



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ATENÇÃO EM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DA REDE DE RIO
CLARO**

CACILDA PEIXOTO

**SÃO CARLOS
2020**

CACILDA PEIXOTO

**ATENÇÃO EM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DA REDE DE RIO
CLARO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Gestão da Clínica.

Linha de pesquisa: Gestão do Cuidado, Trabalho e Educação na Saúde, com enfoque na Gestão do Trabalho em Saúde.

Orientadora: Profª Dra Renata Bellenzani

Co-orientadora: Profª Dra. Luciana Nogueira Fioroni

SÃO CARLOS

2020

O sonho é que leva a gente para a frente. Se a gente for seguir a razão, fica aquietado, acomodado.

(Ariano Suassuna)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e por Seu imenso amor, que, com certeza, esteve e está comigo, em todos os momentos e em todos os caminhos;

Aos meus queridos pais Antonio e Mercedes, que deixaram em mim um legado de força, honestidade e esperança;

À minha família, em especial as irmãs Antônia e Maria, pelo apoio em todo esse processo e pela paciência com minha “chatice” e estresse;

Aos meus amigos e alunos, que torceram por mim e me incentivaram a seguir adiante, com muitas demonstrações de carinho;

À minha querida Natália Sevilha Stofel, pelas dicas, incentivo e força;

Ao meu companheiro Fábio, que, com muito carinho, esteve ao meu lado em todos os momentos;

Aos companheiros de Mestrado que proporcionaram momentos especiais de trocas de conhecimento, em especial Eucinete, Luiz, Antonio e Anderson, também pelas caronas e pelo vínculo de amizade que vai permanecer para sempre;

A toda equipe de professores e funcionários do Mestrado em Gestão da Clínica da UFSCar, pelos ensinamentos e colaboração para que este projeto fosse realizado: Vanessa, Dr.^a Adriana, Dr.^a Alana, Dr.^a Aline, Dr. Edson, Dr.^a Heloisa, Dr. Jair, Dr.^a Larissa, Dr.^a Monica, Dr. Roberto, Dr.^a Sheyla, Dr.^a Tais, Dr.^a Valeria e Dr. Wagner.

Às professoras Dr.^a Sueli Sampaio e Dr.^a Luciana Fioroni, que marcaram minha trajetória com ensinamentos e me apoiaram nos momentos difíceis e de incerteza, com palavras encorajadoras de esperanças;

Aos professores Dr. Geovane Acioli e Dr. Bernardino Souto, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação;

Ao Professor Dr. Elton Gean Araújo, pela competência e carinho com que auxiliou na elaboração da estatística descritiva do trabalho;

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Renata Bellenzani, tão importante nesta conquista, pela crença em meu trabalho, aceitando o desafio da realização

desta pesquisa, apesar de minhas limitações, pela compreensão, conforto, incentivo e orientação segura;

A toda Rede de Atenção Básica de Rio Claro: Secretária Clelia, coordenadoras Rafaela, Roseni e Bruno e todas as enfermeiras, pelo respeito e consideração com que me receberam e aceitaram fazer parte desta pesquisa;

AGRADEÇO

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) corresponde à manifestação clínica da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Apesar dos avanços na luta contra a epidemia de HIV/aids, ela se mantém como um problema em saúde pública, com dados significativos de morbimortalidade e obstáculos que precisam ser superados. Diante do cenário mundial, que aponta elevados índices de contaminação pelo HIV, e da necessidade de oferta de ações que visem diminuir a disseminação da doença, a partir de 2003, o processo de descentralização da testagem e aconselhamento para o HIV na atenção básica intensificou-se, possibilitando maior cobertura e acessibilidade, sendo que, até o momento, essa ação estava centralizada nos serviços de atendimento especializado. Nesse contexto, o estudo teve como objetivo avaliar a assistência em HIV/aids na atenção básica, sob a opinião avaliativa dos profissionais enfermeiros. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, da qual participaram 22 enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família da cidade de Rio Claro/SP. Os dados, coletados por meio de questionário, entre outubro de 2019 e janeiro de 2020, foram analisados através do cálculo do Ranking Médio (RM), o Coeficiente alfa de Cronbach e estatística descritiva, com os programas SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) e STATA (Statistical Software). Os resultados mostraram fragilidade de desempenho das unidades com relação aos domínios: Educação em Saúde, Educação Permanente em Saúde e Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis. As unidades realizam um trabalho bastante satisfatório com relação a oferta do teste rápido, disposição de insumos de proteção (preservativos), prevenção da transmissão vertical do HIV e diagnóstico precoce, valorizando a capacidade da Atenção Básica nas ações que podem enfraquecer a disseminação da infecção pelo vírus. O melhor desempenho foi expresso nas ações mais normatizadas, com tendência à padronização e de caráter mais técnico, comparadas às ações de natureza mais processual, comunicacional e que exigem singularização das abordagens, com foco em especificidades e necessidades. Faz-se necessário avançar no cuidado integral e na prevenção que integre os domínios técnicos protocolares com os domínios psicossocial e educacional em saúde, sobretudo a abordagem das vivências da sexualidade, diversa e plural, a mitigação do estigma da aids e das iniquidades sociais e de saúde. A efetivação de novos arranjos estruturais, tecnológicos e processuais, bem como de interações entre gestores, profissionais de saúde e usuários, deve focar a superação das dificuldades e a implementação de práticas humanizadas e resolutivas no controle da epidemia do HIV/aids nesse nível de atenção.

Palavras chave: HIV, Atenção Básica, Descentralização, Enfermagem.

ABSTRACT

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) corresponds to the clinical manifestation of infection by the Human Immunodeficiency Virus (HIV). Despite advances in the fight against the HIV / AIDS epidemic, it remains a public health problem, with significant data on morbidity and mortality and obstacles that need to be overcome. In view of the global scenario that points to high levels of HIV contamination and the need to offer actions aimed at reducing the spread of the disease, starting in 2003, the process of decentralizing HIV testing and counseling in primary care has intensified, allowing greater coverage and accessibility, and so far this action has been centralized in specialized care services. In this context, the study aimed to evaluate HIV / AIDS care in primary care, under the evaluative opinion of professional nurses. This is a research with a quantitative approach. The participants were 22 nurses who work in the Basic Health Units and Family Health Strategy in the city of Rio Claro / SP. Data were collected through a questionnaire from October 2019 to January 2020 and analyzed by calculating the Average Ranking (RM), Cronbach's alpha coefficient and descriptive statistics through the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programs and STATA (Statistical Software). The results showed a weakness in the performance of the units in relation to the domains: Health Education, Permanent Education in Health and Prevention of Sexually Transmitted Infections. It was observed that the units perform a very satisfactory work in relation to actions such as: the provision of rapid testing, provision of protective supplies (condoms), prevention of vertical HIV transmission and early diagnosis, thus valuing the ability of AB in actions that can weaken the spread of the virus infection. It is signaled that the best performances were expressed in those more standardized actions, with a tendency to standardization and of a more technical character, when compared to actions of a more procedural, communicational nature and that require singularization of approaches focusing on specificities and needs. Thus, it is necessary to advance in comprehensive care and, in particular, in prevention that integrates the technical protocol domains with the psychosocial and educational domains in health, with regard, above all, to the approach to the experiences of sexuality, diverse and plural, to the mitigation of stigma of AIDS and social and health inequities. We emphasize, therefore, that the implementation of new structural, technological and procedural arrangements, as well as the interactions between managers, health professionals and users, should focus on overcoming difficulties and implementing humanized and resolute practices in the control of the HIV epidemic / AIDS at this level of care.

Keywords: HIV, Primary Care, Decentralization, Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1. Teste estatístico de Kruska-Wallis..... | 48 |
| Figura 2. Dendrograma dos itens avaliados neste trabalho..... | 57 |
| Figura 3. Esquema da Arvore de Problemas | 70 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Cálculo das médias e das variâncias | 46 |
| Tabela 2. Média, Desvio Padrão (DP) e Mediana do RM dos domínios do instrumento na entrevista com as enfermeiras na Atenção Básica. Rio Claro, São Paulo, Brasil, 2019. | 48 |
| Tabela 3. Características demográficas e de trabalho dos enfermeiros na Atenção Básica. Rio Claro, São Paulo, Brasil, 2019. | 49 |
| Tabela 4. Estatísticas Descritivas de Ordem para os Grupos formados na AC. | 58 |
| Tabela 5- Características comparativa das estatísticas aplicadas | 58 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Representação das respostas de acordo com as perguntas do domínio 1 | 50 |
| Gráfico 2. Valor da média do RM para cada pergunta segundo o domínio 1..... | 50 |
| Gráfico 3. Representação das respostas de acordo com as perguntas do domínio 2 | 51 |
| Gráfico 4. Valor da média do RM para cada pergunta segundo o domínio 2..... | 51 |
| Gráfico 5. Representação das respostas de acordo com as perguntas do domínio 3 | 52 |
| Gráfico 6. Valor da média do RM para cada pergunta segundo o domínio 3..... | 52 |
| Gráfico 7. Representação das respostas de acordo com as perguntas do domínio 4 | 53 |
| Gráfico 8. Valor da média do RM para cada pergunta segundo o domínio 4..... | 53 |
| Gráfico 9. Representação das respostas de acordo com as perguntas do domínio 5 | 54 |
| Gráfico 10. Valor da média do RM para cada pergunta segundo o domínio 5..... | 54 |
| Gráfico 11. Representação das respostas de acordo com as perguntas do domínio 6 | 55 |
| Gráfico 12. Valor da média do RM para cada pergunta segundo o domínio 6..... | 55 |
| Gráfico 13. Valor da média do RM para cada pergunta segundo o domínio | 56 |

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

AB - Atenção Básica de Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS - Atenção Primária de Saúde

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ONU - Organização das Nações Unidas

PNAB - Programa Nacional de Atenção Básica

PVHA - Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

RT - Responsável Técnico

RAS - Rede de Atenção a Saúde

SAE - Serviço de Atenção Especializada

SEPA - Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para IST/AIDS e Hepatites Virais

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 17 |
| 1.1 Justificativa | 23 |
| 1.2 Objeto de estudo | 24 |
| 1.3 Objetivos | 24 |
| 2 HIV/AIDS NO BRASIL POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO | 25 |
| 3 CONTEXTO DO TRABALHO EM ATENÇÃO BÁSICA | 29 |
| 4 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E O CONTROLE DO HIV/AIDS | 33 |
| 5 PERCURSO METODOLÓGICO | 38 |
| 5.1 Caracterização do estudo | 38 |
| 5.2 Local da pesquisa | 38 |
| 5.3 Participantes | 39 |
| 5.4 Coleta de dados e instrumento de coleta de dados | 40 |
| 5.5 Aspectos éticos | 42 |
| 5.6 Análise dos dados | 43 |
| 6 RESULTADOS: O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA ASSISTÊNCIA EM HIV/AIDS | 49 |
| 6.1 Caracterização sociodemográfica dos profissionais | 49 |
| 6.2 Análises estatísticas | 49 |
| 6.2.1 O desenho da rede básica municipal: ranking médio individual das questões por domínio | 50 |
| 6.2.2 Análise por cluster: três conjuntos de questões com níveis de desempenhos semelhantes | 57 |
| 7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 60 |
| 7.1 Potencialidades apresentadas pelas avaliações das enfermeiras na rede de atenção básica de Rio Claro, São Paulo, Brasil | 61 |
| 7.1.1 Avanços e Conquistas: Os melhores desempenhos estão no Diagnóstico Precoce, na Prevenção da Transmissão Vertical e na Testagem para HIV | 61 |
| 7.2 Fragilidades apresentadas pelas avaliações das enfermeiras na rede de atenção básica de rio claro, são paulo, brasil | 65 |
| 7.2.1 A Fragilidade na Educação Permanente dos profissionais de enfermagem “na linha de frente” da assistência em HIV/Aids na atenção básica | 65 |

| | |
|--|------------|
| 7.2.2 Abordar a sexualidade e a saúde sexual é difícil. Somente entregar ou disponibilizar o preservativo é suficiente para superar barreiras e avançar na prevenção?..... | 70 |
| 7.2.3 Educação em saúde para prevenção do HIV com a população: é preciso avançar, mas o que dificulta?..... | 73 |
| 7.2.4 A “missão” da Atenção Básica é a Prevenção, e como está a prevenção em saúde sexual voltada ao enfrentamento da Aids?..... | 77 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 81 |
| REFERÊNCIAS..... | 84 |
| APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CONTROLE DO HIV/AIDS NA ABS, VALIDADO. | 97 |
| APÊNDICE B- CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO-SP..... | 99 |
| APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE | 100 |

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) corresponde a manifestação clínica da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (PEREIRA *et al.*, 2014). Atualmente, existem dois tipos distintos identificados como agentes etiológicos da AIDS, o HIV-1 e o HIV-2, com as suas diferenciações (COSTA, 2012 apud HAHN *et al.*, 2000). No entanto, o vírus HIV-1 é o mais encontrado em todas as regiões do mundo, sendo responsável por mais de 99 % das infecções. O HIV-1 tem uma maior virulência¹ do que o HIV-2, decorrente de sua rápida capacidade de mutação no organismo e por atacar o sistema de defesa do corpo (SANE, 2014). O HIV é um retrovírus, classificado na subfamília dos Lentiviridae, o qual faz cópias de si mesmo, modificando o DNA das células, ele ataca o sistema imunológico, responsável por proteger o organismo de doenças, onde as células mais atingidas são os linfócitos T CD4+, ocasião em que o DNA atacado pelo vírus depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para disseminar a infecção (BRASIL, 2013).

Embora os dois tipos de vírus possam causar a aids, o HIV-2 é mais inofensivo e menos devastador do que o HIV-1, já que sua transmissão por via sexual e vertical é mais lenta, fato que pode estar associado a um período maior de latência, levando ao desenvolvimento tardio da doença (JACKSON, 2004).

Desde o seu surgimento no início da década de 1980, a infecção pelo HIV com possível adoecimento pela aids, mostra-se como um desafio global que está relacionado a aspectos epidemiológicos, psicosocioculturais, econômicos e clínicos, implicando na necessidade de implementação de políticas para o enfrentamento das barreiras sociais e estruturais para o diagnóstico e cuidados (DANTAS *et al.*, 2014).

No início da epidemia, a aids afetou, no Brasil, principalmente pessoas do sexo masculino e apresentou como principais vias de transmissão da infecção, as relações sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens; o compartilhamento de seringas e agulhas entre usuários de drogas injetáveis e as transfusões de sangue e hemoderivados. Em meados da década de 1990, os padrões de transmissão do HIV no país já haviam sofrido transformações importantes. Observou-se que a epidemia começava a atingir outros segmentos da

¹ Virulência: Capacidade que um vírus ou bactéria possui para se propagar dentro de um organismo, causando doenças. Disponível em <https://www.dicio.com.br/virulencia/> Acesso em 13/02/2020.

sociedade com menor escolaridade e piores condições socioeconômicas, além de se disseminar pelo interior (DOURADO *et al.*, 2006).

Atualmente constata-se uma transição do perfil epidemiológico brasileiro que resulta em significativas mudanças caracterizadas pela feminização, pauperização, heterossexualização e interiorização da epidemia, com significativas diferenças loco regionais (BRASIL, 2014).

Este fato tornou evidente que não apenas a estigmatização relacionada às práticas sexuais (homossexuais, prostitutas) ou estilos de vida (usuários de drogas), mas também as desigualdades determinadas por outras dimensões de relações de poder – relações de gênero, classe, etnia, geração – tornavam alguns grupos mais suscetíveis à infecção pelo HIV que outros (PARKER, 2002). Contudo, embora por muito tempo a possibilidade de se infectar com o vírus, tenha sido caracterizada pela condição do sujeito fazer parte de um grupo de risco e, estando por isso, mais susceptível à infecção pelo HIV, esse entendimento foi sendo superado por evidências de estudos e suas análises que, inclusive, questionam o paradigma do risco.

Na epidemiologia clássica o conceito de risco, segundo Ayres (2002), diz respeito às “[...] chances probabilísticas de susceptibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição aos agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico”. Desta forma, o conceito de “risco” em saúde, é um instrumento que identifica as probabilidades de exposição de determinados grupos à infecção. No caso da prevenção do HIV, a aplicação deste conceito, acabou gerando a criação dos chamados grupos de risco.

Diante do progresso dos estudos epidemiológicos e com o aumento dos casos de aids para além das populações identificadas como mais expostas ao risco da infecção pelo HIV (grupos de risco), emergiu a necessidade de uma reavaliação da relação entre risco e intervenções em saúde, avançando o foco da prevenção para além da suscetibilidade e exposição

Posteriormente, com a mudança do perfil epidemiológico e ampliação da incidência da doença entre os heterossexuais, teve início o uso do termo comportamento de risco, e, mais recentemente vulnerabilidade.

De acordo com Rua e Abramovay (2001, p. 40):

A importância da ideia de vulnerabilidade reside no reconhecimento de que a infecção pelo HIV não depende apenas da informação e da postura individual, mas de uma série de fatores estruturais que afetam os indivíduos, independentemente de sua vontade. Ao individual, associa-se o coletivo. Entre outros, a desigualdade de condições econômicas, políticas, culturais, jurídicas, afeta a suscetibilidade à infecção do HIV e ao desenvolvimento da aids. Nesse sentido, aumenta a responsabilidade coletiva no combate à epidemia (RUA; ABRAMOVAY, 2001, p. 40).

Essa alteração de referencial, do individual para o coletivo, admitiu modificar os processos de entendimento e práticas de respostas ao enfrentamento da epidemia. Assim, pontos relacionados às desigualdades e injustiças, que criaram as condições para disseminação da doença, passaram a fazer parte das reflexões e análises acerca da construção de estratégias potencialmente concretas (PARKER, 2000).

