e construídas de forma adequada o que poderiam organizar de melhor forma afim de ter o local, enquanto as unidades da 508 Norte, 603 Norte, realmente ainda são as únicas unidades sem a reforma e não foram construídas da forma mais adequada..

Já as campanhas de educação em saúde acerca de hábitos de vida saudáveis, comportamentos de risco para infecção por HIV e ações educativas coletivas voltadas para a população relacionada à prevenção das IST são realizadas por 78% (99) dos profissionais nos equipamentos sociais sob área de abrangência da unidade, enquanto 62,2% (79) abrangem a prevenção por HIV/Aids nos equipamentos sociais (Tabela 3). Dos profissionais que afirmaram não realizar ações educativas, seja na unidade de saúde ou na área de abrangência, houve destaque para os CSC Laurides, Novo Horizonte, 406 Norte, 403 Norte e 108 Sul. OS CSC 403 e 406 Norte também foram onde maioria dos profissionais afirmaram não realizar educação quanto aos hábitos saudáveis de vida.

A ação de entrega da camisinha (preservativo masculino) acontece fora do espaço físico da unidade de saúde por 66,1% (84) dos profissionais, porém 63% (80) realizam orientação para seu uso durante a entrega, sendo que 52,8% (67) afirmaram que a quantidade de camisinha (preservativos masculinos) que a unidade recebe por mês é suficiente para atender a demanda. Apesar de 58,3% (74) dos profissionais relatarem que a unidade disponibiliza de materiais didáticos para realização de ações educativas, as ações acerca do HIV/Aids são desenvolvidas sem dificuldades/entraves por apenas 47,2% (60) deles (Tabela 3).

Referente à treinamento/capacitação sobre temas relacionados ao controle do HIV/Aids, 72,4% (92) participaram nos últimos cinco anos e 80,3% (102) receberam capacitação para realizar os testes rápidos para HIV/Aids (Tabela 3). Dos 92 profissionais com treinamento/capacitação sobre temas relacionados ao controle do HIV/Aids, 57,6% (53) afirmou não realizar orientação para o uso ao entregar preservativo.

Tabela 3 - Distribuição (%) dos profissionais de saúde segundo variáveis de educação em saúde e treinamento/ capacitação. Município de Palmas, 2018. (n=127)

VARIÁVEL	N	%
Educação em Saúde		
São realizadas ações educativas para informação e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST no espaço físico da unidade de saúde	102	80,3
A unidade possui um espaço físico adequado para a realização de atividades educativas	70	55,1
É realizada educação em saúde acerca de hábitos de vida saudáveis nos equipamentos sociais sob área de abrangência da unidade	99	78
São realizadas, na área de abrangência da unidade de saúde, campanhas informativas e de sensibilização acerca dos comportamentos de risco para infecção por HIV	99	78
São realizadas ações educativas coletivas voltadas para a população relacionada à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST	99	78
São realizadas campanhas informativas e de sensibilização para prevenção por HIV/Aids nos equipamentos sociais sob a área de abrangência da unidade de saúde	79	62,2
A entrega da camisinha (preservativo masculino) acontece fora do espaço físico da unidade de saúde	84	66,1
Na entrega da camisinha (preservativo masculino) é realizada orientação para seu uso	80	63
A quantidade de camisinha (preservativos masculinos) que a unidade recebe por mês é suficiente para atender a demanda	67	52,8
A unidade disponibiliza de materiais didáticos para realização de ações educativas	74	58,3
As ações educativas acerca do HIV/Aids são desenvolvidas sem dificuldades/entraves	60	47,2
Treinamento/Capacitação		
Participou de treinamento/capacitação sobre temas relacionados ao controle do HIV/Aids nos últimos cinco anos	92	72,4
Recebe/recebeu capacitação para realizar os testes rápidos para HIV/Aids	102	80,3

Fonte: Próprio autor.

Quando associado o gênero às variáveis investigadas, foi possível observar destaque para as mulheres na entrega e orientação para o uso do preservativo e na realização de aconselhamento, além da participação em capacitações para realizar TR. Já os homens se destacaram na realização de ações de educação em saúde e busca ativa de pessoas com diagnóstico para HIV/Aids e do parceiro, sendo eles também os que mais solicitam o TR para mulheres com queixas sugestivas de infecção ginecológica. Nas outras variáveis não houve associação quanto ao gênero.

Ao associar a religião e as variáveis do estudo, a educação em saúde, a solicitação de TR para mulheres com queixas sugestivas de infecção ginecológica e a entrega de preservativos foi mais realizada pelos profissionais que se caracterizaram como espíritas. Os profissionais evangélicos foram os que mais

realizaram treinamento, seja para temas relacionados ao controle do HIV/Aids quanto para realizar TR, e busca ativa do parceiro e pessoas com diagnóstico para HIV/Aids, sendo este último com 100% de realização.

Apenas os profissionais católicos não afirmaram em realizar aconselhamento pré e pós TR em sua totalidade. Quanto à orientação de uso atrelada à entrega do preservativo, católicos e evangélicos obtiveram os maiores percentuais, seguidos dos espíritas e sem religião. Em todas as categorias avaliadas os sem religião obtiveram a menor porcentagem de participação.

Associando as categorias profissionais às variáveis, os profissionais médicos foram destaque em não realizarem TR para mulheres com queixas sugestivas de infecção ginecológica, acompanhamento de PVHA, ações de educação em saúde e treinamento, seja para temas relacionados ao controle do HIV/Aids quanto para realizar TR, como também no acompanhamento de gestantes vivendo com HIV não acompanhadas, categoria em que os dentistas também se destacaram. Em seguida vem os dentistas, que relataram não conhecer os manuais do MS e seus conteúdos, além de terem sido destaque na não realização de busca ativa do parceiro e pessoas com diagnóstico para HIV/Aids junto com os enfermeiros.

6 DISCUSSÃO

No início da epidemia de Aids e nos anos subsequentes, o modelo de atendimento de PVHA em SAE mostrou-se o mais eficaz e seguro, porém no novo modelo, a linha de cuidado passa a contar com a atenção básica, novamente, como porta de entrada e ordenadora do cuidado (BRASIL, 2014a). Esse movimento de descentralização do cuidado da PVHA para a APS depende diretamente da qualidade de ações e do preparo de seus profissionais para o controle e manejo da infecção pelo HIV. O conhecimento desta realidade permite um adequado planejamento estratégico para adequação dos serviços de saúde.

Neste estudo avaliamos a atenção ofertada pela APS para o controle do HIV/Aids através da perspectiva de profissionais de nível superior. Por meio do questionário, identificamos que, o acompanhamento compartilhado entre a APS e o SAE é realizada por apenas 78,7% dos profissionais, sendo os 22% acompanhados somente pelo SAE, ferindo assim o princípio da integralidade, uma vez que não é assegurado a atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Em Palmas, os pacientes diagnosticados com HIV na APS devem ser encaminhados para o SAE via SISREG, sistema que permite o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados no nível Municipal, Estadual ou Regional, para o SAE de referência, que no caso, é o N.A. Henfil, já que a descentralização ocorreu apenas no CSC 406 Norte.