Ainda com relação à vulnerabilidade Mann, Tarantola e Netter (1993, p. 293) ressaltam que:

Uma vez determinada a força do ambiente social e do programa nacional de combate à AIDS, o último recurso para diminuir a vulnerabilidade é o indivíduo. Embora as pessoas sejam expostas a programas nacionais de combate à AIDS de qualidade semelhante e vivam em ambientes sociais semelhantes, as necessidades individuais de informação, educação, saúde, serviços sociais e apoio do ambiente social variam (MANN, TARANTOLA, NETTER, 1993, p. 293)

Destarte, a partir do momento em que o termo vulnerabilidade passou a ser usado como referência conceitual, as ações de combate e prevenção da aids começaram a estabelecer conhecimento efetivamente interdisciplinar e as intervenções passaram a ser dinâmicas e produtivas. Este fato é devido à ocorrência da percepção ampliada e reflexiva que o conceito alcança, pois ele abarca determinantes e aspectos que vão desde a biologia e o psiquismo individual, à estruturação de programas, passando por variáveis políticas, culturais e econômicas (AYRES et al., 2003; BASTOS, SZWARCOWALD, 2000).

Estudo realizado por Zambenedetti, Both (2013), aponta que apesar de a literatura destacar a adoção de novas estratégias, assentadas no conceito de vulnerabilidade, constata-se que a noção de grupos de risco continua presente nas práticas profissionais, influenciando determinadas estratégias afins.

Os desafios mostram que, apesar dos avanços na luta contra a epidemia de HIV/AIDS, a doença se mantém como um problema em saúde pública, com dados

significativos de morbimortalidade e obstáculos a ser superados (PADOIN *et al.*,2010).

Segundo dados das Organizações das Nações Unidas no Brasil (2014), nos últimos 30 anos a doença teve um efeito devastador em em famílias, comunidades e países, com a perda de 35 milhões de vida(ONUBR, 2014). Estatísticas globais referentes ao ano de 2019 mostram 37,9 milhões de pessoas em todo o mundo vivendo com HIV e que 74,9 milhões de pessoas infectadas, desde o início da epidemia, o que leva a grande preocupação mundial em tentar controlar a disseminação (BRASIL, 2019).

Para o Brasil, dados atualizados em junho de 2019, mostraram 966.058 casos de aids, com o país registrando, anualmente, uma média de 39 mil novos casos nos cinco anos anteriores.Entretanto, o número anual vem diminuindo desde 2013, quando se contavam 42.934 casos, contra os 37.161registrados em 2018 (BRASIL, 2019).

Diante do cenário mundial que aponta elevados índices de infecção pelo HIV e da necessidade de oferta de ações que visem diminuir a disseminação da doença, em acordo realizado na cidade de Genebra no ano de 2014, a Junta de Coordenação do Programa UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS) reiterou o compromisso de mitigar a epidemia de aids até 2030. Para que a doença deixe de ser uma ameaça à saúde pública, a Junta propôs um conjunto de objetivos, dentre eles a estratégia denominada “90-90-90” que consiste que:

- Até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS sejam diagnosticadas.
- Até 2020, 90% de todas as pessoas diagnosticadas com infecção pelo HIV recebam tratamento.
- Até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral tenham supressão viral, não mais podendo transmitir o vírus.

Quando os objetivos desta meta tríplice forem alcançados, pelo menos 73% de todas as pessoas que vivem com HIV no mundo todo terão supressão viral – um número duas a três vezes maior que as estimativas aproximadas de supressão viral da época. Cálculos matemáticos indicavam, há cinco anos, que o alcance dessas metas permitiria que o mundo colocasse fim à epidemia de aids até 2030, gerando benefícios para a saúde e para a economia. Além disso, a reunião reconheceu a necessidade de acelerar as ações e investimentos, com definição de metas que,

além de prevenir o HIV, também conseguissem reduzir o estigma e a discriminação entre as pessoas que buscam os serviços de saúde. Portanto, são fundamentais estratégias baseadas em princípios de direitos humanos, respeito mútuo e inclusão (UNAIDS, 2015).

As estratégias coercivas não somente violam os direitos humanos fundamentais, como também prejudicam as expectativas quanto ao fim da epidemia da AIDS. Como a experiência no mundo inteiro tem demonstrado repetida e conclusivamente, as estratégias coercivas afastam as pessoas dos serviços que precisam (UNAIDS, 2015, p. 2).

Algumas das estratégias para que se alcancem essas metas incluem descentralização do cuidado, participação dos serviços de atenção primária, eliminação dos comportamentos preconceituosos contra Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e a prevenção combinada (BRASIL, 2014).

Com o passar dos anos observa-se que o perfil da epidemia tem se modificado para uma forma crônica da doença, devido ao avanço tecnológico e científico sobre a patogenia da infecção pelo HIV, à mobilização política pela disponibilização de medicações antirretrovirais que se tornaram mais eficientes, e ao avanço na melhora da qualidade de vida das pessoas com HIV através de um manejo clínico mais qualificado das doenças oportunistas, evitando o número de internações (FERREIRA, 2003 apud SILVA et al., 2010). Verifica-se então, que o cuidado em HIV/AIDS exige um olhar diferenciado para a questão, promovendo uma abordagem e um cuidado mais integral, uma vez que a assistência à pessoa vivendo com HIV/AIDS se configura em um espaço de diferentes níveis de complexidade. Contudo, muitos profissionais ainda supervalorizam os saberes biomédicos, fragmentam o processo de integralidade e desperdiçam as oportunidades de inovar ou empreender novas formas de cuidar (COLAÇO *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, voltado à importância dessa nova conjuntura, lançou um manual para implementação do manejo da infecção pelo HIV na AB (Atenção Básica) e tem promovido a divulgação de práticas exitosas de manejo da doença no nível primário (BRASIL, 2014b). Dessa forma, o processo de descentralização se torna uma necessidade para a realização do diagnóstico e do acompanhamento das pessoas vivendo com HIV e aids, sendo que até o momento esta ação estava centralizada nos serviços de atendimento especializado (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2015). A ampliação da rede de atendimento com o processo de descentralização, tem a capacidade de melhorar a adesão com um cuidado

ampliado e integral centrado na pessoa.

É importante ressaltar que a construção e a implantação de políticas públicas são processos sociopolíticos nos quais existem fragilidades que podem comprometer esse processo. Segundo Zambenedetti e Silva (2016):

Compreendemos que a implantação de uma nova política não ocorre mecanicamente, mas mobilizam desejos, recursos e significados entre os participantes do processo, os quais podem tanto facilitar quanto dificultar a sua implementação (ZAMBENEDETTI, SILVA, 2016, p. 3).

No que se refere às ações de diagnóstico, nota-se o aumento da oferta para diagnóstico do HIV/AIDS na rede SUS, em especial, a partir da implementação dos testes rápidos. Espera-se que com a disponibilidade do teste rápido nas redes básicas de saúde, exista uma facilidade para o diagnóstico precoce do HIV/AIDS (MARQUES, 2002). No entanto com relação ao vínculo do sujeito ao serviço, foi constatado que existe um receio na procura por serviços próximos aos seus locais de residência, pelo medo de serem identificadas ou de depararem com pessoas conhecidas. Muitos optam por um acompanhamento em um Centro Especializado, distantes do local onde residem por receio quanto à capacidade das equipes garantirem o sigilo diagnóstico (ZAMBENEDETTI; BOTH, 2013).

Para a realização do teste rápido para HIV e sífilis os profissionais de saúde devem ser capacitados por treinamentos presenciais ou por meio de cursos de ensino à distância, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de IST, AIDS e Hepatites virais (BRASIL, 2013b).

Neste cenário destaca-se o papel do profissional de enfermagem capacitado para realização do teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites conforme parecer do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN, 2012):

O Enfermeiro pode receber o treinamento, bem como realizar os testes rápidos para HIV, hepatites B e C e sífilis. Pode ainda preencher o formulário específico do protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde, informando o resultado dos testes, a partir dos quais deverá fazer os devidos encaminhamentos, conforme preconizado, bem como o aconselhamento (COREN, 2012, p.5).

Com relação ao teste diagnóstico para HIV/AIDS, ele se configura como uma ação para a prevenção, uma vez que quanto antes se diagnostica uma pessoa com o vírus, mais cedo se inicia o tratamento, o controle da infecção e a interrupção da cadeia de transmissão (BRASIL, 2008).

A enfermagem acompanha todas as fases da epidemia de HIV/Aids, uma vez que é uma das profissões que mais realizam atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde através do cuidado prestado a todos os indivíduos (FORMOZO, OLIVEIRA, 2010).

Neste contexto que envolve os usuários com HIV/AIDS, o papel do enfermeiro é de grande importância, pois ele pode participar ativamente na vida desses usuários, auxiliando na melhora de sua qualidade de vida e proporcionando um cuidado humanizado (MACÊDO, SENA, MIRANDA, 2011). É de importância fundamental que esses profissionais sejam sempre capacitados, para que se possa alcançar atendimento de qualidade, integral e humanizado (SILVA et al, 2011).

As novas propostas assistenciais a nível da AB, buscam, portanto, oferecer atendimento de Saúde Pública eficiente e eficaz, pautado pela ética e pelo compromisso com a promoção da saúde e da cidadania, em consonância com os princípios do SUS. Para tanto, é necessário que se conheça a realidade de trabalho e a comunidade à qual o trabalho é destinado, para implementação, se necessários, de estratégias e programas capazes de corrigir falhas e contribuir para melhoria das condições de trabalho e do atendimento à população.

Para planejar e direcionar as ações de saúde é necessário conhecer a realidade, a dinâmica e os riscos que a população/comunidade está inserida e a forma como estão organizados os serviços e as rotinas das unidades que compõem a AB.

1.1 Justificativa

Justifica-se a pesquisa pela relevância em avaliar a atenção dada ao controle do HIV/AIDS pelos profissionais de saúde na AB, com a finalidade de fortalecer esse nível de atenção no controle da epidemia. Diagnósticos situacionais subsidiam as reflexões de profissionais e gestores acerca da atenção oferecida e do aprimoramento de ações e estratégias em torno de novas metas.

De acordo com Bauli; Matsuda (2009; p. 2) “O diagnóstico organizacional/situacional é o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos na organização”. Esses dados são procedentes da participação efetiva das pessoas que atuam no local de estudo e o diagnóstico pode ser considerado como uma das mais importantes ferramentas de gestão. Com ele,

podemos analisar as condições de saúde e risco de uma determinada população, para posteriormente planejar e programar ações.

Com o diagnóstico situacional pode-se descrever como o programa está sendo operacionalizado, tencionando as fragilidades e as potencialidades, para que se possa estabelecer, caso mostre-se necessária, uma reestruturação na organização da assistência, articulando importantes estratégias em direção à mudança.

Além disso, os resultados da pesquisa podem fomentar processos de formação, que orientem uma melhor atuação dos profissionais da rede básica, ou seja, ao demonstrar os indicadores que apresentam desempenhos aquém dos esperados, orientam a busca de soluções e mudanças, assim como a expansão das boas práticas, cujos indicadores mostraram desempenhos superiores.

1.2 Objeto de estudo

Considerando o panorama apresentado, e destacando-se, particularmente, o recente processo de descentralização do cuidado às pessoas com HIV/AIDS para o âmbito da AB no Brasil – tema ainda escasso na literatura científica – este estudo teve como objetivo de investigação avaliar como é feita a operacionalização da atenção à saúde ao nível da rede básica para exercer o controle da epidemia do HIV/AIDS na cidade de Rio Claro-SP.

1.3 Objetivos

- Avaliar a atenção ao HIV/AIDS na atenção Básica sob a ótica dos profissionais enfermeiros
- Identificar de acordo com o questionário utilizado, quais componentes assistenciais expressam maior fragilidade, assim como os de maior potencialidade, conforme os desempenhos obtidos.

2 HIV/AIDS NO BRASIL POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO

Com o surgimento dos primeiros casos de HIV/AIDS no Brasil, verificou-se a necessidade de serem criadas políticas públicas direcionadas para essa epidemia, que causava grande preocupação social (SILVA; SANCHES, 2004).

Diante do desafio de prevenir e controlar essa epidemia, ações conjuntas de autoridades governamentais e sociedade civil buscavam maneiras de ampliar o conhecimento e a utilização de tecnologias que pudessem melhorar a qualidade de vida, investindo nas medidas de prevenção e de atenção aos indivíduos portadores do vírus (UNAIDS, 2010).

O Programa Nacional de AIDS foi criado junto ao Ministério da Saúde, em 1986, acompanhando o movimento de redemocratização do país e da reforma sanitária. O programa instituiu normas e diretrizes para o enfrentamento da epidemia da doença, e em 1988 o Ministério da Saúde realizou o primeiro treinamento para aconselhamento em HIV/AIDS, que teve como finalidade a capacitação dos profissionais para lidar com essa nova doença, uma vez que o seu surgimento representava uma grande mudança na área da saúde (SILVA; SANCHES, 2004).

A Política Nacional de DST/AIDS foi instituída em 1999 e tinha como meta a redução da incidência da AIDS nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade; além de garantir os direitos e uma melhor qualidade de vida para as pessoas portadoras do HIV/AIDS no país (SOUZA *et al*, 2010). Eram previstas ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde e garantia dos direitos essenciais aos portadores da doença, com a participação das três esferas do governo: federação, estados e municípios na implementação das ações (SOUZA *et al*, 2012). Assim, as ações governamentais relacionadas ao HIV/AIDS, no Brasil aconteceram por meio de mobilizações políticas e sociais no campo sanitário, que culminam com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e com as propostas de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 (PAIM, 2008). Com a formulação do SUS, estabeleceu-se a maior política de inclusão social da história de nosso país, rompendo com paradigmas injustos e fazendo da saúde um direito de todos e um dever do Estado (MENDES, 2013).

A resposta nacional à epidemia de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e aids é marcada pela ampliação do acesso à saúde como direito de todos. Nesse contexto, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, aids e

Hepatites Virais estimulou, a partir da década de 90, a estruturação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), oferecendo a testagem gratuita, confidencial e anônima, partindo da educação em saúde e do aconselhamento como abordagens de redução de risco e vulnerabilidade. Desde então, mais de 400 CTAs foram implantados em todo território nacional, de forma a ampliar o acesso da população brasileira à testagem, prioritariamente os segmentos populacionais mais vulneráveis.

No ano de 1988, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu o dia 1º de dezembro como dia internacional de luta contra a Aids, no intuito de criar uma estratégia de mobilização, conscientização e prevenção em escala global. Essa data também passou a ser observada no Brasil, propiciando uma ocasião para divulgar informações sobre a aids e realizar campanhas educativas junto a população (MARQUES, 2002; BRASIL, 2006a).

Devido a demanda cada vez mais crescente por assistência, a rede ambulatorial de assistência aos portadores do HIV/AIDS teve um crescimento progressivo. Desta forma, o Ministério da Saúde instituiu os Serviços de Assistência Especializada (SAE) para desempenho da função de diagnóstico e acompanhamento longitudinal de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). Além disso, articulou outros serviços da rede para acolher as diferentes demandas, de acordo com a necessidade (SÃO PAULO, 2018).

A política de distribuição de medicamentos do Programa Nacional de DST/aids (PN-DST/aids), foi aprovada pela lei federal nº 9.313/96, que regulamenta a distribuição gratuita de medicamentos aos indivíduos vivendo com HIV e/ou aids. Essa política caracterizou o advento do uso da Terapia de Antirretroviral (TARV), que resultou na diminuição acentuada da incidência da doença e da mortalidade por aids. Essa informação é ratificada por Ramos (2014, p. 5) onde afirmou que o uso da terapia medicamentosa contribuiu para a diminuição da mortalidade pelo vírus, trazendo o aumento relativamente considerável da sobrevivência dos doentes. Com esses resultados e dentro dessa política aconteceu uma mudança no paradigma do cuidado, prestado com a implementação a partir de 1996, na rede pública de saúde, onde a terapia antirretroviral proporcionou maior longevidade e qualidade de vida àqueles acometidos pela infecção, contribuindo para o desenvolvimento do aspecto crônico adquirido pela doença no cenário atual (SOUTO, 2003; BARBOZA, 2006; COUTO, 2009).

O teste diagnóstico para HIV/AIDS, configura-se como uma ação para a

prevenção, uma vez que, quanto antes se diagnostica uma pessoa com o vírus, mais cedo se inicia o tratamento, o controle da infecção e a interrupção da cadeia de transmissão (BRASIL, 2008).

Para a realização do diagnóstico de HIV estão disponíveis os testes laboratoriais conhecidos como ELISA (do inglês Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), classificados em: testes de primeira, segunda, terceira e quarta geração, além dos testes rápidos. Um usuário do SUS, para ser diagnosticado com HIV positivo, precisa ter realizado dois exames com resultado anti-HIV positivo, com o segundo teste utilizado diferente do primeiro (BRASIL, 2015).

A partir de 2003, o processo de descentralização para a atenção básica da testagem e aconselhamento para o HIV foi intensificada, possibilitando maior cobertura e acessibilidade (BRASIL, 2008a). A oferta do teste rápido pelo SUS é estabelecida pela Portaria n.º 151, de 14 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009), dando uma nova forma para diagnóstico do HIV, visto que reduz o tempo necessário para o resultado a aproximadamente 30 minutos, em contraposição ao período de 15 dias exigido pelo método tradicional.

A Atenção Básica é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, é bastante pertinente o acompanhamento da saúde da população adstrita, inclusive com o acompanhamento, prevenção e controle da infecção por HIV e aids de forma integral e resolutiva (BRASIL, 2013a).

Durante muito tempo as ações de cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids estiveram concentradas em unidades de atendimento especializado. Com isso, a configuração da atenção à saúde centralizada para atenção básica é recente, e é preciso tempo para sua consolidação. São necessários esforços constantes para que se alcance a ruptura de velhos paradigmas e aconteça uma reestruturação das atividades nos serviços de saúde, com a redefinição das relações sociais e técnicas sob as quais se realizam o processo de trabalho (MITRE; ANDRADE; COSTA, 2012).

Portanto, na saúde pública, a gestão compartilhada entre a rede primária - Atenção Básica de Saúde (ABS) - e a rede secundária - Serviço de Assistência Especializada (SAE) -, tornou-se o caminho mais efetivo para atenção em HIV/AIDS no Brasil. O departamento de IST, Aids e Hepatites Virais acredita que, para aumentar o acesso tanto ao tratamento como ao diagnóstico, o caminho é a rede básica de saúde (BRASIL, 2014b).

O sucesso e efetividade na implementação e integração das ações de prevenção e assistência em DST/AIDS na rede de atenção básica estão sujeitos à continuidade dos processos de apoio e qualificação das equipes de gestão, assim como dos trabalhadores, para a construção de uma atenção integral (PAULA; GUIBU,2007).

Ainda que, num primeiro momento, a proposta de implantar as ações de prevenção e cuidados para o HIV/AIDS na atenção básica possa parecer, aos trabalhadores da rede básica, uma sobrecarga de trabalho, essa proposição pode significar uma importante oportunidade para a própria atenção básica estar se reestruturando em outras bases. Pensar em uma estruturação para além das ações programáticas, a partir da ótica das pessoas que utilizam os serviços da rede básica, buscam alívio para suas dores e aflições e expressam suas necessidades e desejos, e não podem aceitar as delimitações dos saberes estruturados que inventamos para quadricular o campo social e técnico da saúde.

3 CONTEXTO DO TRABALHO EM ATENÇÃO BÁSICA

De acordo com princípios regulamentados e apoiados pela Reforma Sanitária, o Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu a denominação Atenção Básica à Saúde (ABS) para reorganizar o modelo assistencial, na perspectiva de desenvolver um sistema universal e integrado de atenção à saúde. A Atenção Básica à Saúde (ABS) ou Atenção Primária à Saúde (APS) “é entendida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que englobam promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (BRASIL, 2017). Tais ações devem ser realizadas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, por equipe multiprofissional e dirigidas à população de um território definido, sobre as quais assume responsabilidade sanitária.

A Atenção Básica tem seu trabalho desenvolvido com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, estando bem próxima da realidade de vida das pessoas. Ela deve funcionar como o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Norteia-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação popular. A atenção básica deve levar em conta toda a singularidade do sujeito, assim como sua inserção sociocultural, buscando desta forma realizar uma atenção integral (BRASIL, 2012).

Com a Portaria n.º 648/GM, de 28 de março de 2006, aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Quando revogada, estabeleceu-se outra, a Portaria n.º 2488/GM, de 21 de outubro de 2011, revisando normas e diretrizes para organização da atenção básica no Brasil, incluindo a Estratégia Saúde da Família (ESF) e contemplando a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011). Em 2017, com a revogação também dessa portaria, foi instituída a de n.º 2.436, de 21 de setembro, visando a revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde

– SUS. Essa Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a Saúde da Família é definida como:

É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017; p.10).

A Estratégia Saúde da Família, necessariamente, é formada por uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família), composta por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta formação, integrando a equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL 2006; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O trabalho desenvolvido por uma equipe multiprofissional possibilita um alto nível de articulação de saberes entre os profissionais, de forma que cada campo de competência profissional qualifica as ações do processo de cuidado, expandindo as possibilidades de práticas resolutivas (BRASIL, 2014). Com esse arranjo da ESF sugere-se a transformação de um paradigma centrado na doença em um processo de acolhimento, onde o objetivo central do cuidado esteja focado na integralidade do sujeito.

Ainda para potencializar os processos de referência e contra referência e aprimorar a resolubilidade das equipes de saúde da atenção básica, o Ministério da Saúde aprovou, em 2008, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em 2017, pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Os Nasf-AB tem, em sua conformação, equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, entre elas a psicologia e o serviço social, que procuram compartilhar conhecimentos e práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das equipes.

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB): a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas; b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e

necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território (BRASIL, 2017;p.12).

Existe, portanto, para cada equipe em cada território, a necessidade de se compartilharem os saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede, assim como a realização de educação permanente e gestão de grupos.

De acordo com o Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), consideram-se como Unidade Básica de Saúde (UBS), todas as unidades de saúde que prestam ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017). A Atenção Básica à Saúde é desenvolvida principalmente por:

- Equipes Saúde da Família (ESF): é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade;
- Equipe da Atenção Básica (eAB);
- Equipe de Saúde Bucal;
- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB): Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB);
- Equipes dos Consultórios na Rua: equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regimentos descritos em portaria específica;
- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2017, p.19).

Mendes (2013), reconhece em seu estudo que a expansão da APS com sua tradução na ESF mostra-se como uma das estratégias mais exitosas feita no sistema de saúde brasileiro ao longo de toda sua história. Afirma ainda:

Recentemente fiz uma revisão bibliográfica sobre a APS visitando centenas de publicações de muitos países, desenvolvidos e em desenvolvimento. As evidências são robustas em atestar que os sistemas de saúde com forte orientação para a APS comparados com outros com frágil orientação para a APS apresentam melhores resultados em termos de diminuição da mortalidade, redução dos custos da atenção, maior acesso a serviços preventivos, melhoria da equidade em saúde, redução das internações hospitalares e redução da atenção de urgência. Da mesma forma, um

exame da literatura produzida por acadêmicos, no exterior e no Brasil, mostrou que a opção feita pelo SUS para fortalecer a APS produziu os mesmos resultados. Mas, muito importante, vários estudos demonstraram que a operacionalização da APS por meio da ESF tem sido exitosa e superior aos modelos tradicionais de estruturação da APS. As evidências indicam que a ESF influiu positivamente no acesso e na utilização dos serviços e teve impacto na saúde dos brasileiros: reduziu a mortalidade infantil e a mortalidade de menores de cinco anos; teve impacto na morbidade; aumentou a satisfação das pessoas com a atenção recebida; teve uma nítida orientação para os mais pobres; melhorou o desempenho do SUS; influiu positivamente em outras políticas públicas como educação e trabalho; e contribuiu para incrementar o interesse internacional pela APS (MENDES, 2013;p.32;33).

Verifica-se, assim, que a concretização da Atenção Básica foi um marco fundamental no panorama brasileiro, como estratégia para monitoramento das populações mais vulneráveis e ampliação de atividades de prevenção e estímulo para um cuidado integral (BRASIL, 2011).

4 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E O CONTROLE DO HIV/AIDS

A AB constitui-se em um campo recente de inserção das ações de atenção em HIV/AIDS, uma vez que foi na década de 1990 que passou a ser vista como um importante equipamento, em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF). Antes disso, a rede de atenção em HIV-AIDS estava centralizada em hospitais, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Ambulatórios ou Serviços de Atenção Especializada (SAE).

Embora esses serviços especializados tenham importância fundamental, a institucionalização do SUS e a evolução da epidemia de aids redimensionaram as ações de atenção em HIV-AIDS, implantando-as também na atenção básica.

Um dos aspectos que justificaram essa inserção foi a constatação, em 1998, pelo Ministério da Saúde, de que o diagnóstico ocorria tardiamente no Brasil, ou seja, quando o sistema imunológico já se encontrava debilitado (BRASIL, 2008b).

A disponibilização de materiais informativos e educativos teve início nos anos 2000, onde foram publicados três manuais articulando atenção em HIV-AIDS e atenção básica (BRASIL 2006; BRASIL 2005; BRASIL, 2006). Estes manuais destacam a inserção do aconselhamento e o incentivo da oferta diagnóstica para o HIV (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005). Sugerem propostas de ações de prevenção às IST/ HIV/AIDS dentro das unidades de saúde (acolhimento, educação em saúde em sala de espera, disponibilização de insumos de prevenção e comunicação dos parceiros sexuais) e ações envolvendo a comunidade (mapeamento de grupos mais vulneráveis, encaminhamento para unidade de saúde ou outros serviços de referência, acesso à informação) (BRASIL,2005; BRASIL, 2006).

Em 2003 tiveram início as campanhas denominadas “Fique Sabendo!”, que buscavam dar acesso à ação de testagem e aconselhamento em grandes eventos, como o carnaval, as paradas LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) etc. (BRASIL, 2008).

A oferta do teste rápido foi estabelecida no SUS pela Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009, sendo, no entanto, restrita a situações ou condições especiais (BRASIL, 2009). Uma nova portaria a de nº 77, de 12 de janeiro de 2012, dispõe sobre a oferta dos testes rápidos para detecção de HIV e sífilis como uma atribuição da Atenção Básica, no âmbito da atenção pré-natal, podendo ser estendida para a população em geral. Em âmbito nacional, esta portaria é um marco na expansão da

realização do teste para HIV e outras IST na Atenção Básica (BRASIL, 2012).

O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde lançou em 2014 uma série de publicações chamada Caderno de Boas Práticas. A primeira edição foi sobre o Manejo do HIV na Atenção Básica. No caderno, há experiências exitosas das cidades de Fortaleza, Rio de Janeiro, Curitiba e Porto Alegre sobre a assistência a pacientes nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2014).

Uma publicação de 2015 pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo relacionada à Linha de Cuidados a IST/AIDS, lista as principais atividades relacionadas à atenção às IST, HIV e AIDS (SÃO PAULO, 2015):

- Ações de prevenção junto à comunidade e populações mais vulneráveis;
- Disponibilização de materiais informativos, educativos e insumos de prevenção;
- Testagem sorológica para HIV, sífilis, hepatites B e C para população em geral;
- Testagem rápida do HIV e da sífilis para gestantes no pré-natal, populações vulneráveis e portadores de tuberculose (TB);
- Referenciamento para os SAE as pessoas que tiveram resultado reagente ao teste HIV;
- Trabalho articulado entre os SAE e Consultórios na Rua para diagnóstico e tratamento do HIV da população vivendo em situação de rua. De acordo com protocolo específico, este trabalho abrangerá inicialmente 1300 pessoas nesta situação;
- Diagnóstico e tratamento das IST;
- Disponibilização e utilização da penicilina G Benzatina para tratamento de sífilis, inclusive materna e parcerias, e penicilina procaína para tratamento da sífilis congênita, quando indicada a sua utilização;
- Seguimento sorológico e controle de cura para todas as pessoas tratadas para sífilis, incluindo gestantes;
- Vacinação para Hepatite B, conforme orientação do Programa Nacional de Imunização;
- Acolhimento e encaminhamento de pessoas com HIV, aids e crianças expostas ao HIV materno para os serviços de referência;
- Realização de ações em saúde compartilhadas com a Rede Municipal Especializada em IST/Aids (RME) Serviço de Assistência Especializada (SAE) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para PVHA, especialmente as voltadas para a qualidade de vida, nutrição, saúde mental, saúde bucal, atendimento ginecológico, saúde sexual e reprodutiva, adesão ao tratamento e ao serviço, busca de faltosos, acompanhamento conjunto de comorbidades e tratamento supervisionado para TB, entre outras;
- Acompanhamento ambulatorial, laboratorial (incluindo seguimento liquorico para os casos de sífilis congênita com neurolues) e avaliações com especialistas (neurologia, oftalmologia e otorrinolaringologia) de todas as crianças com sífilis congênita e as expostas à sífilis materna até os dois anos de idade;
- Ações de vigilância epidemiológica, com notificação dos agravos compulsória;
- Facilitar a participação da Sociedade Civil Organizada (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2015, p.21).

Outra publicação, essa de 2014, foi o guia denominado “5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica – Guia para gestores”. Neste guia, as diretrizes do Ministério da Saúde orientam que as pessoas em acompanhamento nos serviços especializados possam também ser acompanhadas pelas unidades básicas, dentro de uma proposta de cuidado compartilhado Atenção Básica-Serviço de Atenção Especializado (BRASIL, 2014a).

Embora os órgãos de Estado apontem os benefícios da descentralização e inclusão da APS no cuidado do HIV/AIDS, há estudos que mencionam preocupação quanto à qualidade do atendimento na APS, devido a fatores relacionados ao conhecimento dos profissionais no manejo do HIV/AIDS, assim como a prestação de um atendimento de forma mais integral e abrangente (TRAN; NGUYEN, 2012).

No entanto, de acordo com Paula e Guibu (2007), historicamente as ações para o atendimento de pessoas portadoras de IST/AIDS foram caracterizadas por um desenho assistencial baseado na oferta de serviços especializados de acordo com uma lógica programática, centralizada e vertical.

Corroborando essa posição, a ideia de que tal lógica pode aprofundar uma tendência já sinalizada sobre as práticas de saúde na atualidade: a dificuldade dos profissionais em dialogar com a singularidade e subjetividade de cada usuário. Com isso, nota-se um progressivo distanciamento das histórias de vida, das emoções, dos sentimentos e das condições sociais das pessoas. Esses são fatores que podem significar possibilidades distintas tanto de adoecer como de manter a saúde. As abordagens têm a tendência de ficarem restritas aos procedimentos técnicos e as orientações caracterizam-se mais como normativas e prescritivas, resultando em perda da dimensão cuidadora (MERHY, 2002).

O que predomina na produção do trabalho em saúde é uma vasta utilização de tecnologias do tipo duras, leve-duras e pouca utilização das tecnologias leves, das tecnologias de relação ² (PAULA; GUIBU, 2007).

Merhy (2002) esclarece alguns aspectos da contradição entre produção de procedimentos e produção de cuidados ao destacar os conflitos existentes na

² Tecnologia dura, leve-dura e leve referem-se ao conceito formulado por Merhy et al (1997). Tecnologias duras são os instrumentos, equipamentos (aparelhos de medir pressão, seringas, agulhas, termômetros etc.) utilizados no processo de trabalho. Tecnologias leve-duras são os conhecimentos, saberes técnico-científicos como os da clínica, da epidemiologia, saúde pública. As tecnologias leves são as tecnologias de relações como a escuta, a construção de vínculo, o acolhimento, a responsabilização no processo de cuidar.

produção de atos de saúde, que existem na configuração de qualquer modelo assistencial.

Uma ação de saúde centrada na lógica da produção do procedimento é composta apenas pelos elementos que lhe são próprios, como, por exemplo, consultas, visitas domiciliares, aplicações de vacinas ou curativos, utilizando principalmente tecnologias duras e leve-duras. Já a ação de saúde centrada na lógica da produção do cuidado apresenta um trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que, além de realizar os procedimentos próprios do caso, como uma sutura, uma consulta ou um curativo, por exemplo, focam a atenção nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento (Matumoto, 2003), na autonomia do usuário para cuidar de si. Na produção do cuidado utilizam-se principalmente as tecnologias leves que produzem bens-relação.

Para isso, existe a necessidade de que a equipe de saúde exerça uma prática clínica que consiga perceber as diversas dimensões (biológicas, subjetivas e sociais) relacionadas à queixa trazida pela pessoa e, ao mesmo tempo, identifique possíveis riscos de adoecimento, utilizando uma clínica ampliada que incorpore aspectos de tratamento, cura, reabilitação e também de prevenção e promoção à saúde (PAULA, GUIBU, 2007).

Quando consideramos o cuidado como a essência do existir humano, que deve ser praticado pelos profissionais de saúde de forma ética e de acordo com as características específicas de cada indivíduo, independente do seu estado sorológico entende-se que existe a necessidade de modificações no seu processo. (LUZ, MIRANDA, 2010).

A partir da década de 1980 quando o HIV foi incluído no cenário do cuidado, e os profissionais não tinham a devida capacitação e desconheciam as peculiaridades da doença e as exigências do cuidado, a assistência sofria interferência dos preconceitos e julgamentos dos profissionais que tinham medo de se contaminar, o que ocasionava um cuidar técnico e impessoal (BARBARA, SACHETTI, CREPALDI, 2005; FORMOZO, OLIVEIRA, 2010). Estudos mostram que ainda hoje, em pleno século XXI, alguns desses conceitos permanecem e ainda há, entre os profissionais de saúde, discriminação em relação ao HIV (SCHAURICH, PADOIN, TERRA, 2005; FORMOZO, OLIVEIRA, 2010).

Outras pesquisas demonstram que os profissionais conseguem perceber a

necessidade de mudanças desse paradigma. Trabalho realizado por Backes *et al.* (2012, p. 223) destaca que, na AB, em especial por meio da Estratégia Saúde da Família, o profissional de enfermagem ocupa lugar de destaque, em que pode exercer uma prática assistencial mais independente, o que estimula a concretização do cuidado de enfermagem como prática social empreendedora, com uma nova abordagem de intervenção na comunidade, valorizando “o ser humano como um ser singular e multidimensional, inserido em seu contexto real e concreto”. A pesquisa realizada por Lima *et al.* (2018) mostra que os profissionais descrevem as práticas humanizadoras a se realizar na AB de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, ou seja, o cuidado integral, centrado na pessoa, por meio do trabalho em equipe e da clínica ampliada.

No entanto, existem dificuldades em se implementarem mudanças no processo de trabalho devidas ao foco no cumprimento de metas de contrato em detrimento das necessidades de saúde da população, prejudicando o desenvolvimento dessas práticas e seus efeitos positivos nos serviços (SILVA *et al.*, 2015). Assim, o processo de cuidado na AB, a partir de tecnologias leves, permanece atravessado pelo aumento da demanda, diminuição dos recursos e mudanças nos documentos regulamentadores que permitem espaço para várias interpretações sobre composição de equipe e modelo de atenção (MELO; MENDONÇA; OLIVEIRA, 2018).

Diante disso, o processo de assistência à saúde relacionada ao HIV/aids ainda se mostra, aos profissionais de saúde, como um grande desafio. Além das dificuldades apresentadas, esses profissionais se veem diante da necessidade de lidar tanto com as informações relativas à doença, como também com as crenças e valores, que influenciarão no comportamento de cada um, manifestando vulnerabilidades importantes (VILLARINHO *et al.*, 2015).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Caracterização do estudo

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa.