O referenciamento da APS para a atenção especializada foi confirmado por 99,2% dos profissionais que participaram da pesquisa. A exceção do município é o CSC da 406 Norte, unidade modelo no processo de implementação da descentralização do cuidado da PVHA, que consiste na oferta do manejo (diagnóstico, tratamento e acompanhamento) do HIV/Aids na APS, não necessitando, assim, realizar o encaminhamento, senão aos pacientes que o desejarem. Assim, todos os outros CSC devem encaminhar seus pacientes vivendo com HIV para o N.A. Henfil e continuar a acompanhá-los na APS.

Castro *et al.* (2018), em estudo realizado no Rio de Janeiro com 421 PVHA, comparou a eficácia das duas estratégias de fornecimento de TARV (ESF versus especialistas) e comprovou que não houve resultados virológicos diferentes,

evidenciando a efetividade da descentralização, iniciada em 2014, e apoiando o processo contínuo de descentralização do cuidado com o HIV.

Em relação a educação em saúde, que está diretamente associada à políticas públicas que promovem o progresso no âmbito da saúde global, e que é uma das ações de grande relevância para conter o avanço da infecção pelo HIV, tendo como base a prevenção e desde que seja realizada continuamente (RAMOS *et al.*, 2019), é uma prática realizada em média por 78,6% dos profissionais, tanto para a prevenção das IST, comportamento de risco para infecção por HIV e hábitos de vida saudáveis.

Apesar da realização da educação em saúde ter se mostrado maior no espaço físico da unidade de saúde (80,3%) do que nos equipamentos sociais e área de abrangência da unidade (78%) e que o percentual da realização de campanhas de prevenção do HIV/Aids nos equipamentos sociais sob abrangência da unidade é ainda mais baixo (62,2), mesmo a prevenção sendo a estratégia básica para o controle da transmissão de IST (SILVA; CRIVES; SANTOS, 2017).

Os CSC onde maioria dos profissionais responderam não realizar ações educativas, na região sul essa atitude pode ser justificada pela característica do território, que são extensos e de altos índices de violência, porém é justamente em em espaços sociais vulneráveis que os profissionais de saúde devem realizá-las, visto que as mudanças de comportamento, centro das campanhas do MS, não são imediatas (SILVA; CRIVES; SANTOS, 2017). Vale ressaltar uma preocupação quanto ao CSC 406 Norte, pois essa é a unidade piloto para descentralização, processo que deve estar atrelado à educação em saúde popular.

Ademais as IST e a Aids continuam sendo um assunto estigmatizado, dificultando, assim, a realização de troca de informações entre a população e os profissionais, tendo esses, geralmente, deficiências em seu processo de formação somados ao um intenso preconceito e relações sociais mediadas por estereótipos (GUIMARÃES *et al.*, 2018), o que não justifica a ausência de realização de educação em saúde quantos aos hábitos saudáveis de vida pela maioria dos profissionais dos CSC 403 e 406 Norte, pois este tema é de aceitação tanto pelos profissionais, quanto pela população, por não ser considerado tabu.

Além disso, 55,1% dos profissionais afirmaram que a unidade possuía espaço físico adequado e 58,3% disponibilizava de materiais didáticos para a realização das atividades, fatores que podem ter contribuído para que apenas 47,2% relatarem que

as ações educativas são desenvolvidas sem dificuldade, mas a oferta/presença de espaço físico e material adequado é essencial para a realização de educação (CARVALHO, SANTOS, 2017). Aconselha-se que gestão e profissionais discutam sobre estratégias de intervenção educacional.

Uma outra intervenção importante na prevenção da transmissão do HIV além da educação em saúde é o acesso ao preservativo, ação ofertada por 66,1% dos profissionais fora do espaço da unidade, porém menor percentual (63%) realiza orientação conjunta. No Brasil a distribuição gratuita do preservativo teve início em 1994, porém apenas a entrega não elimina a prática sexual desprotegida e as barreiras culturais, sociais e emocionais envolvidas, sendo necessário além do aconselhamento, o aconselhamento para a capacitação e empoderamento feminino, já que o preservativo de maior uso é o masculino, investindo também em distribuição e aconselhamento sobre o preservativo feminino (REISI; MELO; GIRI, 2016).

Quanto ao histórico de treinamento/capacitação sobre temas relacionados ao controle do HIV/Aids, ressalta-se a constante necessidade de atualização na área pela permanente transformação nesse contexto, exigindo protagonismo dos profissionais e estímulo da gestão, uma vez que essa qualificação, afirmada por 72,4% dos profissionais, e referente à treinamento/capacitação para realização do TR, realizada por 80,3%, qualifica o serviço e possibilita maiores ações para quebra da cadeia de transmissão (FARIAS; SILVA, 2017).

Em relação a realidade de 57,6% dos profissionais com capacitação que não realizavam orientação para o uso do preservativo demonstra que, embora a maior parte dos profissionais possuam capacitação e/ou especialização, não é suficiente para que tenha uma conduta eficaz perante o paciente. A educação para a saúde deve ser estruturada em situações vivenciadas no cotidiano do profissional e que estejam sendo identificadas como entraves ou dificultando a prática na assistência, já que envolve mudanças nas relações, processos, atos e organizações (MILAN, 2016).

O relato de livre oferta de TR tanto aos pacientes suspeitos de HIV como a população em geral, atrelada a disponibilidade de todos os materiais necessários para a realização deste em todos os CSC, possibilita o diagnóstico precoce, visando o tratamento em tempo oportuno, oferta de qualidade de vida e a redução da cadeia de transmissão. A APS possui os TR como uma das técnicas de relevância para o diagnóstico do HIV e de outras IST (sífilis e hepatites), cuja metodologia permite a

detecção de anticorpos em 30 minutos, possui baixo custo, são altamente sensíveis e específicos e de fácil aplicação e interpretação (BRASIL, 2014b), além de permitir o imediato início do tratamento.

Anteriormente direcionado para as gestantes e seus parceiros, hoje os TR devem abranger toda a população atendida (ARAÚJO *et al.*, 2014), como revelam todos os profissionais participantes que afirmaram que as pessoas sugestivas de infecção por HIV que procuram a unidade básica têm a oportunidade de realizar o teste diagnóstico na rede de saúde, assim como qualquer usuário, e que a unidade de saúde disponibiliza de material para realização dos testes rápidos para HIV/Aids. A livre oferta dos TR seguem, assim, os princípios da universalidade e acessibilidade do SUS (SANTA CATARINA, 2014; OLIVEIRA; AFONSO, 2017).

A realização dos TR deve ser acompanhada de aconselhamento pré e pós teste, momento que colabora não somente para a promoção da atenção integral, mas também a oferta de apoio psicológico e avaliação dos riscos de infecção ou agravos decorrentes da IST diagnosticada, tendo como foco a saúde sexual e reprodutiva, o uso de drogas e os direitos humanos do paciente (SILVA *et al.*, 2011; BRASIL, 2006a; OLIVEIRA; AFONSO, 2017; TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017). O aconselhamento deve ser realizado em todo procedimento de coleta, o que não é realidade em sua totalidade no município uma vez que 95,3% afirmaram fazê-lo, ou seja, há realização de testes em que só há a informação do resultado.