Para Mattar (2008), a pesquisa quantitativa procura validar as hipóteses por meio da utilização de dados estruturados, sugerindo um curso final da ação. Ela quantifica os dados e generaliza os resultados da amostra para os interessados, com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, tais como a porcentagem, a média, o desvio padrão, o coeficiente de correlação e as regressões, entre outros.

Segundo Gil (1999a), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre variáveis. Já o estudo exploratório procura uma primeira aproximação do pesquisador com o tema, para torná-lo mais familiarizado com os fatos e fenômenos relacionados ao problema a ser estudado. Normalmente um estudo exploratório envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2007b).

5.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na rede de Atenção Básica da cidade de Rio Claro, Município brasileiro no interior do estado de São Paulo, com uma população estimada de 206.424 habitantes. O Município conta com uma rede de AB composta por 6 UBS e 23 ESF totalizando 29 unidades.

De acordo com informações da coordenadora o SEPA (Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para IST/AIDS e Hepatites Virais) conta com a equipe de CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) - responsável pelas ações de prevenção e capacitação de profissionais para a realização dos testes rápidos, com uma assistente social e uma enfermeira RT (Responsável Técnica) - e com SAE (Serviço de Assistência Especializado), responsável pela assistência aos usuários do serviço, com uma enfermeira RT, uma assistente social, um psicólogo, três

técnicas de enfermagem, uma farmacêutica, um médico clínico geral, duas médicas infectologistas, uma médica infecto-pediatra, uma cirurgiã dentista, um auxiliar de saúde bucal.

Além disso, todas as unidades que compõem a AB do Município devem realizar ações de diagnóstico precoce, aconselhamento e manejo da infecção pelo HIV/AIDS, de forma compartilhada com os serviços especializados. Dados do estudo apontam que, de 2010 a 2019, foram notificados 342 casos de HIV na cidade. Atualmente, o SEPA acompanha aproximadamente 700 usuários com diagnóstico de HIV residentes em Rio Claro e micro região (Analândia, Ipeúna, Itirapina, Corumbataí e Santa Gertrudes). Em 2018, foram notificados 70 casos de HIV e, em 2019, 46 casos, no Município.

5.3 Participantes

Selecionaram-se para o estudo enfermeiras³ que atuam na ABS, totalizando 22 profissionais dos serviços da rede básica. Os critérios de inclusão propostos para o estudo foram: profissionais que atuassem na ABS (Atenção Básica de Saúde) na promoção da saúde e enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS através do acolhimento, diagnóstico, encaminhamento para tratamento e ações preventivas. Foram excluídas da amostra os profissionais afastados do trabalho por licença médica ou férias.

A escolha pelo profissional de enfermagem deu-se em razão de serem maioria na supervisão e coordenação das equipes que compõem a AB e, portanto participantes ativos na realização do teste rápido, aconselhamento pré e pós-teste e acompanhamento da população atendida em sua unidade.

Não foi possível atingir na sua totalidade o número de sujeitos do estudo, devido à limitação do tempo que tivemos para desenvolver a coleta de dados e proceder à finalização da dissertação.

³ Adotar-se-á a partir daqui o gênero feminino uma vez que a quase totalidade das participantes eram enfermeiras, ou seja, mulheres. Somente um participante é do sexo masculino.

5.4 Coleta de dados e instrumento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2019 e janeiro de 2020. Os encontros para coleta de dados se realizaram no local de trabalho das profissionais, normalmente nas salas que utilizam em sua rotina de trabalho para garantir privacidade e evitar interrupções, em horários previamente agendados por telefone, de acordo com sua disponibilidade, com duração média de 40 minutos. O instrumento de coleta de dados foi um questionário construído e validado por Castro (2015)⁴, composto por duas seções: a primeira contendo sete questões voltadas para a caracterização sociodemográfica e econômica dos profissionais de saúde, e a segunda, dezoito questões que avaliam a atenção ofertada pelos profissionais de saúde na AB para efetivação do controle do HIV/AIDS, nos seguintes domínios:

- 1-Educação em Saúde;
- 2-Diagnóstico Precoce e Continuidade da Atenção;
- 3-Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis;
- 4-Educação Permanente em Saúde;
- 5-Prevenção da Transmissão Vertical do HIV;
- 6- Testagem para HIV.

Optou-se por eliminar perguntas sobre religião, estado civil e renda mensal na caracterização sociodemográfica e econômica dos profissionais de saúde.

As respostas do questionário foram organizadas em escala tipo Likert, em que o participante responde a partir do grau de concordância com a afirmação previamente registrada no instrumento.

A escala Likert foi desenvolvida nos Estados Unidos na década de 1930, pelo psicólogo americano Renis Likert (1903 – 1981), constituindo-se em um método que visa medir fielmente as atitudes e opiniões das pessoas, sendo uma das metodologias mais populares e, conseqüentemente, mais indicadas para a realização de pesquisas de opinião.

As questões são construídas obedecendo a uma afirmação auto-descritiva e as opções de resposta oferecem uma escala de pontos com descrições verbais que contemplam extremos, como “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

⁴ Em projeto de Mestrado Acadêmico em Saúde e Sociedade desenvolvido na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, com o título “ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CONTROLE DO HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA.

É importante ressaltar que, ao se formularem as questões, a escala de respostas deve apresentar uma simetria, isto é, o número de categorias positivas em relação à questão deve ser o mesmo das negativas. Além disso, é aconselhável incluir um ponto neutro, o que justifica o número ímpar de pontos.

Para realização desta pesquisa, foi mantida uma estrutura semelhante em todas as questões, isto é, empregou-se o mesmo conjunto de respostas. Como foi utilizada escala de cinco pontos, as respostas foram estruturadas com um item totalmente positivo, um parcialmente positivo, um item neutro, um parcialmente negativo e, finalmente, um totalmente negativo.

- **Sempre** – para totalmente positivo;
- **Frequentemente** – para parcialmente positivo;
- **Às vezes** – para o ponto central (neutro);
- **Raramente** – para parcialmente negativo;
- **Não** – para totalmente negativo;

De acordo com Lucian (2016) , para obter-se um bom resultado no emprego da escala Likert, é preciso ter atenção à forma como o questionário é formulado e, posteriormente, analisado. Ao ser completado, os elementos do documento composto por questões podem ser lidos de maneira individual ou combinada a um conjunto de itens. No presente trabalho, os itens foram combinados, e cada conjunto de itens foi chamado de domínio.

Com o propósito de facilitar a manipulação dos dados, costuma-se atribuir um valor numérico a cada item de resposta, escolhidos a critério do pesquisador. Neste trabalho, adotamos os valores de 1 a 5, sendo:

| | | | | |
|-----|-----------|----------|----------------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Não | Raramente | As vezes | Frequentemente | Sempre |

Após a tabulação dos dados, além de estabelecer as frequências absoluta e relativa, é possível analisar algumas medidas de tendência central, como a moda e a mediana. Raramente é possível aplicar a métrica da média em escalas Likert.

Para este trabalho, a moda foi a métrica mais viável, visto que sua interpretação remete a uma informação mais relevante no cenário da pesquisa em questão.

Apesar de ter sido criada há muitos anos, essa escala segue atual e mostra-se altamente eficiente na hora de analisar satisfação, sentimentos e experiências de indivíduos nas mais diversas situações; sendo assim, permite que os dados sejam coletados para pautar a tomada de decisões de uma dada organização.

5.5 Aspectos éticos

Os aspectos éticos foram considerados segundo a Resolução nº446, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Antes do início da coleta de dados foi enviado um ofício à Secretária de Saúde solicitando autorização para a realização da pesquisa. Após sua anuência, realizou-se reunião com a Coordenadora da Atenção Básica, o representante do Núcleo de Educação e Saúde (NESTED) e a Coordenadora do SEPA, em que se esclareceram os objetivos e a metodologia da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi encaminhado, via Plataforma Brasil, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar, tendo sido aprovado com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º 11517119.8.0000.5504; parecer n.º 3.480.465.

Fez-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) às participantes e recolheram-se suas assinaturas nesse documento. Além disso, foram esclarecidas sobre a pesquisa e o conteúdo do questionário.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram assinados também pela pesquisadora, em duas vias, ficando uma delas disponível à participante.

Foi informado às participantes que lhes seriam assegurados sigilo absoluto e privacidade quanto à sua identidade e de sua unidade de saúde, sem possibilidade de identificação. Para isso, utilizou-se a letra Q (questionário) seguida pelo número da sequência de aplicação (Q1, Q2, Q3...), para identificação das participantes.

Durante as entrevistas, foi possível entender que as pesquisas científicas, principalmente aquelas que envolvem seres humanos, devem e podem ser executadas dentro de padrões éticos, uma vez que garantimos o sigilo e preservação da liberdade dos sujeitos entrevistados. Outro ponto a salientar, é a relação que é construída entre os entrevistados e a pesquisadora, pois através dessa proximidade pode-se perceber o quanto o participante pode contribuir para o processo de construção da pesquisa.

5.6 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, realizou-se o cálculo do Ranking Médio (RM) proposto por Oliveira (2005), que tem por objetivo mensurar o grau de concordância ou discordância de cada questão avaliada.

Por meio do Ranking Médio da pontuação atribuída às respostas (no caso, de 1 a 5), foi calculada a média ponderada para cada item relacionado à frequência das respostas dos participantes, para cada uma das questões.

Para obter o valor do Ranking Médio, calculou-se inicialmente, a média ponderada, a partir da seguinte equação:

$$MP = \sum f_i \cdot V_i$$

onde:

f_i é a frequência observada para cada resposta, para cada item;

V_i é o valor correspondente a cada resposta.

O Ranking Médio (RM) é calculado a partir da seguinte equação:

$$RM = \frac{MP}{NS}$$

onde:

MP é a média ponderada;

NS é o número de sujeitos entrevistados;

Quando o resultado do Ranking Médio se aproximar do valor 1, é possível identificar que a maioria dos entrevistados consideram menos importante aquele item de resposta. Ao contrário, quanto mais próximo do valor 5, maior será a potencialidade do item de acordo com o domínio analisado.

Também foi aplicado, no intuito de dimensionar e avaliar a confiabilidade do o coeficiente α (alfa) de Cronbach (HAIR *et al*, 2009).

O coeficiente α (alfa) de Cronbach, descrito por Lee Cronbach em 1951, é uma das ferramentas estatísticas mais importantes e difundidas em pesquisas que

envolvem a construção de testes e sua aplicação. Além de fornecer uma medida razoável de confiabilidade em um único teste, isto é, não são necessárias repetições ou aplicações paralelas para a estimativa da consistência do mesmo, ocorre também que a fórmula geral do coeficiente α (alfa) de Cronbach permite a aplicação a questionários de múltipla escolha de escalas atitudinais de variáveis categóricas. Também ressaltamos que o coeficiente α (alfa) de Cronbach pode ser facilmente calculado por princípios estatísticos básicos.

Segundo Gliem (2003), a confiabilidade do coeficiente alfa de Cronbach normalmente varia de 0 a 1.

Freitas e Rodrigues (2005), bem como Malhotra (2001) sugerem a classificação da confiabilidade do coeficiente alfa de Cronbach de acordo com os seguintes limites:

- $\alpha \leq 0,30$ – muito baixa;
- $0,30 < \alpha \leq 0,60$ – baixa;
- $0,60 < \alpha \leq 0,75$ – moderada;
- $0,75 < \alpha \leq 0,90$ – alta;
- $\alpha > 0,90$ – muito alta.

O valor do coeficiente α (alfa) de Cronbach pode ser calculado a partir da seguinte equação:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \cdot \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

onde:

K corresponde ao número de itens (perguntas do questionário);

S_i^2 corresponde à variância de cada item;

S_T^2 corresponde à variância do valor da soma das respostas de cada item.

A variância, por sua vez, mede o espalhamento de um conjunto de dados. O cálculo da variância para uma amostra pode ser determinado a partir da equação:

$$S^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}$$

onde:

x_i corresponde ao valor da resposta no item (questão) i ;

\bar{x} corresponde à média aritmética dos itens

n corresponde ao número de participantes da amostra

Neste trabalho, conforme mencionado anteriormente, adotaram-se valores de 1 a 5, respectivamente para a resposta totalmente negativa à resposta totalmente positiva.

Cabe ressaltar que, apesar de não apresentar um contexto interpretativo para esta pesquisa, o cálculo da média aritmética foi realizado para que se pudesse aplicar o teste de confiabilidade do coeficiente α (alfa) de Cronbach.

Para o cálculo do coeficiente, inicialmente os dados da pesquisa foram tabulados e organizados em planilha eletrônica – software Microsoft Excel.

A partir das ferramentas do próprio software, foram obtidos os valores da média aritmética e da variância.

Os dados registrados, bem como os resultados dos cálculos realizados podem ser verificados na **Tabela 1**.

Tabela 1. Cálculo das médias e das variâncias

| | | Questões | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|----|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | Σ |
| Respondente | 1 | 5 | 4 | 3 | 3 | 1 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 2 | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 70 |
| | 2 | 4 | 1 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 3 | 3 | 4 | 3 | 65 |
| | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 76 |
| | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 1 | 1 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 71 |
| | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 1 | 1 | 1 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 65 |
| | 6 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 4 | 76 |
| | 7 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 85 |
| | 8 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 80 |
| | 9 | 4 | 1 | 3 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 1 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 65 |
| | 10 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 3 | 82 |
| | 11 | 5 | 1 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 80 |
| | 12 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 5 | 3 | 81 |
| | 13 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 3 | 80 |
| | 14 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 84 |
| | 15 | 5 | 1 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 2 | 5 | 2 | 2 | 5 | 5 | 74 |
| | 16 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 75 |
| | 17 | 2 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 1 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 76 |
| | 18 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 89 |
| | 19 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 1 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 78 |
| | 20 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 72 |
| | 21 | 5 | 2 | 3 | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 | 5 | 3 | 2 | 5 | 4 | 71 |
| | 22 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 86 |
| Média | | 4,73 | 3,45 | 4,09 | 4,18 | 4,00 | 4,91 | 4,82 | 4,32 | 4,86 | 4,95 | 4,64 | 3,73 | 2,55 | 4,73 | 3,68 | 3,82 | 4,91 | 4,05 | 76,41 |
| Variância | | 0,49 | 2,55 | 0,66 | 0,92 | 1,43 | 0,09 | 0,25 | 1,94 | 0,12 | 0,05 | 1,39 | 1,35 | 1,69 | 0,40 | 0,99 | 1,01 | 0,09 | 0,81 | 47,30 |

Fonte: Os autores (2020)

Também foi realizado o cálculo do somatório das variâncias de cada item:

$$\begin{aligned} \sum S_i^2 &= 0,49 + 2,55 + 0,66 + 0,92 + 1,43 + 0,09 + 0,25 + 1,94 + 0,12 + 0,05 \\ &\quad + 1,39 + 1,35 + 1,69 + 0,40 + 0,99 + 1,01 + 0,09 + 0,81 \\ \sum S_i^2 &= 16,21 \end{aligned}$$

A partir dos dados verificados na planilha eletrônica e do cálculo do somatório das variâncias de cada item, calculamos o valor do coeficiente α (alfa) de Cronbach:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \cdot \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

$$\alpha = \frac{18}{18-1} \cdot \left[1 - \frac{16,21}{47,30} \right]$$

$$\alpha = \frac{18}{17} \cdot [1 - 0,34]$$

$$\alpha = 1,06 \cdot 0,66$$

$$\alpha = 0,6996 \cong 0,7$$

Diante do resultado obtido foi possível verificar que o grau de confiabilidade do questionário deste trabalho foi 0,7.

Seguindo o critério estabelecido por Freitas e Rodrigues (2005), bem como por Malhotra (2001), descrito anteriormente, como $0,60 < \alpha \leq 0,75$, pode-se concluir que a confiabilidade do questionário aplicado é **moderada**, sendo o resultado considerado satisfatório para a pesquisa.

No que se refere à utilização das ferramentas *do software Microsoft Excel* é importante destacar que estas constituíram um meio facilitador na determinação dos dados da Estatística Descritiva, necessários ao nosso trabalho.

Diante disso, após observação e análise dos resultados obtidos, foi possível identificar os domínios que apresentaram problemas e precisam ser melhorados, bem como reconhecer os domínios que devem servir de referência aos demais.

Para avaliar a diferença estatisticamente significativa entre os valores da média do RM para os seis domínios, utilizou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis para variáveis numéricas, adotando-se nível de significância de 5%, ou seja, quando o valor P do teste é menor do que 0,05, pode-se concluir que existe uma diferença significativa entre os valores da média do RM. Esse teste não paramétrico é utilizado quando os dados têm uma distribuição assimétrica. No caso desta pesquisa, a média do RM. Uma distribuição assimétrica é observada mais frequentemente em estudos cujo tamanho da amostra é pequeno, como é o caso deste trabalho, em que foram entrevistadas 22 enfermeiras.

Tabela 2. Média, Desvio Padrão (DP) e Mediana do RM dos domínios do instrumento na entrevista com as enfermeiras na Atenção Básica. Rio Claro, São Paulo, Brasil, 2019.

| Dominios do Instrumento | Média | DP | Mediana |
|---|--------------|-----------|----------------|
| D 1. Educação em saúde | 3,82 | 0,16 | 3,77 |
| D 2.Diagnóstico precoce e continuidade da atenção | 4,87 | 0,04 | 4,88 |
| D 3.Prevenção de ITS | 3,54 | 0,87 | 4,00 |
| D 4.Educação permanente em saúde | 4,12 | 0,64 | 4,18 |
| D 5.Prevenção da transmissão vertical do HIV | 4,52 | 0,29 | 4,52 |
| D 6.Testagem para HIV | 4,79 | 0,23 | 4,79 |

Fonte: Os autores (2020)

A **Tabela 2** apresenta a média, DP e mediana do Ranking Médio para cada um dos domínios do questionário. Observou-se que o domínio “Educação em saúde” foi o que teve uma mediana menor com 3,77 pontos. Já o domínio “Diagnóstico precoce e continuidade da atenção” foi o que teve uma maior mediana com 4,88 pontos.

Quando foi analisada a diferença estatística da média do RM entre os domínios mediante o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, se obteve um valor p de 0,03 indicando significância na diferença entre os domínios.

Figura 1. Teste estatístico de Kruska-Wallis

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

```

+-----+
| dominio | Obs | Rank Sum |
|-----+-----+-----|
| 1 | 4 | 19.00 |
| 2 | 4 | 62.00 |
| 3 | 3 | 15.00 |
| 4 | 3 | 23.50 |
| 5 | 2 | 22.50 |
|-----+-----+-----|
| 6 | 2 | 29.00 |
+-----+

```

chi-squared = 12.613 with 5 d.f.
probability = 0.0273 (valor P)

Fonte: Os autores (2020)

6 RESULTADOS: O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA ASSISTÊNCIA EM HIV/AIDS

6.1 Caracterização sociodemográfica dos profissionais

O questionário foi aplicado a 22 profissionais, das quais 21 (95%) eram do sexo feminino e 1 (5%), do sexo masculino, como mostra a **Tabela 3**. Esse dado é bastante próximo ao encontrado por Colaço *et al.*, (2019), em sua pesquisa, em que 87,5% dos participantes eram do sexo feminino, explicitando um fenômeno bastante comum no Brasil: a enfermagem como uma profissão tipicamente feminina.

Tabela 3. Características demográficas e de trabalho dos enfermeiros na Atenção Básica. Rio Claro, São Paulo, Brasil, 2019.

| | N | % |
|-------------------------------|----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 1 | 5.0 |
| Feminino | 21 | 95.0 |
| Idade em anos | | |
| 31 a 39 | 11 | 50.0 |
| 40 a 46 | 8 | 36.0 |
| 50 a 57 | 3 | 14.0 |
| Tempo de atuação na AB | | |
| 2 a 9 anos | 14 | 63.7 |
| 10 a 19 anos | 6 | 27.3 |
| 23 a 25 anos | 2 | 9.0 |

Fonte: Os autores (2020)

A maior parte das enfermeiras participantes da pesquisa (63,7%) atua na Atenção Básica por um tempo entre dois e nove anos. O vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários para a produção da longitudinalidade das ações em saúde é de grande importância (TONELLI *et al.*,2018). Desta forma, o tempo de atuação dos entrevistados, mostra um ponto positivo no que diz respeito as experiências vivenciadas pelos profissionais. sobre o objeto de estudo.

6.2 Análises estatísticas

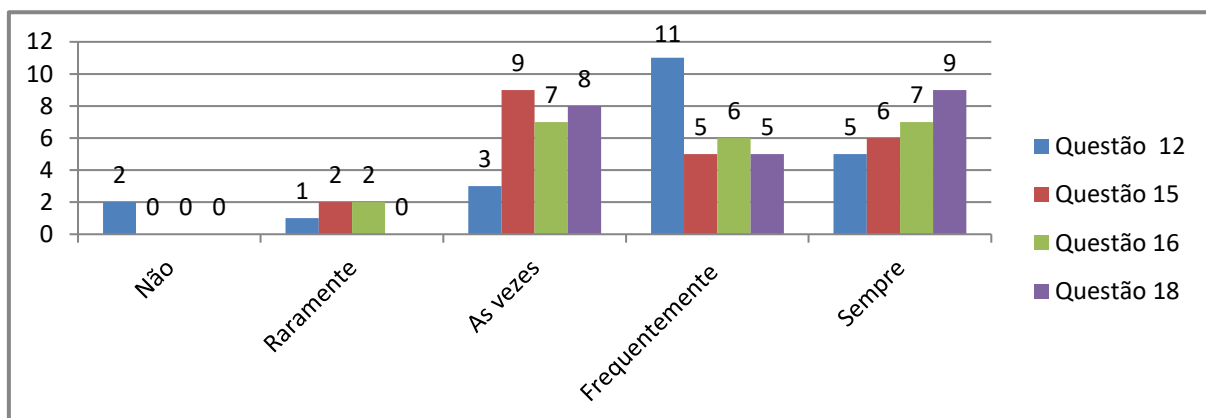
Para a análise do questionário optamos por avaliar as respostas de acordo com os domínios indicados por Castro (2015), idealizadora do instrumento. Calculamos nesta análise o Ranking Médio Individual (RM) das questões da escala

tipo Likert e depois a média aritmética entre os RM que constituem cada um dos domínios.

6.2.1 Resultados encontrados da rede básica municipal: ranking médio individual das questões por domínio

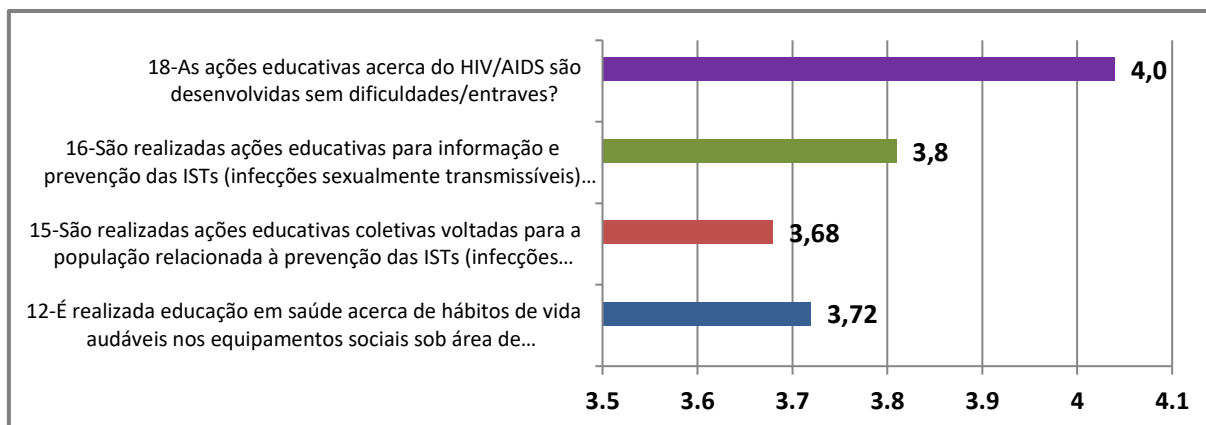
DOMÍNIO 1- EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Gráfico 1 - Representação das respostas de acordo com as perguntas do domínio 1



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Gráfico 2 - Valor da média do RM para cada pergunta segundo o domínio 1.



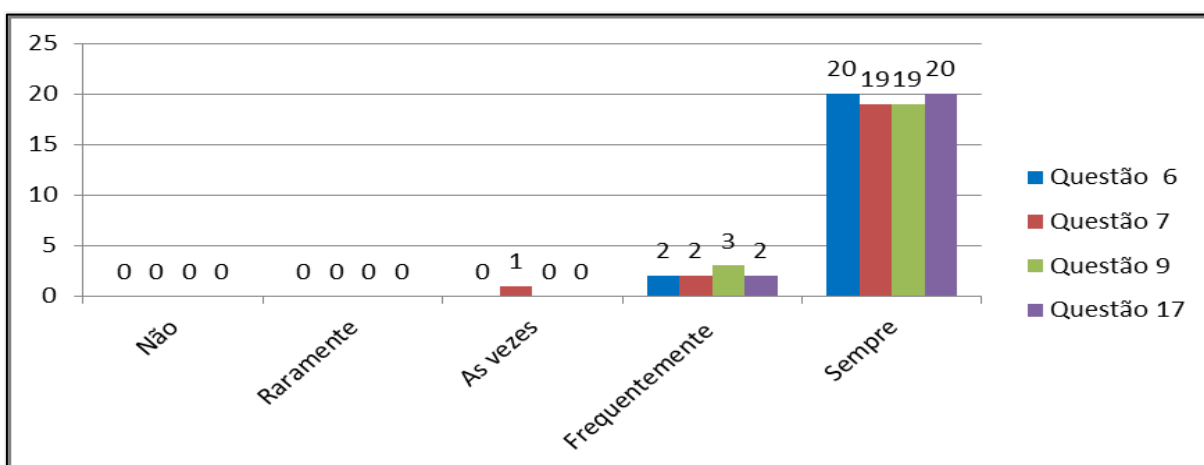
Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Pela avaliação do Domínio 1, dados os valores alcançados, observa-se que os piores desempenhos estão na questão 15, com RM de 3,68, e na questão 12, com RM de 3,72. Já as questões 16 e 18 apresentaram um RM de 3,8 e 4,0, respectivamente. No entanto, quando se analisam as respostas separadamente, verifica-se que essas questões apresentam um número elevado na resposta “às vezes”: (7) e (8), respectivamente, o que as coloca na faixa 3 (neutro) de pontuação,

indicando um desempenho pouco satisfatório dentro da escala e revelando uma pequena fragilidade nas ações de educação em saúde das unidades estudadas. Esse resultado pode ser considerado preocupante, uma vez que a prevenção do HIV/AIDS se faz por meio de ações educativas, pois é por meio delas que se pode mobilizar comportamentos e contribuir para estilos de vida mais direcionados à produção de saúde.

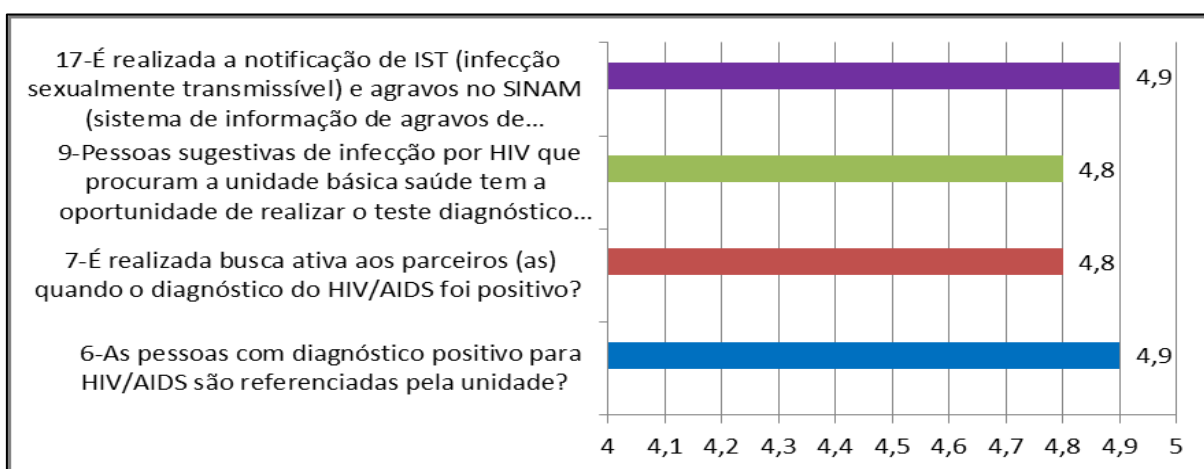
DOMÍNIO 2- DIAGNÓSTICO PRECOCE E CONTINUIDADE DA ATENÇÃO

Gráfico 3 - Representação das respostas de acordo com as perguntas do domínio 2



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Gráfico 4 - Valor da média do RM para cada pergunta segundo o domínio 2.

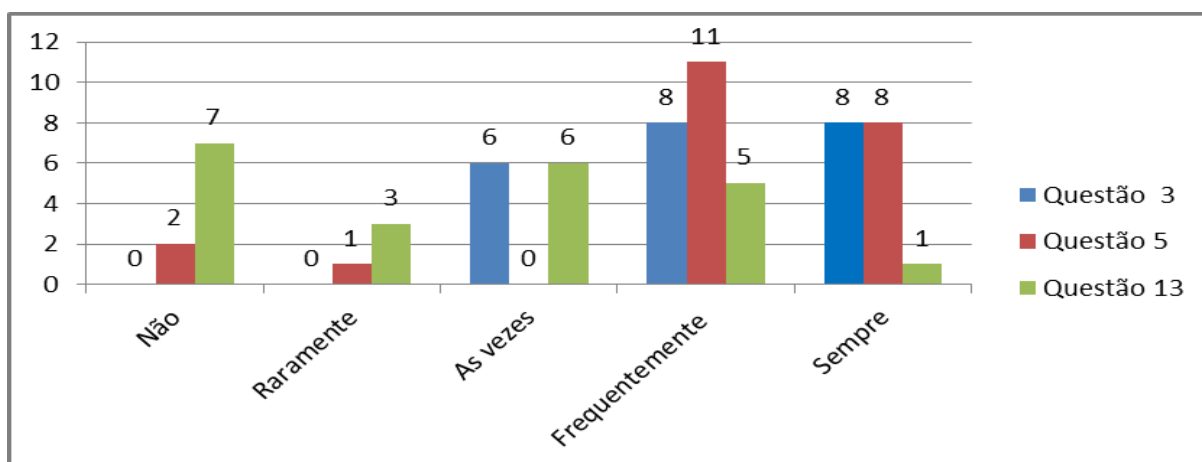


Fonte: Dados da pesquisa (2020)

No Domínio 2, as questões obtiveram RM próximos do ponto máximo 5, ou seja, verifica-se desempenho muito satisfatório, com grande potencialidade das unidades com referência às ações de diagnóstico precoce e continuidade da atenção. Esse resultado é devido ao conjunto de respostas estarem, todas, concentradas na alternativa “sempre”, mostrando ações positivas conforme as diretrizes governamentais, na oferta do teste rápido, busca ativa de parceiros, referenciamento para o serviço especializado quando necessário e notificação no sistema de controle.

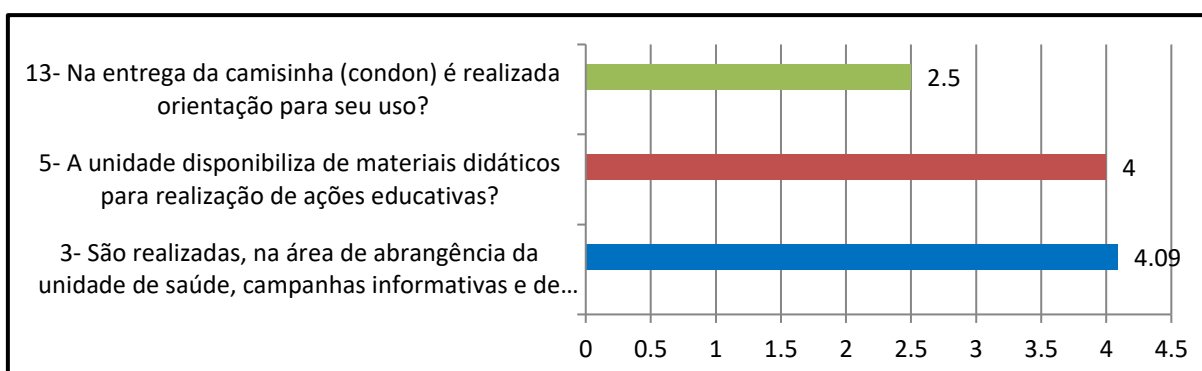
DOMÍNIO 3. PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Gráfico 5 - Representação das respostas de acordo com as perguntas do domínio 3



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Gráfico 6 - Valor da média do RM para cada pergunta segundo o domínio 3.



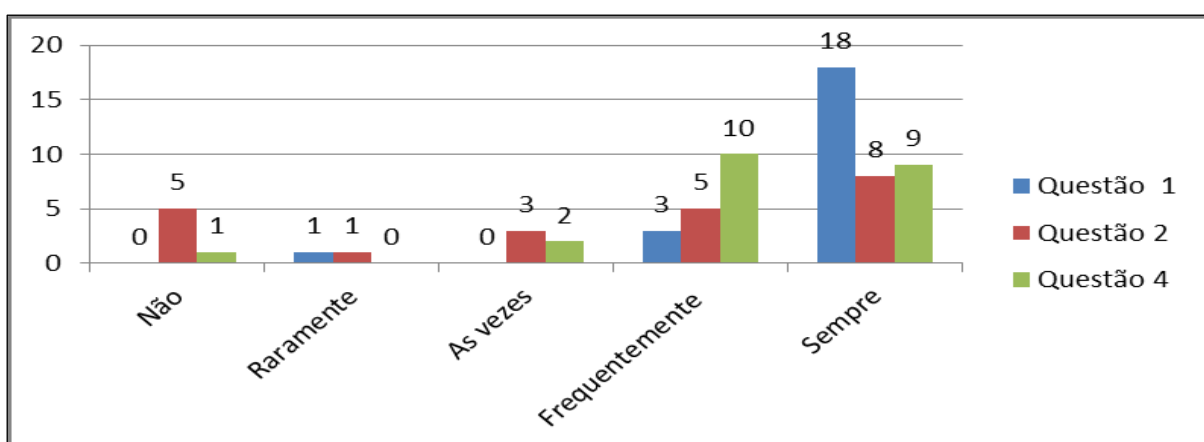
Fonte: Dados da pesquisa (2020)

O pior desempenho no domínio 3 refere-se à questão 13 com RM de 2,5. Na

questão 3 encontra-se a mesma variabilidade nas respostas, onde apesar de um RM 4 há um número elevado de respostas “as vezes” (6),apontando para uma fragilidade das unidades estudadas nas ações de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.Existe uma leve disparidade nesse domínio, uma vez que se obteve um resultado positivo com relação à disponibilização de materiais educativos.Há uma relação entre esse resultado e o encontrado no Domínio 1 relacionado a Educação em Saúde, uma vez que esses materiais são subsídios importantes nas ações educativas.