Estudo de revisão da literatura sobre a importância do aconselhamento no exame rápido de HIV evidenciou que o aconselhamento pré e pós-teste está aquém do recomendado pelo MS (PREVIATI; VIEIRA; BARBIERI, 2018), que determina que todos os pacientes que realizam TR devem ser aconselhados (BRASIL, 1999b). Acredita-se que o aconselhamento é o aspecto mais complexo a ser trabalhado diante do usuário, uma vez que deve sensibilizá-lo para reflexão e compartilhamento com parceiros diante de um resultado positivo que, em algumas pessoas, auxilia na redução do impacto do resultado (PASSOS *et al.*, 2013), além de proporcionar interação para construção de uma relação de confiança entre o profissional e o usuário (SARAIVA, 2017).

Segundo Saraiva (2017), a real dificuldade percebida e relatada pelos profissionais é o resultado positivo, pois exige maior habilidade no manejo das reações emocionais, no reforço à confiabilidade do teste e na agilidade do

acolhimento o na RAS, o que pode ter contribuído para a não realização do aconselhamento por 4,7% dos profissionais desta pesquisa. O papel dos médicos, enfermeiros e dentistas deve ser sempre de escuta e esclarecimento, com desenvolvimento de habilidade de questionamento com o intuito de promover reflexão, superação de dificuldades e adoção de práticas seguras, na busca da promoção da qualidade de vida (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017). Para o alcance desses objetivos é fundamental que a linguagem utilizada seja acessível ao usuário.

A realidade do TR no município apresentada revela a necessidade de elaborar ações de incentivo à testagem das IST, permitindo a ampliação do rastreamento dos casos latentes e daqueles com comportamento de risco, como também executar o monitoramento contínuo desses indivíduos.

Outra intervenção essencial, mas que encontra grande barreira em sua realização é a notificação e testagem dos parceiros de PVHA (ROCHA *et al.*, 2017; CAVALCANTE *et al.*, 2017), inclusive no município de Palmas, uma vez que, segundo os profissionais, há a ampla oferta do TR aos parceiros (99,2%), porém não é realizado busca ativa dos mesmos (80,3%). Essa realidade pode ser justificada pelos profissionais terem dificuldade em abordar a vinda do parceiro à unidade (SILVA; AYRES, 2009; ROCHA *et al.*, 2017), porém, de acordo com o MS, essa é uma competência de todos os profissionais de saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

O rastreio do parceiro de PVHA é dificultado, principalmente, pelo receio em compartilhar o diagnóstico e o medo de sofrer preconceito, rejeição e/ou discriminação (BARROS; SCHRAIBER; FRANÇA-JUNIOR, 2011; MIRANDA *et al.*, 2013), mas faz-se necessário que o paciente passe a compreender a necessidade dos parceiros sexuais serem encaminhados ao serviço para diagnóstico e tratamento, quando necessário (ECDC, 2013; CAVALCANTE *et al.*, 2017).

A notificação dos parceiros é parte essencial da gestão de casos ao reduzir/parar a cadeia de transmissão (WARD; BELL, 2014). Ainda assim, infelizmente, estudo mostra que são poucos os parceiros que atendem a convocação (LUZ; MIRANDA; TEIXEIRA, 2010), exigindo que os profissionais estejam atentos à segurança e à preferência do pacientes quanto aos meios de comunicação e aos desafios envolvidos na localização de parceiros (ECDC, 2013). Vale ressaltar que toda PVHA tem direito a comunicar apenas às pessoas que

deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes, devendo os profissionais manterem sigilo e serem éticos (BRASIL, 2008b).

Além da relevância da busca ativa dos parceiros de PVHA, é indispensável o rastreio às pessoas cujo diagnóstico do HIV foi positivo e não retornaram, em caso de exame laboratorial, ou permaneceram, em caso de TR, para receber o resultado, ação realizada por 93% dos profissionais da APS de Palmas. Estudos comprovaram que aproximadamente 15 e 20% de indivíduos não retornam para buscar o resultado de testagem sorológica para HIV (GERMANO *et al.*, 2008; BASSICHETO *et al.*, 2004; MINAYO *et al.*, 1999; MMBAGA *et al.*, 2009), justificados, principalmente, pelo tempo de entrega dos resultados, que costuma ultrapassar o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b).

A investigação das circunstâncias envolvidas, dificuldades impostas, (des) motivações dos usuários ou a dinâmica de atendimento, deve promover uma reflexão sobre a necessidade da reorganização dos serviços e melhor orientação dos recursos públicos investidos (SOARES; BRANDÃO, 2013). Em estudo realizado em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza, o percentual de retorno para receber o resultado foi 98,8%, sendo explicado pelo processo diferenciado de atendimento da unidade em consequência de capacitação permanente para realizar o aconselhamento (ROCHA *et al.*, 2017).

Faz-se imprescindível, também, a notificação dos casos de IST, ato realizado por 93% dos participantes. A notificação dos casos de IST é obrigatória aos médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados que atuam na assistência ao paciente, segundo a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e a APS possui um papel importante, pois cabe a esse nível de atenção traçar o perfil epidemiológico da sua realidade para melhor trabalhar (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

As notificações permitem caracterizar e monitorar tendências, perfil epidemiológico, riscos e vulnerabilidades na população infectada, com vistas a aprimorar a política pública de enfrentamento da epidemia (BRASIL, 2017c). A ausência de notificações e/ou notificações incompletas impedem um planejamento eficaz e comprometem as ações, aumentando o número de casos (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Com relação ao pré-natal, os profissionais de saúde avaliados informaram que 98,4% dos resultados de sorologia para HIV são entregues à gestante ainda

durante a gravidez. A assistência pré-natal é de extrema relevância para a redução da morbimortalidade materno-infantil (ALMEIDA; BARROS, 2005), tendo com uma das estratégias o rastreamento de infecções verticalmente transmissíveis, tais como HIV, sífilis e hepatite B, possibilitando a identificação da doença e o tratamento, visando a cura materna ou a prevenção da infecção fetal (MEDEIROS JÚNIOR, 2016).

Todavia, o retorno dos exames laboratoriais no pré-natal em poucos casos não ocorreram em tempo hábil, apesar da solicitação em tempo adequado, como relatado por 1,6% dos profissionais. Estudos apontam que problemas estruturais nos serviços de apoio ao diagnóstico, com tempos demasiados ou longos para retorno dos resultados, podem ser os principais limitantes para o alcance da cobertura de 100% das gestantes com os exames VDRL e anti-HIV (FIGUEIREDO *et al.*, 2009). Assim, têm-se defendido o uso de testes com resultado imediato (TR), realizados na própria unidade de saúde, o que permitiria intervenções mais oportunas (FONSECA *et al.*, 2012; GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009).

Na assistência de gestantes com HIV, o acompanhamento deve dar-se tanto pela APS quanto pela especializada, realidade executada por 93% dos profissionais, que afirmaram realizar o atendimento compartilhado. Entretanto, falhas de comunicação intersetorial podem culminar na descontinuidade da atenção, não apenas durante o próprio período gestacional, como também no puerpério e acompanhamento dessa PVHA posteriormente (KLEINUBING *et al.*, 2018), devendo, assim, haver um estreitamento entre os serviços de saúde que realizam o atendimento. Além disso, o acompanhamento na APS pode favorecer a formação de vínculo com os profissionais, repercutindo positivamente tanto na saúde da mulher quanto da criança.

Ainda relacionado às mulheres, apesar das queixas de síndrome genital predominarem como motivo para os profissionais de saúde realizarem teste (ROCHA *et al.*, 2017), 15% dos profissionais não solicitam TR ou sorológico de HIV para as mulheres que apresentam queixas sugestivas de infecção ginecológica. Esse fato chama atenção para a importância da valorização das queixas genitais em pessoas que procuram os serviços de saúde, considerando que há associação entre IST e HIV (ROCHA *et al.*, 2017).