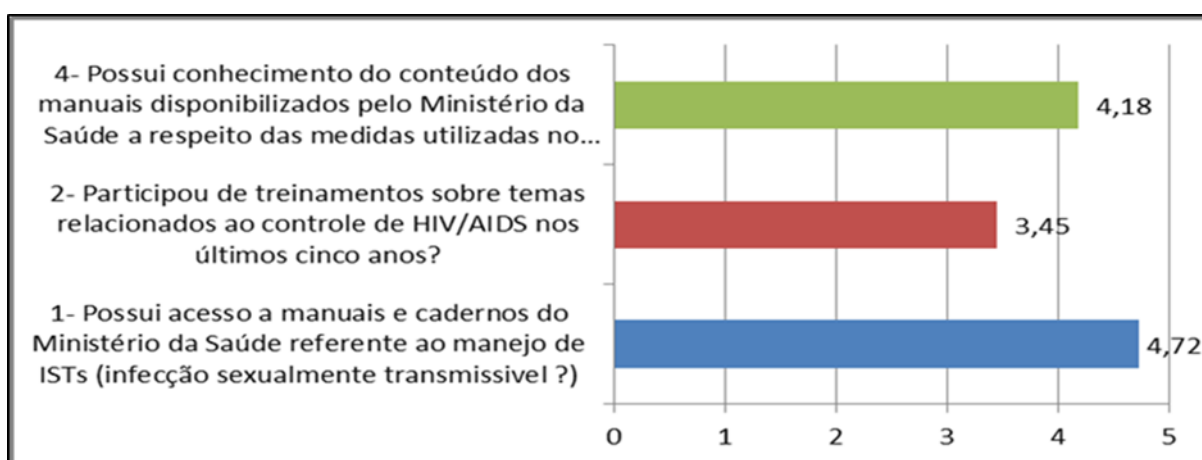
DOMÍNIO 4. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Gráfico 7 - Representação das respostas de acordo com as perguntas do domínio 4



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Gráfico 8 - Valor da média do RM para cada pergunta segundo o domínio 4



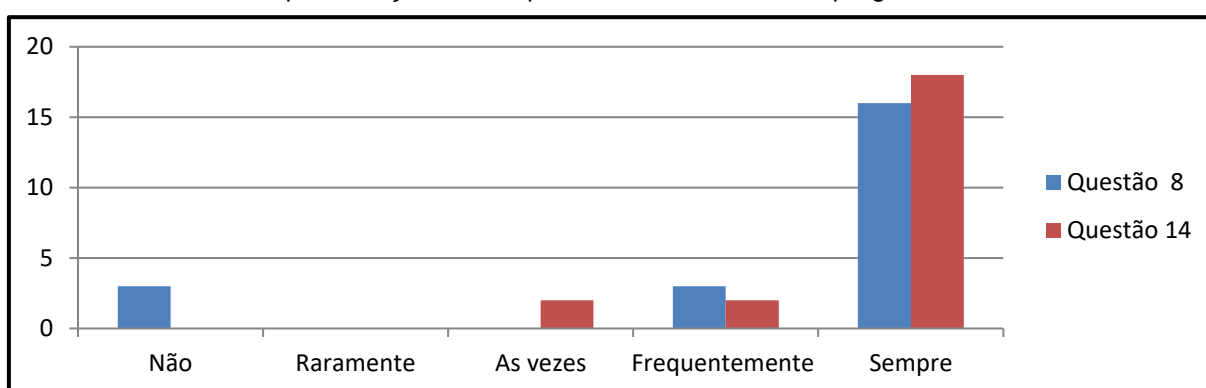
Fonte: Dados da pesquisa (2020)

No Domínio 4 o pior resultado observado foi na questão 2 com RM de 3,45,

demonstrando uma fragilidade com relação às ações de capacitação dos trabalhadores, no âmbito da educação permanente. Porém, com relação ao acesso aos manuais do Ministério da Saúde, os resultados foram positivos, com RM de 4,18 e 4,72, indicando que as enfermeiras das unidades estudadas têm se apropriado das diretrizes para uma atuação de qualidade com relação ao cuidado e à prevenção ao HIV/AIDS.

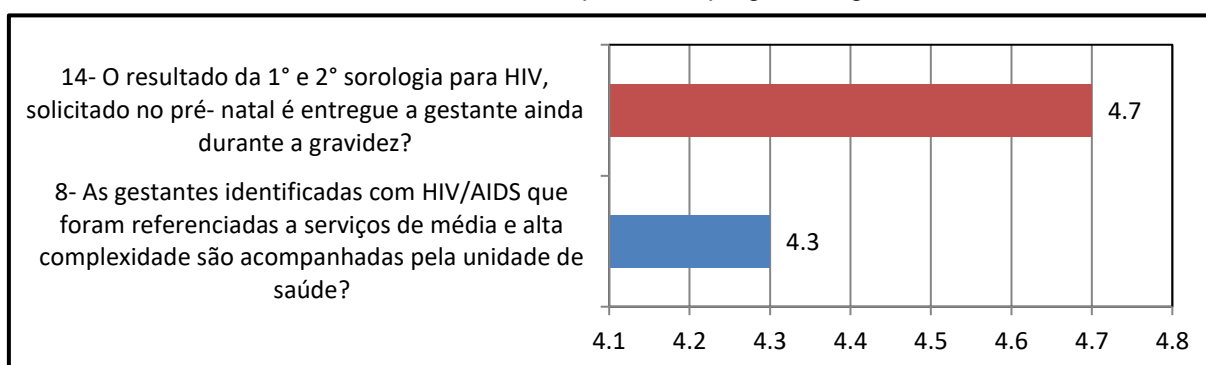
DOMÍNIO 5. PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Gráfico 9 - Representação das respostas de acordo com as perguntas do domínio 5



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Gráfico 10 - Valor da média do RM para cada pergunta segundo o domínio 5



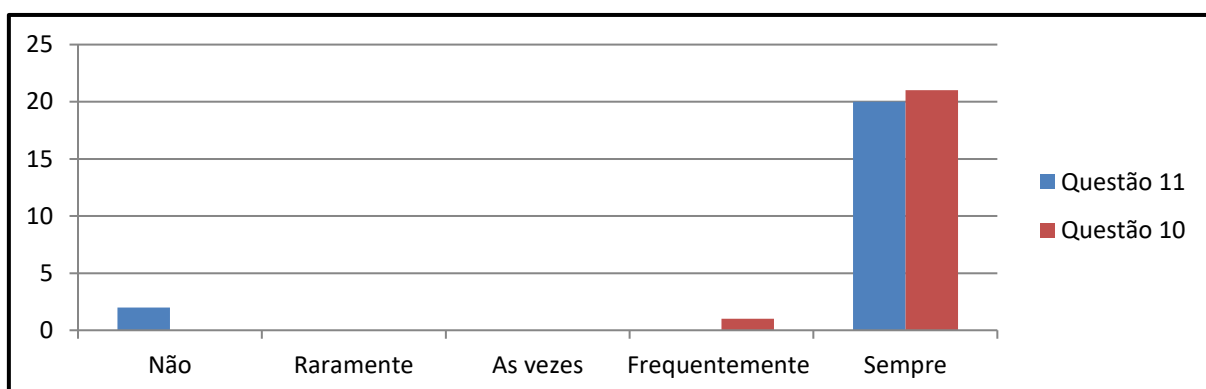
Fonte: Dados da pesquisa (2020)

De acordo com os resultados, o domínio 5 demonstra potencialidade das unidades, com RM de 4,3 e 4,7 com relação à prevenção da transmissão vertical do HIV. Esse resultado corrobora os esforços governamentais que durante a evolução da epidemia de Aids, tem incorporado muitos avanços ao atendimento à gestante infectada pelo HIV. Os avanços relacionados ao acolhimento, profilaxia, tratamento e de acompanhamento a essas mulheres transformaram o cenário da infecção no

recém-nascido. No Brasil essas intervenções encontram-se largamente disponíveis (BRASIL, 2016). Destaca-se como elemento fundamental de enfrentamento desse agravo, as ações preventivas e profiláticas que necessitam ser reforçadas na assistência ao pré-natal e ao parto, com a triagem laboratorial de todas as gestantes no pré-natal e no parto, assim como o tratamento oportuno e adequado também ao parceiro sexual (SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE SAO PAULO, 2011). Destacamos que a transmissão do HIV também pode acontecer durante a amamentação, por meio do leite materno. Dessa forma, a mãe que tem o vírus não deve amamentar o recém-nascido, porque há o risco de transmissão. A equipe de saúde deve orientar a suspensão da amamentação e a inibição medicamentosa da lactação. Portanto, o leite da mãe deve ser substituído por leite artificial.

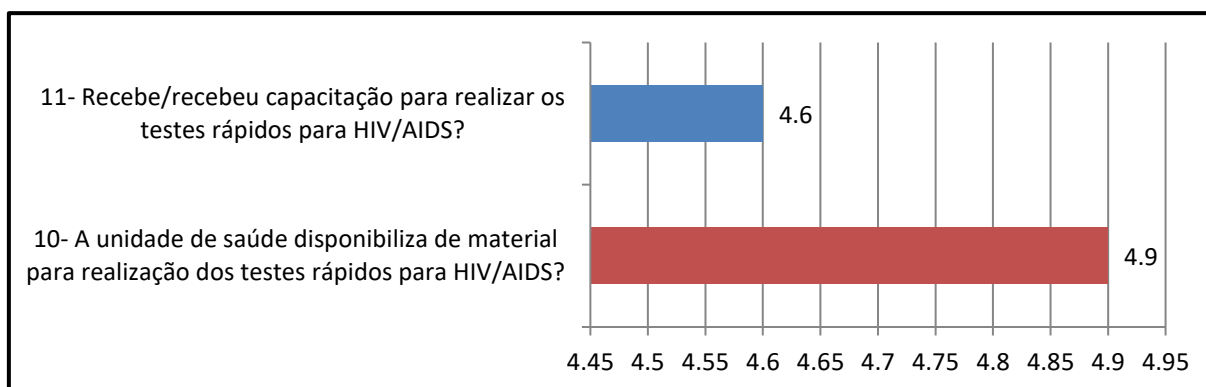
DOMÍNIO 6. TESTAGEM PARA HIV

Gráfico 11 - Representação das respostas de acordo com as perguntas do domínio 6



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Gráfico 12 - Valor da média do RM para cada pergunta segundo o domínio 6



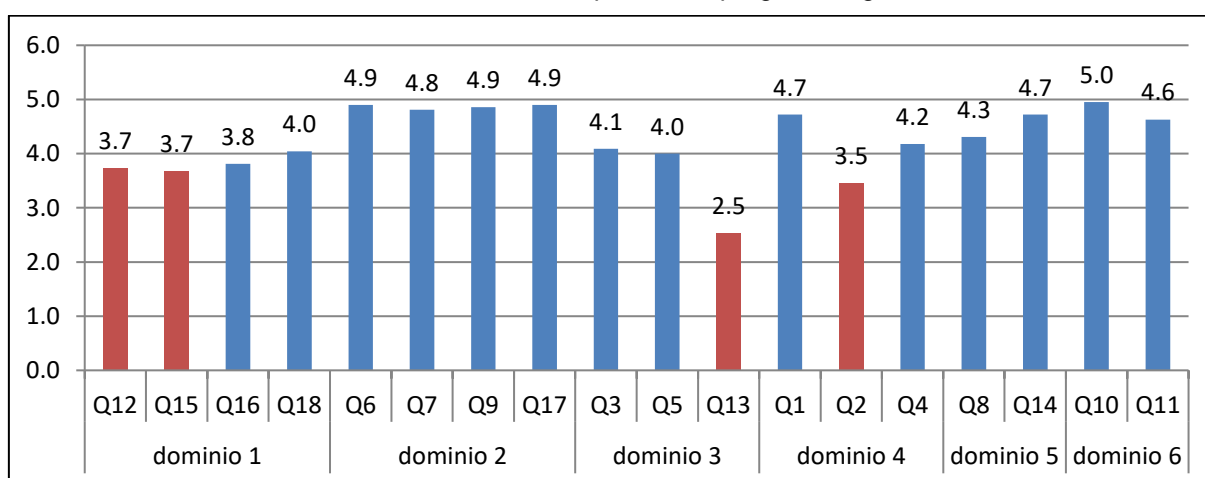
Fonte: Dados da pesquisa (2020)

No domínio 6, como no domínio 5, as unidades demonstram uma potencialidade relacionada à testagem para o HIV, com RM próximo do ponto máximo 5. Nota-se que os dois domínios abordam o teste rápido realizado nas unidades: no domínio 5, a testagem para todas as gestantes e, no domínio 6, pela disponibilização do teste para a população em geral. Esse resultado sugere um trabalho efetivo na prevenção e cuidado ao HIV/AIDS, indicando que a experiência da descentralização do cuidado garante aos usuários do SUS um acesso mais rápido e eficiente aos testes, o que facilita o diagnóstico e o início mais rápido de seu tratamento.

Considerando esses resultados, apreende-se que as unidades de saúde analisadas na cidade do estudo apresentam um bom desempenho com relação ao cuidado do HIV/AIDS, no interior do processo de descentralização que se desenha, destacando-se como negativa somente a ação de associar a entrega do preservativo à escuta e orientações (Q13).

Para melhor visualização e entendimento do processo de cálculo do RM, foi elaborado o Gráfico 13 englobando todos os domínios, em que se podem observar aqueles que, para esta pesquisa, tiveram os melhores e piores resultados. Verificam-se os melhores desempenhos nos domínios 2, 5 e 6, com pontuações bem próximas do máximo 5. Nota-se também que, embora o desempenho seja pior nos domínios 1, 3 e 4, mesmo aí existem questões com respostas positivas: pontuações de 4,0 a 4,7.

Gráfico 13 - Valor da média do RM para cada pergunta segundo o domínio



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

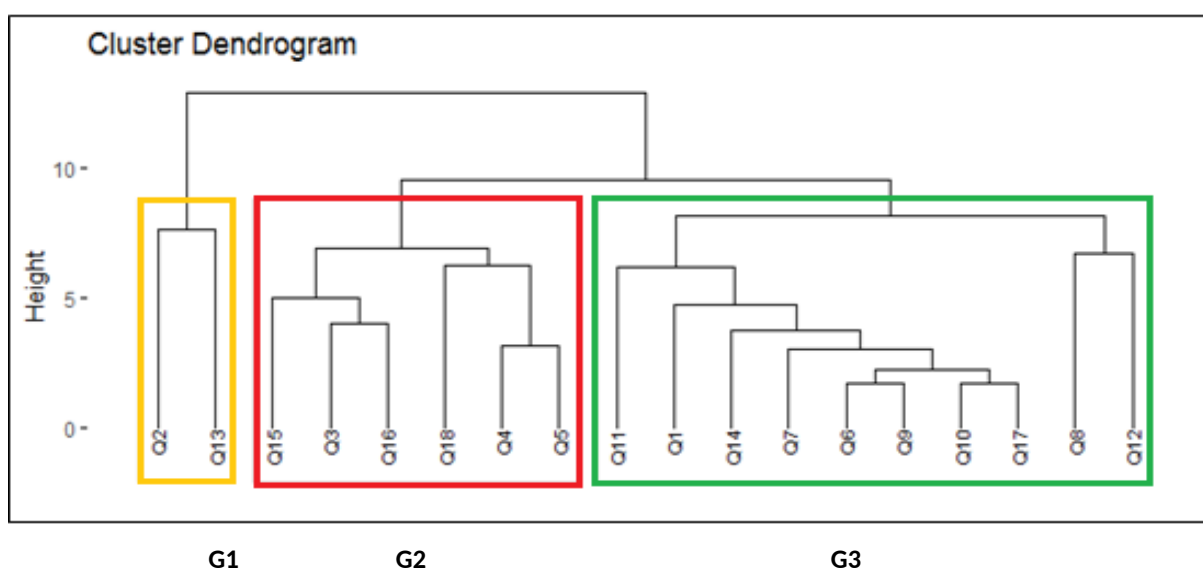
6.2.2 Análise por cluster: três conjuntos de questões com níveis de desempenhos semelhantes

Na segunda etapa das análises dos dados foi utilizada a análise de cluster ou análise de agrupamento (AC), para que fossem identificados possíveis grupos com práticas mais e menos pontuadas; importante para identificar possíveis áreas a serem melhoradas dentro deste sistema.

A análise de agrupamento é uma técnica multivariada que se constitui em separar observações em grupos, fundamentando-se nas particularidades que essas observações possuem, formando componentes semelhantes e homogêneas entre si em um dado grupo, porém diferentes das observações de outros agrupamentos (RODRIGUES; FACHEL; PASSUELLO, 2014; NEVES; VANZELLA, 2017; CRISPIM *et al.*, 2020). Foi calculado o coeficiente de correlação cofenética (CCC), que mede a qualidade do agrupamento, sendo valores de CCC acima de 0,7 considerados adequados (STRECK *et al.*, 2017). Todas as análises foram realizadas no SPSS e no software R Core Team (2020).

A **Figura 2** mostra a formação dos grupos apontada pela análise de agrupamento. O CCC foi 0,86, considerado adequado, mostrando bom ajustamento do método de agrupamento. Pode-se notar a formação notória de 3 grupos; e suas estatísticas descritivas de ordem (mediana e Percentis 25) são apresentadas na **Tabela 4**.

Figura 2 - Dendrograma dos itens avaliados neste trabalho.



Fonte: Os autores (2020)

Observa-se que o grupo de indicadores (práticas) com melhor avaliação por parte das enfermeiras é o grupo 3, com mediana 5,00 e Percentil 25 também 5,00, seguido pelos grupos 2 e 1, nessa ordem (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Estatísticas Descritivas de Ordem para os Grupos formados na AC.

| Grupos | Medidas | Mediana | Percentil 25 |
|---------|---------|---------|--------------|
| Grupo 1 | | 3,50 | 3,25 |
| Grupo 2 | | 4,00 | 4,00 |
| Grupo 3 | | 5,00 | 5,00 |

Fonte: Os autores (2020)

Para realizar uma comparação entre as análises estatísticas aplicadas, foi elaborada uma tabela em que os itens da escala tipo Likert foram denominados insatisfatório, pouco satisfatório e satisfatório, de acordo com a valoração da escala e os resultados encontrados. A comparação está demonstrada na Figura 5.