Quanto aos manuais do MS, apesar de 6,3% dos profissionais negarem ter acesso à eles e 17,3% negarem o conhecimento destes, os manuais e cadernos do

Ministério da Saúde, não só referentes às IST, mas com qualquer outro agravo ou programa de saúde, encontram-se disponíveis no site para download, sendo sempre atualizados, não havendo, assim, justificativa para os profissionais não possuírem acesso ou conhecimento destes.

Além disso, Kayser, Cossette e Alderson (2013) e dos Santos *et al.*, (2016) afirmam que é papel da gestão motivar os profissionais de saúde a buscarem informações atualizadas sobre suas atividades, uma vez que assumem papéis importantes na formação de seus pacientes e do ambiente. Vale ressaltar que, nos cursos de capacitação profissional ofertados pela gestão, são discutidos o uso dos manuais, sendo a estratégia atual o envio do material por email do CSC. Porém outras estratégias podemos ser incluídas, como um repositório, trabalhos de protocolos e outros.

Ao analisarmos as características da população do estudo, apesar da evidência da categoria médica necessitar de maior investimento para realização de adequado manejo e ações, os princípios da medicina da família e comunidade (LOPES, 2018), o médico deve assumir sua responsabilidade sobre as pessoas que dela fazem parte do território e ao referenciá-las para outros especialistas, deve acompanhar o caso e intervir em prol do paciente quando julgar necessário e adequado. A proximidade, como regras de convívio estabelecidas, permite o melhor entendimento e a aproximação com estreitamento de vínculos, possibilitando que participe de movimentos comunitários e ações de promoção da saúde.

O maior percentual de mulheres (85,0%) converge com a constatação de vários estudos que mostraram a crescente feminização das profissões de saúde (SOUZA; ARAUJO, 2018; MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013; WERMELINGER *et al.*, 2010). Geralmente baseadas no cuidado do outro, essas atividades laborais podem ser impactadas pelos persistentes estereótipos de gênero na sociedade contemporânea (SOUZA; ARAUJO, 2018).

Quanto à associação do gênero e as variáveis investigadas, o equilíbrio das ações entre os gêneros pode ser justificado pela identificação de gênero entre o profissional e o paciente, havendo facilidade de relação entre profissional e paciente do mesmo sexo, pela minimização da vergonha ou pudor por ambos (COSTA-JÚNIOR; COUTO; MAIA, 2016).

A religião dos profissionais de saúde tem influência no modo como cuidam dos pacientes, com destaque para os que se definiram como espíritas (4,7%) e

evangélicos (34,6). Conforme análise, os sem religião obtiveram a menor porcentagem de participação. Pesquisa que avaliou a influência da religiosidade/espiritualidade de profissionais de saúde afirmou que esta influencia fortemente a compreensão do processo saúde-doença e a relação com os pacientes, além de modificar o modo de cuidar desses pacientes (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2018).

Por conta da amostragem por conveniência e conseqüente limitação no número de participantes, devido também a uma reformulação na RAS do município que redirecionou profissionais cedidos para o Estado durante o período de coleta de dados, e pela forma de coleta indireta; além da limitação da análise estatística e do questionário que inviabiliza uma avaliação mais profunda da atenção ofertada e não investiga as especializações dos profissionais, possibilitando enviesamento das respostas socialmente aceitável, sugere-se que novos estudos sejam realizados na tentativa de estimular a discussão sobre o manejo das PVHA na RAS. Ademais, baseado nesse diagnóstico situacional, estudos adicionais sobre o conhecimento específico dos profissionais de saúde sobre a infecção do HIV e seu manejo devem ser realizados, visando capacitações direcionadas e eficazes.

Para garantir um atendimento e acompanhamento de qualidade, é preconizado que o processo de descentralização do cuidado da PVHA para a APS seja feito, inicialmente com a qualificação dos profissionais da RAS (BRASIL, 2014a), visto que é necessário acolhimento humanizado, livre de preconceitos e estigmas, reconhecendo as necessidades em saúde do sujeito por meio de uma abordagem multiprofissional e de maneira integrada, de forma a desenvolver ações adequadas de promoção à saúde e prevenção de agravos, diagnóstico e assistência para os usuários.

A educação em saúde, promoção, prevenção e redução de danos deve ser promovida como em qualquer outra assistência, devendo na PVHA haver um enfoque maior para ações que impeçam a transmissão do vírus. A maior diferença da assistência em saúde para a PVHA em relação a qualquer outro agravo é em relação ao tratamento e aos exames complementares, que possibilitam o acompanhamento da eficácia do tratamento (BRASIL, 2015b).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de educação, prevenção, diagnóstico e tratamento apesar de existentes, são insuficientemente abrangentes, visto que ainda há resistência e dificuldades para incorporá-las à rotina, exigindo investimento em qualificação profissional para adequada assistência, principalmente nas ações de educação e prevenção.

O perfil dos profissionais foi composto por maioria do sexo feminino, com idade entre 26 e 30 anos, católicos, casados, enfermeiros, com tempo de formação entre um e quatro anos e mais de 10 anos, concursados e com tempo de serviço entre um e quatro anos. O perfil jovem, recém formado e inserido na rede, porém com maior segurança na mesma, pelo tipo de vínculo, possibilita investimento na área de educação, visto que maioria dos profissionais podem ser preparados para transmitirem as informações a cada ciclo de outros profissionais (residentes e PPT).

Apesar do acesso e conhecimento dos manuais do MS pelos profissionais, vale o esforço de reforçar/ informar a existência e importância dos mesmos de forma atualizada, uma vez que alguns profissionais não fazem uso destes na rotina, além da oferta constante de treinamentos, atualizações e apoio institucional para atendimento compartilhado referente às IST, em especial o HIV.

Neste sentido, as principais recomendações envolvem a sensibilização dos profissionais de saúde, com adequada qualificação, e a melhora da cobertura de educação e prevenção com apoio/ incentivo da gestão. Essas recomendações não excluem a necessidade do modelo de estratificação de risco, garantir o suporte técnico aos profissionais, qualificação da rede laboratorial do município e viabilizar o acesso à TARV.

Assegurando a divulgação informada na coleta de dados, as informações colhidas nesta pesquisa estimularam a construção de um fórum municipal sobre sexualidade em junho de 2019, onde os resultados deste estudo serão expostos e o projeto de descentralização discutido.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n. 1, p. 15-25, jan. 2005.

AMARO, A.; PÓVOA, A.; MACEDO, L. **A arte de fazer questionários**. Metodologia de Investigação em Educação. Porto: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, 2005.

ARAÚJO, C. L. F. *et al.* A testagem anti-hiv nos serviços de ginecologia do município do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.111-222, 2014.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada as ciências sociais**. [S. l.]: Ed. UFSC, 2002. v. 5.

BARROS, C.; SCHRAIBER, L. B.; FRANÇA-JUNIOR, I. Association between intimate partner violence against women and HIV infection. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, n. 45, p. 365-372, 2011.

BASSICHETTO, K. C. *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários de um centro de testagem e aconselhamento para DST/HIV da rede municipal de São Paulo, com sorologia positiva para o HIV. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 302-310, 2004.

BONANNO, L. SP não está preparada para atender HIV na atenção básica. **Notícias UOL**, 24 jan. 2014. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2014/01/24/sp-nao-esta-preparada-para-atender-hiv-na-atencao-basica-diz-secretario.htm> Acesso em: 27 jan. 2018.

BORGES, M. J. L. **Integralidade da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids: uma avaliação de serviços de assistência especializada**. 2010. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. 209, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, v. 49, n. 53, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica**: manual para profissionais médicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, v. 4, n. 01, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica**: guia para gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 1, de 16 de Janeiro de 2013. Trata da alteração na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na Atenção Básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 151, de 14 de outubro de 2009. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 out. 2009. Disponível em: Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Direitos Humanos e HIV/Aids**: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário Atualização das diretrizes organizacionais dos CTA do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18; Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 26 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. BRASIL. **Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)**: manual. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

BRÊTAS, A. C. P.; PEREIRA, A. L. Gestão em unidades básicas de saúde. *In*: HARADA, M. J. C. S. (org.). **Gestão em enfermagem**: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 377-383.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-24, 2001.

BUCCIARDINI, R. *et al.* Quality of life outcomes of combination zidovudine-didanosine-nevirapine and zidovudine-didanosine for antiretroviral-naïve advanced HIV-infected patients. **Aids**, v. 14, n. 16, p. 2567-2574, 2000.

CANINI, S. R. M. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com HIV/Aids: uma revisão de literatura. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 12, n. 06, p. 940-945, 2004.

CARVALHO, F. T. *et al.* Fatores de proteção relacionados a promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/Aids. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 23, v. 09, p. 2023-2033, 2007.

CARVALHO, S. M; PAES, G. O. The social stigmatization influence in people living with HIV/Aids. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 19, n. 02, p. 157-163, 2011.

CARVALHO, V. F.; SANTOS, M. M. **Proposta de educação permanente para testagem de HIV, sífilis e hepatites B e C**. Projeto de Intervenção. 2017. 24 f. (Especialização em Gestão em HIV/Aids/Hepatites Virais e Tuberculose – Educação a Distância) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

CASTRO, R. *et al.* Decentralization of antiretroviral therapy to the family health strategy: effectiveness of a new delivery strategy for HIV care in Rio de Janeiro, Brazil. *In*: **Aids**, 2018. **Anais [...]**. [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: <http://programa.aids2018.org/Abstract/Abstract/2908>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CAVALCANTE, E. G. F. *et al.* Dificuldades e facilidades para notificação de parceiros sexuais com infecções sexualmente transmissíveis. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 2, p. 250-256, 2017.

CAVALCANTE, E. G. F. *et al.* Notificação de parceiros sexuais com infecção sexualmente transmissível e percepções dos notificados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 448-455, 2016.

CHAZAN, L. F. *et al.* Trabalho colaborativo em saúde mental. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)**, v. 15, n. 3, 2017

CONNOR, E. M. *et al.* Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric Aids Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. **New England Journal of Medicine**, v. 331, n. 18, p. 1173-1180, 1994.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). **Publichealth benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV**. Stockholm: ECDC, 2013.

FALER, C. S. *et al.* A expansão dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF) na rede de saúde. *In: SEMINÁRIO REGIONAL SOBRE SAÚDE, TRABALHO E EDUCAÇÃO*, 1., 2016, Chapecó. **Anais Eletrônicos** [...]. Chapecó: Unoesc, 2016. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/9475> Acesso em: 15 jan. 2018.

FARIAS, M. J. S.; SILVA, R. A. R. **Qualificação de profissionais da Estratégia Saúde da Família para redução da transmissão das infecções sexualmente transmissíveis**. 2017. 11 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Política de DST, Aids, Hepatites Virais e Tuberculose – Educação a Distância) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

FARROKHI, F.; MAHMOUDI- HAMIDABAD, A. Rethinking convenience sampling: defining quality criteria. **Theory and Practice in Language Studies**, v. 2, n. 4, p. 784-792, 2012.

FERREIRA, C. S. **Aids: o preconceito no contexto familiar**. 2001. 52 f. Monografia (Especialização em Terapia da Família) – Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2001.

FIGUEIREDO, E. N. *et al.* The challenge of the reference and counter-reference system in the prenatal assistance to pregnant women with infectious diseases. **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, v. 81, n. 3, jul. 2009.

FONSECA, C. R. B. *et al.* Risk factors for lowbirthweight in Botucatu city, SP state, Brazil: a studyconducted in thepublichealth system from 2004 to 2008. **BMC Research Notes**, v. 5, n. 60, jan. 2012.

FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

GERMANO, F. N. *et al.* Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu status sorológico: Rio Grande, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p.1033-1040, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOLÇALVES, E. F. R. **Análise do processo de trabalho da equipe odontológica na Atenção Primária a Saúde**. 2018. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2507-2516, nov. 2009.

GUIMARÃES, D. A. *et al.* P. Formação em saúde e extensão universitária: discutindo sexualidade e prevenção de IST/Aids. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 19, n. 2, p. 124-132, 2018.

HARZHEIM, E. *et al.* Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados do Censo 2010**. (publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010). Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=31. Acesso em: 26 nov. 2017.

JANOTTI, A. *et al.* **Descentralização do manejo Do HIV, IST e Hepatites Virais no Município de Palmas –TO**. Plano Operacional de Pesquisa Aplicada ao SUS-POPAS, Palmas: [s. n.], 2017.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/Aids (UNAIDS). **90-90-90**: an ambitious treatment target to help end the Aids epidemic. Geneva: UNAIDS, 2014.

JULIO, R. S. **Comportamento sexual de homens com HIV/Aids**. 2009. 155 f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas) – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

KAYSER, J. W.; COSSETTE, S.; ALDERSON, M. Autonomy supportive intervention: na evolution Ary conceptanalysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 70, n. 6, p. 1254-1266, 2013.

KLEINUBING, R. E. *et al.* Acesso aos serviços de saúde de mulheres com HIV: pesquisa participante. *In*: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA - CIAIQ2018, 8., 2018, Fortaleza. **Anais [...]**. Fortaleza: CIAIQ, 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. [S. l.: s. n.], 2001.

LINS, A. L. D. F. P. *et al.* Necessidades de qualificação da equipe de enfermagem para a assistência aos clientes portadores do HIV e da Aids. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 3, p. 288-293, 2000.

LOPES, J.M.C. Princípios da medicina de família e comunidade. *In*: Gusso, G. Lopes, J. M. C. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: **Artmed**, 2012. p. 1-11

LOPES, C. R. A epidemia mudou, e o mundo também. **RADIS**, 40, p. 10-16, 2005.

LUZ, P. M.; MIRANDA, K. C. L.; TEIXEIRA, J. M. C. As condutas realizadas por profissionais de saúde em relação à busca de parceiros sexuais de pacientes soropositivos para o HIV/Aids e seus diagnósticos sorológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1191-1200, 2010.

MILAN, E. P.; MACEDO, M. R. C.; BAUMGARDT, M. **Gestão da política de DST, Aids, Hepatites Virais e Tuberculose**. Natal: EDUFRRN, 2016.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I.; ANDRADE, S. R. Políticas voltadas às DSTs/Aids e sua integração político-assistencial no contexto do SUS: um estudo sobre o município de Florianópolis-SC. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2014.