Tabela 5- Características comparativa das estatísticas aplicadas

| | Resultado do Cluster | Resultado do RM | Dominios das questões | Descrição dos dominios |
|---------------------------------------|---|--|--|--|
| Respostas de valor insatisfatório | Q 2 Q 13 | Q 2 Q 13 | Domínio 4 Domínio 3 | 1-Educação em Saúde; 2-Diagnóstico Precoce e Continuidade da Atenção; |
| Respostas de valor pouco satisfatório | Q 3 Q 4 Q 5 Q 15 Q 16 Q 18 | Q 3 Q 4 Q 5 - Q 16 Q 18 | Domínio 3 Domínio 4 Domínio 3 Domínio 1 Domínio 1 Domínio 1 | 3-Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis; 4-Educação Permanente em Saúde; 5-Prevenção da Transmissão Vertical do HIV; |
| Respostas de valor satisfatório | Q 1 Q 6 Q 7 Q 8 Q 9 Q 10 Q 11 Q 12 Q 14 Q 17 | Q 1 Q 6 Q 7 Q 8 Q 9 Q 10 Q 11 - Q 14 Q 17 | Domínio 4 Domínio 2 Domínio 2 Domínio 5 Domínio 2 Domínio 6 Domínio 6 Domínio 1 Domínio 2 Domínio 5 | 6- Testagem para HIV. |

Fonte: Os autores (2020)

O resultado comparativo entre as análises evidencia uma relação positiva nos resultados, com uma porcentagem de 89% de similaridade entre os dois tratamentos estáticos, o que demonstra uma confiabilidade estatística significativa dos testes realizados. A observação da **Tabela 5** permite verificar desempenho pareado dos domínios: os que se classificam como insatisfatório e pouco satisfatório são os domínios 1,3 e 4, e os que apresentam um resultado satisfatório são os domínios 2, 5 e 6. Assim, inicialmente, pode-se apontar que as ações de cuidado ao HIV/AIDS, quando relacionadas a procedimentos normativos com utilização de tecnologias dura e leve-dura, apresentam um bom desempenho. Por outro lado, mostra dificuldade das unidades em colocar em prática o cuidado relacionado às tecnologias leves.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que diz respeito aos cuidados oferecidos às pessoas que (con)vivem com HIV/AIDS, no Estado de São Paulo, o Programa Estadual de IST/AIDS (PE IST/AIDS) vem desenvolvendo estratégias, desde 2003, para implementar ações de prevenção e assistência às infecções sexualmente transmissíveis na rede de Atenção Básica dos municípios paulistas. Particularmente na cidade do estudo, a descentralização do cuidado ao HIV/AIDS para a Atenção Básica vem se construindo paulatinamente a partir de 2010, quando teve início o treinamento para a realização de testes rápidos. Essa estratégia está de acordo com os princípios organizacionais nesse nível de atenção e, portanto, possui grande potencial para o enfrentamento e o controle da epidemia de AIDS, uma vez que amplia o acesso da população a informações de qualidade sobre IST/AIDS e aos insumos de prevenção. No entanto, existem alguns desafios para a implementação dessas estratégias que estão relacionados à incorporação dessas ações na rotina da Atenção Básica e, principalmente, à avaliação da qualidade das informações e cuidados que são oferecidos à população (SÃO PAULO, 2017a).

De acordo com Ferraz e Nemes (2013), as ações com maior facilidade para serem implantadas são as que têm maior definição normativa, ou seja, aquelas cujas formas operacionais estão estabelecidas em diretrizes e protocolos. São exemplos dessas ações a disponibilização de preservativos masculinos, a oferta de testes diagnósticos, o tratamento das IST e a oferta de orientações mais abrangentes em alguns atendimentos individuais e coletivos. No entanto, por essas ações terem definição normativa, e os procedimentos serem realizados de maneira padronizada, verifica-se a tendência de menor possibilidade de personalização do atendimento e da orientação, o que dificulta o enfrentamento das dificuldades da pessoa em aderir aos métodos preventivos.

Cada pessoa tem sua singularidade e traz consigo uma condição de vida e de relações sociais e, portanto, os serviços precisam compreender cada sujeito e suas particularidades, para que as ações desenvolvidas consigam abarcar todas as suas necessidades (SÃO PAULO, 2017a). Dessa forma, é necessário ir além dos procedimentos normativos e programáticos.

Os resultados do presente estudo sugerem que houve uma tendência de

melhor desempenho nas ações mais normatizadas e que exigem menos manejo de tecnologias leves, muito necessárias nas ações de educação em saúde e orientações personalizadas. Sobre o que chamamos a atenção dos profissionais que atuam no cuidado à pessoa portadora do HIV/AIDS, para uma reflexão a respeito.

Para a apresentação dos nossos resultados envolvendo as questões que foram trabalhadas na pesquisa, apresentaremos dois tópicos em que pretendemos elencar as potencialidades e fragilidades no cuidado ao HIV/AIDS na rede de atenção da cidade do estudo. Dentro de cada tópico traremos afirmações e questões que julgamos relevantes para o entendimento do resultado e reflexões críticas.

Para a apresentação dos nossos resultados envolvendo as questões que foram trabalhadas na pesquisa, apresentaremos dois tópicos em que pretendemos elencar as potencialidades e fragilidades no cuidado ao HIV/Aids na rede de atenção da cidade do estudo. Dentro de cada tópico traremos afirmações e questões que julgamos relevantes para o entendimento do resultado e reflexões críticas.

7.1 Potencialidades apresentadas pelas avaliações das enfermeiras na rede de atenção básica de Rio Claro, São Paulo, Brasil.

7.1.1 Avanços e Conquistas: Os melhores desempenhos estão no Diagnóstico Precoce, na Prevenção da Transmissão Vertical e na Testagem para HIV

Encontramos em nosso estudo que os domínios com melhores desempenhos foram os de número 2, 5 e 6, que estão no Grupo 3 da Análise por Cluster e tiveram os RM próximos de 5.

Verifica-se que os conceitos e as ações relacionados à prevenção e ao tratamento dos indivíduos portadores do vírus HIV, como diagnóstico precoce e continuidade da atenção (Domínio 2 do instrumento utilizado nessa pesquisa), podem ter avançado de forma significativa desde a década de 1980, quando esse fenômeno social apareceu no mundo (BARBARA; SACHETTI; CREPALDI, 2005; SADALA; MARQUES, 2006).

Além disso, novas diretrizes nacionais e experiências locais têm destacado a AB como protagonista no tema do HIV/AIDS, com a função de manter e ampliar ações de promoção, prevenção e diagnóstico e de incorporar o acompanhamento de usuários do SUS com HIV (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

As políticas públicas, relacionadas à epidemia do HIV/AIDS, vigentes no Brasil, contemplam um trabalho sistemático que procura focar em prestar uma assistência de qualidade às pessoas que convivem com o HIV/AIDS, através de manuais e normas, além de capacitação dos profissionais para tal assistência (BRASIL, 2013a). Assim, desde sua criação, o Programa Nacional de IST/AIDS tem investido intensivamente no tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS e procura influenciar as políticas de saúde para aderir a novas tecnologias de combate à doença (MELCHIOR *et al.*, 2006).

Sendo a Atenção Básica a “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde é pertinente que seja responsável pelo acompanhamento da saúde da população adstrita, inclusive no que diz respeito ao acompanhamento, prevenção e controle da infecção por HIV e aids, de forma integral e resolutiva (BRASIL, 2013a).

Corroboram esse parecer Oliveira; Pereira (2013) ao considerar que a AB é o local onde ocorre o primeiro contato do usuário com o SUS, além de possuir acessibilidade territorial que, muitas vezes, pode superar o que os serviços especializados podem oferecer.

No entanto, muitos estudos mostram que ainda existem dificuldades para a efetivação desse cuidado, estando ele ainda focado nos serviços especializados e com problemas operacionais de referência e contra referência. Colaço *et al.* (2019) apontam que, no Brasil, o cuidado à PVHA ainda permanece, na maior parte das vezes, centralizado no SAE e, portanto, as ações clínicas, os vínculos e a empatia das PVHA estão associados às equipes do serviço especializado e não à equipe da AB. A cidade onde foi realizada a pesquisa é um exemplo, pois o acompanhamento aos portadores do HIV/AIDS ainda é realizado nos serviços especializados. Apesar disso, os profissionais da AB buscam superar as dificuldades de não terem um fluxo formal de atendimento em HIV/AIDS ainda estabelecido, por meio da mobilização, com vistas à efetivação de um cuidado comprometido e resolutivo, utilizando as ferramentas que o seu processo de trabalho propicia (COLAÇO *et al.*, 2019).

É fundamental, então, que a AB aprimore seus mecanismos de acessibilidade organizacional, habilitando-se a produzir serviços e contemplar as demandas de vida e saúde das PVHA (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Por outro lado, deve-se considerar a possibilidade de coordenação do cuidado e articulação dos serviços a fim de melhorar o acesso do indivíduo aos diversos ambientes de produção de saúde, de modo que todos estejam envolvidos

no alcance de um objetivo comum: suprir as necessidades de saúde da pessoa de forma integrada, por meio de uma rede de serviços eficientes (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A gestão compartilhada do cuidado de uma pessoa com sorologia positiva para o HIV, entre o especialista (infeccionista) e o médico que atua na Atenção Básica (UBS ou ESF) e entre as equipes multidisciplinares do SAE, pode ser considerado o melhor caminho para o aprimoramento da assistência prestada ao portador do HIV. No SAE, existem profissionais com um conhecimento apropriado da clínica do HIV e do manejo desse agravo, que deve e pode ser compartilhado com a Atenção Básica. As pessoas que vivem com HIV/AIDS precisam de um cuidado integral, que inclui: alimentação saudável, atividade física, vacinação, acompanhamento psicológico, entre outros, com um olhar multiprofissional e longitudinal. Portanto, a Atenção Básica pode realizar essa abordagem integrada em linhas de cuidado com o suporte da Atenção Especializada (BRASIL, 2014).

Assim, embora existam muitas dificuldades e obstáculos a serem superados na AB, para a concretização do cuidado à pessoa portadora do HIV/AIDS, observa-se que as profissionais demonstram preocupação e empenho em desenvolver um cuidado integral dentro das possibilidades que lhes são ofertadas, apesar das inúmeras transformações que permeiam suas atividades. As ações de prevenção, promoção e tratamento ofertadas na AB da cidade em estudo mostram-se como ferramentas importantes para a assistência desse público específico.

Sobre a prevenção da transmissão vertical do HIV (domínio 5), durante a evolução da epidemia de aids, houve muitos avanços em diretrizes que foram incorporadas ao atendimento à gestante infectada pelo HIV. O Ministério da Saúde, por meio de suas diretrizes, estabelece um trabalho estratégico para o aperfeiçoamento e qualificação das ações que buscam o controle da transmissão vertical no país. Com a disponibilização de insumos como testes rápidos e exames de seguimento, medicamentos antirretrovirais e materiais técnicos, constrói-se uma base para a atuação profissional na rede de atenção à gestante e à criança.

Verifica-se que, com uma adequada aplicação dessas diretrizes, é possível contar com condutas padronizadas, que, se aplicadas, alcançam significativa redução da transmissão do HIV, sífilis e hepatite B da mãe para o feto, na quase totalidade dos casos (BRASIL, 2007). No Brasil a notificação é obrigatória no caso de sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, hepatites virais B e C, aids, infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puerpera e criança

exposta ao risco de transmissão vertical do HIV, de acordo com a Portaria 204, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016).

. A ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal na Atenção Básica com relação à prevenção da transmissão vertical do HIV e outras comorbidades apoiam-se na oferta e na execução dos testes rápidos de HIV e no acompanhamento dessas mulheres. O tratamento da mãe durante o pré-natal e parto, e a utilização da profilaxia medicamentosa para o recém-nascido podem evitar a infecção do HIV na grande maioria dos casos. Portanto, faz-se necessário, para o controle da Transmissão Vertical do HIV, um pré-natal de qualidade e o mais precoce possível para todas as mulheres que procuram atendimento nos serviços de saúde (PAULA ; GUIBU, 2007).

Os resultados obtidos com a pesquisa estão de acordo com esses estudos, já que se verificou que o cuidado dispensado às mulheres na cidade do estudo, inclui acompanhamento desde o pré-natal nas unidades que compõem a rede, com a realização de todos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde, incluindo a testagem rápida para o HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis. Quando a gestante tem o teste positivo para HIV, Hepatite B e Hepatite C, é encaminhada diretamente ao SEPA, onde é acolhida pela enfermeira responsável técnica, assistente social ou psicólogo para início imediato de tratamento. No caso de positividade para Sífilis, ela é tratada pelas unidades de saúde, a ficha de notificação é enviada ao SEPA e a maternidade é avisada. Depois do nascimento, a criança é acompanhada pelo infecto-pediatra no SEPA. O trabalho desenvolvido pelas unidades, portanto, são de suma importância para a manutenção da saúde tanto da mãe quanto do feto.

Para o domínio 6 - Testagem para HIV – confirmam-se os esforços governamentais em relação à infecção pelo vírus do HIV. A partir do ano 2000, quando a descentralização do cuidado promoveu a partilha de responsabilidade entre serviços especializados e AB, nota-se um empenho das unidades básicas de saúde em trabalhar no controle da epidemia de HIV. Atualmente, uma das diretrizes do Programa Estadual de IST/AIDS é a realização/ ampliação da testagem utilizando as mais diversas oportunidades: serviços de saúde (pré-natal, locais de atendimento de IST, tuberculose, planejamento familiar etc.), campanhas e ações extramuros, procurando o diagnóstico precoce.

No momento, existe uma terapêutica eficaz para a infecção pelo HIV, o que modifica seu prognóstico, sendo ele tanto melhor quanto mais precoce for o

diagnóstico, o que justifica, de forma indubitável, o estímulo à realização do teste em larga escala (SÃO PAULO, 2017).

Com o acesso universal e igualitário aos testes rápidos, as estatísticas mostram uma estagnação no aumento do número de casos e uma resolubilidade maior para a pessoa que (con)vive com o HIV. A partir dessas considerações, enfatiza-se a importância de os testes rápidos estarem disponíveis na AB, levando o diagnóstico para mais perto da população de forma mais rápida. Além disso, destaca-se a importância da atuação dos profissionais de saúde nesse processo, e a necessidade de estarem qualificados para executar os testes, atrair novos usuários, e, acima de tudo, ofertar acolhimento e aconselhamento humanizados e personalizados, de modo a atender demandas individuais. Assim, o teste anti-HIV é uma ferramenta/estratégia de prevenção, e seu resultado é eficaz para a prevenção da transmissão vertical do HIV, realização de acordos entre casais, indicação da PEP (Profilaxia pós Exposição ao HIV), implementação de tratamento como prevenção primária, discussão de prevenção combinada e gestão de risco.

Para a oferta do teste, as unidades de saúde devem ser abastecidas com os materiais e insumos para sua realização e contar com profissionais capacitados e treinados para o procedimento. Apesar de a literatura apresentar resultados que mostram a falta de materiais, insumos e capacitação dos profissionais na AB (Melchior, 2006 Araújo *et al.*, 2018), verificou-se, na cidade do estudo, uma realidade diferente, com oferta de materiais e insumos e capacitação dos profissionais. Portanto, a testagem para o HIV torna-se uma ação facilitadora para o controle da sorologia dos usuários e o acompanhamento para garantia de um cuidado integral e contínuo, não restrito a um momento pontual como o da realização do teste. Nesse sentido, é importante que o profissional que realiza o teste rápido, aconselhamento e manejo clínico, tenha um conhecimento atualizado e conte com reciclagem periódica sobre IST, HIV e aids (ARAÚJO *et al.*, 2018).

7.2 Fragilidades apresentadas pelas avaliações das enfermeiras na rede de atenção básica de rio claro, São Paulo, Brasil.

7.2.1 A Fragilidade na Educação Permanente dos profissionais de enfermagem “na linha de frente” da assistência em HIV/Aids na atenção básica

No que diz respeito às fragilidades, a análise estatística realizada, mostrou que nas questões do Grupo 1 (Q2 e Q 13) ocorreram as piores avaliações por parte das profissionais enfermeiras, apresentando uma mediana de 3,50 com um percentil 25 de 3,25 para os resultados do Cluster, assim como no RM com valores de 3,5 e 2,5.

No conteúdo da Q2 (**Participou de treinamento/capacitação sobre temas relacionados ao controle do HIV/AIDS nos últimos cinco anos?**) evidencia-se fragilidade no desempenho das unidades estudadas quanto às ações relacionadas à capacitação dos trabalhadores, relacionadas por exemplo, à Educação Continuada ou Educação Permanente, que são ações educativas que tem como missão desenvolver o ensino e as habilidades tanto técnicas como interpessoais, a fim de promover um atendimento humanizado e de qualidade (CARNEIRO *et al.*, 2006a).

O estudo realizado por Sudan e Corrêa (2008), que teve como foco a forma como o trabalhador percebe a própria participação em atividades educativas no contexto da AB (Atenção Básica), revelou que o trabalhador percebe tais atividades como atribuição a mais, além de todas as já existentes, e que as mesmas não contribuem significativamente para o trabalho cotidiano. Para os participantes do estudo, a visão de “treinamento” se institui em uma ação pouco significativa, que procura passar ideias sobre um serviço planejado, com promessas e possibilidades de se realizar. Todavia, esse sujeito, que recebeu muitas informações novas que foram sendo registradas, não vê modificação no seu processo de trabalho, uma vez que ele não utiliza o conhecimento adquirido pra reinterpretar e refletir sobre sua ação, resultando muitas vezes em sentimentos como desânimo, desmotivação e desinteresse com sua própria aprendizagem.