MALISKA, I. C. A. **A implantação das políticas públicas de saúde em Aids no município de Florianópolis SC**: um estudo do período de 1986 a 2010. 2012. 315 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MEDEIROS JÚNIOR, A. *et al.* Qualidade do pré-natal em relação às sorologias sífilis, HIV e hepatite B em gestantes de unidade de saúde em Natal/RN. **Revista Extensão & Sociedade**, v. 5, n. 2, p. 10-21, 2014.

MINAYO, M. C. D. S. *et al.* Avaliação dos centros de orientação e apoio sorológico/CTA/Coas da Região Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 355-367, 1999.

MIRANDA, D. B. *et al.* Seropositivity for HIV: from the social context to the serodiscordant conjugality. **Journal of Nursing UFPE**, v. 7, n. 2, p. 589-597, 2013.

MMBAGA, E. J. *et al.* Prevalence and predictors of failure to return for HIV-1 post-test counseling in the era of antiretroviral therapy in rural Kilimanjaro, Tanzania: challenges and opportunities. **Aids Care**, v. 21, n. 2, p.160-167, 2009.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. **Perfil atual e tendências do cirurgião dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press International: USP, 2010.

NIEUWKERK, P. T. *et al.* Quality of life in asymptomatic- and symptomatic HIV infected patients in a trial of ritonavir/saquinavir therapy. **Aids**, n. 14, v. 02, p. 181-187, 2000.

OLIVEIRA, A. K. R.; SILVA, C. S. Integração sistêmica de ações e serviços em saúde como método de organização do sistema de Saúde Pública de Palmas - TO. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 3., 2017, Natal. **Anais [...]**. Natal: ABRASCO, 2017. v. 3, p. 56-57.

OLIVEIRA, J. A. S.; AFONSO, V. T. M. O teste rápido para o diagnóstico de HIV na atenção primária à saúde e a importância da atuação do enfermeiro. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2., 2017, Aracajú. **Anais [...]**. Aracajú: Universidade Tiradentes, 2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013.

PALÁCIO, M. B.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B. O Cuidado em HIV/Aids e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência. **Psico**, v. 43, n. 3, p. 350-367, 2012.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Diretoria de Vigilância em Saúde. Área Técnica de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - DST e Aids**, v. 2, n. 1, 2016.

PANTALEO, G.; FAUCI, A. S. New concepts in the Immunopathogenesis of HIV infection. **Annual Review of Immunology**, n. 13, p. 487-512, 1995.

PASSOS, S. C. D. S. *et al.* Aconselhamento sobre o teste rápido anti-HIV em parturientes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 278-287, 2013.

PAULA, C. C. *et al.* HIV/Aids na infância e na adolescência: tendências da produção científica brasileira. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 31, n. 02, p. 277-286, 2013.

PREVIATI, S. M.; VIEIRA, D. M.; BARBIERI, M. A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 7, n. 1, p. 75-78, 2018.

QUALIAIDS. **Sistema de Avaliação Qualiaids Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/Aids no Brasil**. Caderno de Recomendação Eletrônico. Equipe de Pesquisa Qualiaids, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2017.

RAMOS, F. B. P. *et al.* A educação em saúde como ferramenta estratégica no desenvolvimento de ações de prevenção da transmissão do HIV: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 9, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/509>. Acesso em: 20 jan. 2019.

REISI, R. K.; MELOI, E. S.; GIRI, E. Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 40-46, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução nº 663, de 07 de novembro 2014 – CIB/ RS. Instituir a Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids e outras DST do Estado do Rio Grande do Sul. 2014.

ROCHA, A. F. B. *et al.* Sorologia positiva para o hiv: estudo epidemiológico de série histórica. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 11, n. 1, p. 173-178, 2017.

ROYCE, R. A. *et al.* Sexual Transmission of HIV. **New England Journal of Medicine**, n. 336, v. 10, p. 1072-1078, 1997.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soro positividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003. 258 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado de Saúde Sistema Único de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de vigilância Epidemiológica. **Nota técnica nº12/2014**. Utilização dos testes rápidos de hiv, sífilis e hepatites b e c. Santa Catarina, 2014.

SANTOS, E. I. *et al.* Representaciones sociales de enfermería desarrollada por profesionales de salud no enfermeros. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 02, p. 146-156, 2016.

SARAIVA, L. S. **Formação de profissionais de saúde para a qualificação no aconselhamento na realização dos testes rápido na atenção primária**. 2017. 18 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização sobre Gestão da Política de DST, Aids, Hepatites Virais e Tuberculose) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Carazinho, 2017.

SCANAVINO, M. T. **Comportamento sexual de sujeitos com Aids referida**: um estudo baseado numa amostra da população brasileira. 2007. 200 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, G. A.; OLIVEIRA, C. M. G. O registro das doenças de notificação compulsória: a participação dos profissionais da saúde e da comunidade. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 4, n. 3, jul./set. 2014.

SILVA, J. M. B. *et al.* O cuidado da equipe multiprofissional ao portador de HIV/Aids. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2011.

SILVA, N. E. K.; AYRES, J. R. C. M. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 08, p. 1797-1806, 2009.

SILVA, R. A. R. *et al.* Questionário para avaliação das ações de controle do HIV/Aids na Atenção Básica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 271-279, 2017.

SILVA, O.; TAVARES, L. H. L.; PAZ, L. C. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-hiv diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 83, p. 58-62, 2011.

SILVA, T. D.; CRIVES, M. N. S. **Doenças sexualmente transmissíveis: quebrando tabus e ressignificando a importância da prevenção na unidade básica de saúde**. 2017. 13 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Política de DST, Aids, Hepatites Virais e Tuberculose – Educação a Distância) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

SOARES, P. S.; BRANDÃO, E. R. Não retorno de usuários a um Centro de Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos. **Physis**, v. 23, n. 03, p. 703-721, 2013.

SOUZA, E. C. P.; ARAUJO, T. C. C. F. Percepção sobre Formação em Residência na Área da Saúde: Necessidades, Expectativas e Desafios. Rio de Janeiro. **Revista SBPH**, v. 21, n. 1, p. 36-55, 2018.

STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. **Gaceta Sanitaria**, v. 26, n. 1, p. 20-26, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002. 725 p.

TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. O.; BORTOLOTTI, L. R. Percepção de pacientes com Aids diagnosticada na adolescência sobre o aconselhamento pré e pós-teste HIV realizado. Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, 2017. p. 23-30

WARD, H.; BELL, G. Partnernotification. **Medicine** (Abingdon), v. 42, n. 06, p. 314-317, 2014.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis**, v. 26, n. 3, p. 785-806, 2016.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 20, n. 4, p. 229-240, 2015.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado(as) como voluntário(as) a participar da pesquisa: **“AVALIAÇÃO DO CONTROLE DO HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO.”** e nós gostaríamos de entrevistá-lo.

Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Considerando ainda a necessidade da descentralização do cuidado do HIV e que esse movimento depende do conhecimento de como a APS está estruturada para desempenhar ações de prevenção e diagnóstico, evidencia a importância da coleta de informações, adquirida no estudo, para o planejamento das ações e serviços. A pesquisa tem como objetivo avaliar as ações de controle do HIV/Aids na APS através de seus profissionais de nível superior (enfermeiro, médico e dentista).

PROCEDIMENTOS:

O questionário enviado eletronicamente abordará as seguintes variáveis: CSC; sexo; idade; religião; estado civil; profissão; tempo de formação; tipo de vínculo; tempo de atuação na rede básica de saúde; acesso à materiais de apoio; histórico de treinamento/capacitação; realização de ações/atividades de educação; acesso e distribuição de teste rápidos e preservativos; atenção ao pré-natal e manejo HIV/Aids. As informações ofertadas serão consolidadas e analisadas por meio de frequência, utilizando o Excel (2007) e o Formulário Google.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO RISCOS E BENEFÍCIOS:

O questionário que será realizado é gratuito. Serão feitas várias perguntas e para não haver riscos do(a) sr(a) não se sentir a vontade como algum desconforto ou constrangimento ao responder o questionário, devido à incompreensão das perguntas, tais como timidez ou devido à leitura das questões e na exposição dos seus cuidados, pode me falar que nós respeitaremos sua opinião e lhe daremos informações das dúvidas e se necessário, encaminharemos a assistência psicológica.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Sua participação é voluntária e o(a) sr(a) pode interromper o questionário mesmo depois de ter concordado em participar. O(a) sr(a) tem liberdade para não responder a qualquer pergunta do questionário. Em caso de recusa ou interrupção do questionário, o(a) sr(a) não será exposto(a) a qualquer tipo de penalidade.

Rubrica da Pesquisador(a)
Pesquisador(a)
Responsável

Rubrica do(a) Participante

Rubrica do(a)

A sua participação será mantida em completo sigilo. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e serão usadas somente com fins estatísticos. As informações coletadas na entrevista serão identificadas apenas através do código, sem nenhuma identificação pessoal.

O sr(a) aceita participar dessa pesquisa? () Sim () Não

Agora, vamos precisar do seu consentimento para a entrevista:

O sr(a) consente fazer as entrevistas respondendo o questionário? () Sim () Não

A assinatura deste termo de consentimento indica que o (a) sr (a) compreendeu o que é esperado da pesquisa e que o (a) sr (a) aceita participar desta pesquisa em cada uma das etapas que o(a) sr(a) deu o seu consentimento. Assinatura do participante: _____

QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO EM CASO DE DÚVIDA

Caso o(a) sr(a) tenha qualquer dúvida sobre esta pesquisa, o sr(a) pode me perguntar ou entrar em contato com os pesquisadores *Carolina Freitas do Carmo Rodrigues* ou *Marta Maria Malheiros Alves* responsáveis a Coordenação da Pesquisa ou com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CEULP/ULBRA, [Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas/TO, Complexo Laboratorial, telefone (63) 3219-8076 de segunda a sexta no horário comercial (exceto feriados)], órgão responsável pelo esclarecimento de dúvidas relativas aos procedimentos éticos da pesquisa e pelo acolhimento de eventuais denúncias quanto à condução do estudo.

DECLARAÇÃO PESQUISADORA/RESPONSÁVEL

DECLARAMOS estar cientes de todos os detalhes inerentes a pesquisa e COMPROMETEMO-NOS a acompanhar todo o processo, presando pela ética tal qual expresso na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n.466/12 e, especialmente, pela integridade do sujeito da pesquisa.

Esse termo de consentimento foi elaborado em duas vias. Após a sua confirmação em participar, uma via permanecerá retida com a pesquisadora responsável e a outra com o(a) sr(a).

Palmas/TO ____ / ____ / ____.

Contato da Coordenação da Pesquisa:

Marta Maria Malheiros Alves

Tel: (63)3218-5246; (63)98111-8767

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1302 Sul, Lt 06, Palmas/TO CEP 77.024-650

E-mail: martammalheiros@yahoo.com.br

Carolina Freitas do Carmo Rodrigues

Tel: (63) 98404-9723 E-mail: carolina551@ig.com.

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro

Universitário Luterano de Palmas CEP/CEULP

Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas, 77.019-900

Telefone: (63) 3219-8076

E-mail: etica@ceulp.edu.br

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

Todos os campos são de preenchimento obrigatório. Não deixe nenhuma questão em branco. O uso a ferramenta de instrumentos eletrônicos FormSUS, visa assegurar sigilo e confidencialidade aos processos de coleta e publicação de informações, mantendo-se fiel aos pressupostos da Política Nacional de Informática e Informação na Saúde - PNIIS, conferindo rigor e sigilo no uso e divulgação das informações.

Nenhuma informação deste instrumento será repassada ou divulgada fora do contexto de atividades previstas pela pesquisadora

AVALIAÇÃO DO CONTROLE DO HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Centro de Saúde da Comunidade: _____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Religião: _____

Estado Civil: () Solteiro () União Estável () Casado
() Divorciado () Outro

Profissão: () Enfermeiro () Médico () Dentista

Tempo de Formação: _____

Vínculo: () Concurso () Contrato () Residente ()
)Programa PPT

Tempo de serviço na Rede de Atenção à Saúde de Palmas? _____

Responda **S** para SIM e **N** para NÃO:

1	Possui acesso a manuais e cadernos do Ministério da Saúde referentes ao manejo de Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST?
2	Participou de treinamento/capacitação sobre temas relacionados ao controle do HIV/Aids nos últimos cinco anos?
3	São realizadas, na área de abrangência da unidade de saúde, campanhas informativas e de sensibilização acerca dos comportamentos de risco para infecção por HIV?
4	Após a confirmação de gravidez por mulheres que procuraram os serviços de saúde, é realizada a consulta pré-natal o mais rápido possível?
5	A unidade possui um espaço físico adequado para a realização de atividades educativas?
6	O teste rápido ou sorológico é ofertado aos parceiros de pessoas diagnosticadas com HIV/Aids?
7	A entrega da camisinha (preservativo masculino) acontece fora do espaço físico da unidade de saúde?
8	As pessoas com diagnóstico positivo para HIV/Aids são acompanhadas pela unidade de saúde?
9	Possui conhecimento do conteúdo dos manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde a respeito das medidas utilizadas no controle do HIV/Aids na atenção primária à saúde?
10	São realizadas campanhas informativas e de sensibilização para prevenção por

	HIV/Aids nos equipamentos sociais sob a área de abrangência da unidade de saúde?
11	Quando o resultado do teste de gravidez é positivo, só solicitados os exames recomendados pelo Ministério da Saúde na primeira consulta?
12	A unidade disponibiliza de materiais didáticos para realização de ações educativas?
13	As pessoas com diagnóstico positivo para HIV/Aids só referenciadas pela unidade?
14	É realizada busca ativa aos parceiros (as) quando o diagnóstico do HIV/Aids foi positivo?
15	As gestantes identificadas com HIV/Aids que foram referenciadas a serviços de média e alta complexidade são acompanhadas pela unidade de saúde?
16	O teste rápido ou sorológico de HIV é solicitado a mulheres que apresentam queixas sugestivas de infecção ginecológica?
17	Pessoas sugestivas de infecção por HIV que procuram a unidade básica têm a oportunidade de realizar o teste diagnóstico na rede de saúde?
18	A unidade de saúde disponibiliza de material para realização dos testes rápidos para HIV/Aids?
19	Recebe/recebeu capacitação para realizar os testes rápidos para HIV/Aids?
20	É realizada educação em saúde acerca de hábitos de vida saudáveis nos equipamentos sociais sob área de abrangência da unidade?
21	Na entrega da camisinha (preservativo masculino) é realizada orientação para seu uso?
22	O resultado da 1º e 2º sorologia para HIV, solicitado no pré-natal, é entregue a gestante ainda durante a gravidez?
23	São realizadas ações educativas coletivas voltadas para a população relacionada à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST?
24	São realizadas ações educativas para informação e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST no espaço físico da unidade de saúde?
25	É realizada a notificação de Infecções Sexualmente Transmissíveis ?
26	A quantidade de camisinha (preservativos masculinos) que a unidade recebe por mês é suficiente para atender a demanda?
27	É realizada busca ativa às pessoas cujo diagnóstico do HIV foi positivo e não retornaram para receber o resultado?
28	Na primeira consulta de pré-natal é solicitada a sorologia para HIV/Aids?
29	As ações educativas acerca do HIV/Aids são desenvolvidas sem dificuldades/entraves?
30	O teste rápido ou sorológico para HIV é ofertado aos usuários desta unidade?
31	Realiza aconselhamento pré-teste e pós-teste rápido para HIV/Aids?

SUGESTÕES E COMENTÁRIOS

Utilize este espaço para registrar impressões sugestões ou quaisquer outras informações:

ANEXO B – PARECER CEP



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS
- ULBRA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO CONTROLE DO HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO

Pesquisadora: CAROLINA FREITAS DO CARMO RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94802718.0.0000.5516

Instituição Proponente: Centro Universitário Luterano de Palmas - ULBRA

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.825.702

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de abordagem quantitativa caracterizada por ser um estudo epidemiológico observacional de

campo com objetivos analíticos do tipo transversal. A pesquisa será realizada através de amostragem não

probabilística por conveniência dos profissionais de nível superior da Atenção Primária de Saúde (APS) no

município de Palmas, Tocantins, sendo eles os enfermeiros, médicos e dentistas, já que esses serão os que

mais possuirão contato com a pessoa que vive com o HIV (PVHA) no processo de descentralização do

cuidado. Os profissionais de nível superior da APS de Palmas, de acordo com a Superintendência de

Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUPAVS) são compostos por 100 enfermeiros, 99

médicos, e 79 dentistas. O período de coleta de dados dará entre os meses de junho a setembro de 2018,

através do envio de um questionário eletrônico construído no FormSUS, facilitando assim, a participação na

pesquisa. Serão incluídos os profissionais de nível superior (enfermeiros, médicos e dentistas), pois serão os

profissionais de ensino superior com maior contato com a PVHA com o processo de descentralização do

cuidado; e aqueles que possuem vínculo na APS há mais de 06 meses, permitindo o efetivo conhecimento

da rotina e fluxos instituídos na unidade.

O instrumento a ser utilizado na coleta de dados será baseado no questionário para avaliar o controle do HIV/Aids na APS sob a ótica dos profissionais de saúde, desenvolvido por Silva, Castro, Pereira e Oliveira (2017). Os dados obtidos serão analisados utilizando os programas Epi-Info versão 7.4 e software R versão 3.3, através de cálculos de frequência, correlação, média, mediana

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541

Bairro: Plano Diretor Sul

CEP: 77.019-900

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3219-8076

Fax: (63)3219-8005

E-mail: etica@ceulp.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS - ULBRA

Continuação do Parecer: 2.825.702

e desvio-padrão. A análise descritiva e estatística será realizada à luz da literatura pertinente.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa estão alinhados à metodologia, sendo eles:

"Objetivo Primário:

Avaliar as ações de controle do HIV/Aids na APS através de seus profissionais de nível superior.

Objetivo Secundário:

Descrever e analisar os serviços de saúde ofertados pela APS para o atendimento de PVHA;

Verificar a existência de treinamento para realização de testagem rápida, atividade educativa e manejo do HIV e sua implementação na APS;

Analisar as práticas realizadas na APS para a prevenção da transmissão do HIV."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios, assim como as medidas preventivas e corretivas foram adequadamente pontuados e estão em consonância com os preceitos éticos da resol. 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem ampla importância para a saúde pública e acadêmica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto - todos os campos foram preenchidos, datados e assinados, com identificação dos signatários. As informações prestadas são compatíveis com as do protocolo. A identificação das assinaturas contém, com clareza, o nome completo e a função de quem assinou, bem como está indicada por carimbo.

- Orçamento financeiro - detalha os recursos e destinação, apresentado em moeda nacional e explícita no projeto quem custeará a pesquisa.

- Cronograma - descreve a duração total e as diferentes etapas da pesquisa.

- TCLE: Elaborado em forma de convite, inclui informações quanto à justificativa, os objetivos e os procedimentos; explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa; esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa; garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; garantia de manutenção

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541

Bairro: Plano Diretor Sul

CEP: 77.019-900

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3219-8076

Fax: (63)3219-8005

E-mail: etica@ceulp.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS - ULBRA

Continuação do Parecer: 2.825.702

do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa; garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Refere ser elaborado em duas vias, garantiu espaços em todas as páginas para colher assinaturas do convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, bem como do pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), com identificação do endereço e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local. Cumpriu as exigências éticas expressas na CNS nº 466/12.

- Declaração de Compromisso do Pesquisador Responsável - devidamente assinada e declarando que prezar pela ética instituída pela CNS nº 466/12 e suas complementares, entre elas destaca a Norma Operacional da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP nº 001/13.
- Documento da Instituição Campo Autorizando o Estudo – emitido pela FESP.
- Projeto de pesquisa - anexado de forma correta.
- Instrumentos de coleta – construídos em conformidade com os objetivos da pesquisa.
- Os currículos das pesquisadoras atendem as exigências para esta pesquisa.

Recomendações:

- Conforme item XI (DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL) na Resolução CONEP 466/12, destacamos apenas como lembrete:

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e/ou finais;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente trabalho não apresenta óbices éticos estando apto a ser iniciado.

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541

Bairro: Plano Diretor Sul

CEP: 77.019-900

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3219-8076

Fax: (63)3219-8005

E-mail: etica@ceulp.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS - ULBRA

Continuação do Parecer: 2.825.702

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1130331.pdf	31/07/2018 12:09:13		Aceito
Parecer Anterior	PARECER_INSTITUICAO.pdf	12/06/2018 12:33:03	CAROLINA FREITAS DO CARMO RODRIGUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL.pdf	12/06/2018 12:31:11	CAROLINA FREITAS DO CARMO RODRIGUES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	30/05/2018 08:41:10	CAROLINA FREITAS DO CARMO RODRIGUES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/05/2018 08:39:38	CAROLINA FREITAS DO CARMO RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/05/2018 08:37:59	CAROLINA FREITAS DO CARMO RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	AVALIACAO_DO_CONTROLE_DO_HIV_AIDS_NA_ATENCAO_PRIMARIA_NO_MUNICIPIO_DE_PALMAS_TO.pdf	30/05/2018 08:33:40	CAROLINA FREITAS DO CARMO RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rostro_Carolina_Freitas_do_Carmo_Rodrigues.pdf	30/05/2018 08:27:51	CAROLINA FREITAS DO CARMO RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 16 de Agosto de 2018

Assinado por:

Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma

(Coordenador)

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541

Bairro: Plano Diretor Sul

CEP: 77.019-900

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3219-8076

Fax: (63)3219-8005

E-mail: etica@ceulp.edu.br