Em pesquisa, Silva; Ogata; Machado (2007) verificou a necessidade de implantar mudanças nas capacitações, pois muitas vezes os cursos, treinamentos e outras modalidades de educação acontecem desarticulados do contexto dos serviços e muitas vezes não correspondem às necessidades tanto dos gestores como dos trabalhadores. Em seus resultados as autoras afirmam que:

Os fatores que dificultam a adesão às capacitações incluem: falta de estímulo financeiro, falta de um plano de cargos e salários, a longa duração, dias “inadequados”, necessidade de custear o transporte, ocorrência de cursos fora do horário de expediente e a deficiente infraestrutura, que envolve a falta de organização e as condições do local da capacitação. Os trabalhadores sentem-se

desmotivados a participar de capacitações por não receberem o incentivo e o reconhecimento dos serviços (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007, p.6).

Para Silva e Seiffert (2009), em sua prática cotidiana, os enfermeiros apresentam baixa adesão na participação dos programas de capacitação, devido ao fato de exercerem muitas atividades dentro de sua área, além da escassez de pessoal que é sempre uma constante nas unidades. É importante ressaltar que um programa de capacitação exige planejamento para ser eficiente e eficaz, com a flexibilidade necessária para a adaptação à realidade. No planejamento, é preciso que se leve em conta algumas fases como o levantamento das necessidades, o estabelecimento de metas e objetivos, estudo da viabilidade de recursos, determinação dos programas e avaliação periódica dos resultados.

De acordo com Cardoso (2015), uma das formas de incentivar a participação dos profissionais da saúde nos processos de capacitação que almejam acrescentar conhecimento à sua prática é envolvê-los no processo de desenvolvimento da ação educativa; além de garantir que participem das tomadas de decisão sobre o trabalho junto aos usuários. Dessa forma, além de proporcionar satisfação profissional e pessoal aos envolvidos, mobilizam-se comprometimento e responsabilidade. Organizar um processo de educação permanente voltada às necessidades dos trabalhadores e de seus territórios de atuação é uma importante ferramenta para a prevenção da doença e promoção da saúde integral.

Silva; Ogata; Machado (2007) encontram resultados semelhantes e apontam que o interesse em participar da capacitação pode estar atrelado ao significado que ela pode ter para o público alvo, que, normalmente, não tem possibilidade de escolher os temas que serão abordados, o que resulta na falta de aproveitamento, em sua realidade de trabalho, do tema estudado na teoria.

O estudo de Araújo; Vilasboas e Timoteo (2007) também mostram que, ao se debater sobre o processo de formação e qualificação de recursos humanos, é importante que se considere o perfil e as necessidades do trabalhador a ser capacitado.

. Aperfeiçoar as práticas de educação em saúde pode gerar resultados bastante satisfatórios no crescimento profissional da equipe, melhorando o atendimento aos usuários, além de contribuir para o crescimento profissional.

Segundo Ricaldoni e Sena (2006), a educação permanente teria como desafio estimular a ampliação da consciência nos profissionais sobre o que ela representa, e

de sua responsabilidade no processo permanente de capacitação. Dessa forma, é imprescindível que os serviços de saúde revisem os métodos utilizados em educação permanente, para que a mesma seja um processo participativo. A ação de educação permanente traz como cenário o próprio espaço de trabalho, onde o pensar e o fazer são instrumentos fundamentais do aprender e do trabalhar.

Na XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, a Educação Permanente em Saúde passa a ser proposta claramente como política de qualificação dos profissionais, através da constituição do Pólo de Educação Permanente em Saúde:

Os Polos devem trabalhar com a educação permanente das equipes de saúde e dos agentes sociais da saúde, com o objetivo de humanizar e qualificar a atenção. Devem ser prioridades: as equipes que atuam na atenção básica que envolverá a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão, trabalhando os elementos que conferem à saúde da família forte capacidade de impacto sobre a atenção à saúde: vínculo, responsabilização, integralidade da atenção, clínica ampliada, conhecimento sobre a realidade, trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e trabalho intersetorial (BRASIL, 2004, p.20).

A humanização do atendimento, incluindo nesse cenário as pessoas vivendo com IST/AIDS, aparece como item específico inserido na necessidade de qualificação desses profissionais (Brasil, 2004). Nessa perspectiva, a Educação Permanente em Saúde surge como estratégia de investimento na qualificação profissional e tem por finalidade promover a transformação das práticas de saúde e educação nos serviços de saúde para superar deficiências na formação dos trabalhadores que ali atuam.

Peduzzi *et al* (2009) acreditam que esses trabalhadores precisam buscar e estarem inseridos em diversos espaços de reflexão sobre sua prática profissional, investir na atualização técnico-científica e na comunicação com usuários /população e os demais trabalhadores que integram os serviços, desejando sempre a melhor qualificação dos serviços prestados.

Entende-se que os profissionais que atuam no cuidado direto ao paciente, nas suas diferentes áreas (enfermagem, medicina, serviço social etc.) podem se apropriar da Educação Permanente em Saúde como uma ferramenta de gestão a

ser desenvolvida para além de ações pontuais, contemplando as necessidades locais da população atendida. Nessa proposta, destaca-se o planejamento coletivo das estratégias para a aquisição dos saberes necessários e, com isso, o empoderamento desses profissionais para obterem soluções relacionadas ao cotidiano do trabalho, como também no desenvolvimento de ações exitosas para superar problemas e encontrar soluções.

Especificamente no cuidado ao portador HIV/Aids encontram-se nas publicações do Ministério da Saúde, um guia elaborado a partir de 5 passos para a Elaboração de Plano de Educação Permanente em Saúde para as IST, HIV/Aids e Hepatites para que, de uma maneira simples e prática, os sujeitos envolvidos possam estruturar seus planos de acordo com suas realidades, promovendo suas potências e autonomia locais (BRASIL, 2017).

Os cinco passos para o plano envolvem:

1º passo – Formar Grupo de Trabalho em Educação Permanente em Saúde

2º passo – Conhecer a realidade do território

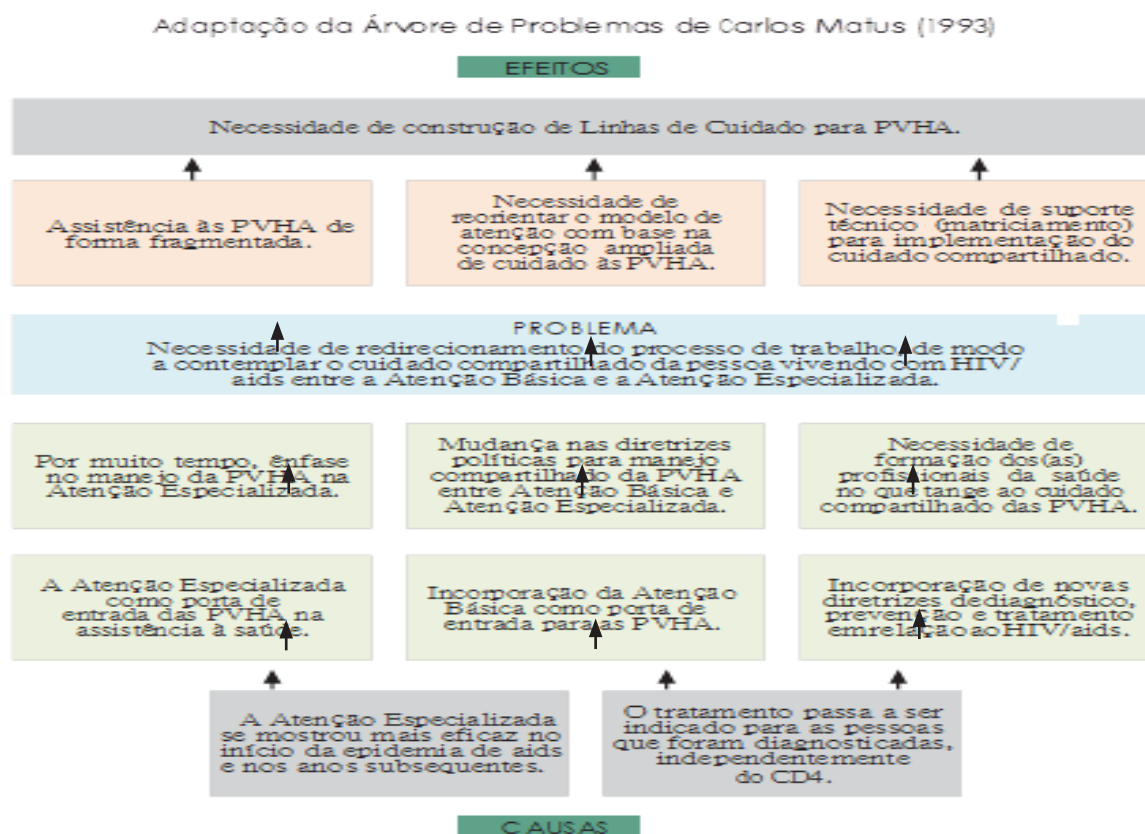
3º passo – Identificar e priorizar problemas

4º passo – Elaborar Plano Local de Educação Permanente em Saúde para as IST, HIV/Aids e Hepatites Virais

5º passo – Monitorar e avaliar o Plano Local de Educação Permanente em Saúde

No guia encontramos uma exemplificação de metodologia que pode ser utilizada e com uma problematização bastante pertinente aos achados de nossa pesquisa e apresentamos abaixo:

Figura 3. Esquema da Arvore de Problemas



Fonte: DIAHV/SVSMS, adaptado de Matus (1993).

Finalmente, destaca-se a importância de se realizar um diagnóstico situacional do território, acrescentando dados sobre problemas e necessidades relacionados à saúde da população da localidade escolhida, compreendendo seus determinantes e identificando oportunidades e facilidades para intervenção (BRASIL, 2017).

7.2.2 Abordar a sexualidade e a saúde sexual é difícil. Somente entregar ou disponibilizar o preservativo é suficiente para superar barreiras e avançar na prevenção?

A respeito dessa questão, verifica-se que, em pleno século XXI as questões relacionadas à sexualidade mantêm-se envolta em muitos sentimentos de pudor e reservas. Com o avanço da disseminação das infecções sexualmente transmissíveis (IST), de doenças que voltam ao panorama nacional e, principalmente, com o contágio pelo vírus do HIV, com a chance de desenvolvimento da Aids, este cenário

exigiu mudanças. Portanto, na atualidade falar sobre sexo e dos meios de proteção para que ele se torne seguro, tornou-se uma ação que envolve empenho tanto de pais, como educadores, líderes religiosos, influenciadores e pelas diversas categorias que atuam nos serviços de saúde.

Como estratégia básica para controle da transmissão das IST/HIV e Aids, destaca-se a prevenção por meio de atividades educativas com foco em mostrar o quão vulnerável pode ser uma relação sexual desprotegida, e incentivar mudanças efetivas de comportamento, incluindo o uso dos preservativos (BRASIL, 2006).

Nesta pesquisa, a fragilidade com relação a esse tema figura nos resultados para a Q13 (Na entrega da camisinha (condom), é realizada orientação para seu uso?). Anteriormente, sinalizou-se que a superação de barreiras de acesso na disponibilização dos preservativos à população ainda é um desafio a ser enfrentado e tem demandado a atenção por parte das esferas gestoras (SÃO PAULO, 2017).

No desenvolvimento de sua atividade profissional, a pesquisadora pôde observar que esse insumo – preservativo – fica, normalmente, exposto no balcão da recepção das unidades, a que os usuários têm livre acesso, ou precisam de um cadastro para que tenham acesso. Ferraz (2008) corrobora essa observação em estudo evidenciando que, para o usuário poder retirar o preservativo, precisava fazer um cartão específico. A temática do aconselhamento na entrega de preservativo remete à necessidade de o profissional abordar com os usuários questões da sexualidade, sobre o que estudos apontam dificuldades tanto do usuário quanto do profissional. Observa-se aí uma questão que levanta polêmicas, na medida em que a concepção da sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus, e os profissionais de saúde não se sentem preparados ou se sentem desconfortáveis em lidar com o assunto, assim como muitos usuários que sentem constrangimento em expor suas questões mais íntimas (BRASIL, 2010).

Em pesquisa realizada em uma unidade de saúde na região metropolitana de São Paulo, Ferraz e Nemes (2009) observaram que, uma unidade de saúde em que se dava a oferta de preservativos femininos, deixou de disponibilizá-los porque a procura era baixa e a validade de vários lotes havia expirado. Além disso, o usuário necessitava de um cartão específico para retirada dos preservativos, uma forma de a unidade controlar as quantidades. Verificaram, também, que os profissionais informam ser pequena a procura por preservativos e que “Não foi observada entrega desses insumos em nenhum atendimento (individual ou grupal) da unidade de saúde

da família”. As autoras concluíram que a procura dos usuários por preservativos ainda é baixa e elenca como motivação a falta de conscientização por parte dos usuários e as barreiras culturais como dificultadoras do uso do preservativo. Outros pontos de dificuldade são a falta de um espaço adequado e de materiais educativos para abordar a temática, assim como sobrecarga de trabalho, falta de pessoal e falta de adesão da população. Resultados de pesquisa de Abdalla e Nichiata (2008) corroboram que as atividades com foco na prevenção do HIV/AIDS na AB/ESF - o que inclui o uso de preservativo - como grupos educativos, são escassas e pouco utilizadas, e, normalmente, quando realizadas têm enfoque normativo. Como causas apontadas para a baixa frequência na realização de grupos educativos estão a ausência de espaços adequados nas unidades e a baixa procura por esse tipo de atividade.

Todas as questões elencadas podem dificultar a oportunidade de orientações com relação ao uso do preservativo e, dessa forma, contribuir para uma disseminação maior das ISTs, tornando mais difícil seu controle. Por sua experiência, a pesquisadora observa que a justificativa de muitos jovens, adultos jovens e idosos para não fazer uso do preservativo é o tipo de relacionamento mantido, dito “relacionamento sério”, por conta da relação de confiança no parceiro. A alegação é que, após um período determinado de relacionamento, o preservativo é menos utilizado devido ao vínculo criado com o parceiro, ou acordos de fidelidade feitos pelo casal. Resultado semelhante foi encontrado por Ferraz (2009), em pesquisa que identificou pouca adesão dos usuários aos preservativos e a importância da confiança na relação como um elemento limitador para seu uso. Portanto, a orientação com relação ao uso de preservativo, no momento de sua entrega, é uma tarefa bastante necessária e que exige um esforço de toda a equipe para que seja realizada em todos os espaços: uma consulta de enfermagem, uma visita domiciliar, um grupo educativo etc., procurando romper as barreiras do preconceito, mantendo uma relação de proximidade com o usuário atendido, para que, dessa forma, se possam produzir novos hábitos de saúde e prevenção.

Finalizando e tentando responder a inquietação da pesquisadora em relação a essa temática, sinaliza-se que, para o atual cenário da epidemia do HIV/AIDS e outras IST, existe a necessidade de uma ampliação no agir do profissional com relação à promoção do sexo seguro. Além de aproveitar os espaços já mencionados, é oportuno que se leve em conta o contexto das questões

relacionadas ao comportamento sexuais apresentadas pelos usuários, mantendo uma relação de respeito e cumplicidade ao tratar o assunto, de forma a desenvolver a confiança, fazer com que receios e tabus sejam desmantelados e a abordagem transcorra de maneira simples. Oportunizar a escuta, levando em consideração o conhecimento prévio de quem quer construir um novo modo de vida e novos saberes pode se tornar uma ação aliada no processo de atuação do profissional.

Com relação ao Grupo 2, cujo resultado foi codificado como pouco satisfatório, identificou-se que, na questão 15, São realizadas ações educativas coletivas, voltadas para a população, relacionadas à prevenção das ISTs (infecções sexualmente transmissíveis)?, o cálculo do RM apresentou resultado de 3,7, com 9 respostas “às vezes”, e, no Cluster apresentou mediana 4 e percentil

25 também de 4. As questões 16 São realizadas ações educativas para informação e prevenção das ISTs (infecções sexualmente transmissíveis) no espaço físico da unidade de saúde? e 18 - As ações educativas acerca do HIV/AIDS são desenvolvidas sem dificuldades/entraves? apresentaram na análise estatística do Cluster uma mediana de 4 e percentil 25 de 4 e, na análise do RM, apesar de apresentarem valores de 3,8 e 4,0, exibem um número elevado na resposta “às vezes”: 7 e 8, respectivamente.

Os resultados mostram que, apesar de uma mediana próxima de 4, que parece poder ser considerados como satisfatórios, há uma fragilidade com relação às respostas pelo número elevado de “às vezes” que se encontra no ponto neutro da escala. Como as questões fazem parte do domínio 1 - Educação em Saúde, consideramos pertinente discorrer sobre as indagações formuladas, na tentativa de desvelar entraves que possam ser superados no contexto das unidades estudadas.

7.2.3 Educação em saúde para prevenção do HIV com a população: é preciso avançar, mas o que dificulta?

As dificuldades com relação ao domínio 1- Educação em Saúde pode estar relacionada ao fato de que as equipes têm algumas dificuldades para executar práticas - no cotidiano dos serviços - relacionadas à inclusão de ações educativas para a população geral; assim, são realizados essencialmente os trabalhos focados em grupos específicos como gestantes hipertensos ou diabéticos. Desta forma, as atividades de educação em saúde são regidas de acordo com o programa ou a

epidemia que acontece naquele momento (ALBUQUERQUE e STOTZ, 2004). Rice e Candeias (1989) discorrem sobre o efeito passageiro desta estratégia de disseminar informação em saúde, particularmente por meio de campanhas associadas aos meios de comunicação de massa em relação à mudanças de hábitos e comportamentos. As autoras alegam que a população não modifica o comportamento em definitivo, mas apenas reage a um estímulo passageiro. Com a eliminação do estímulo, o comportamento tem uma tendência a desaparecer. Entende-se que um dos grandes desafios para os trabalhadores que atuam na AB é revisar as práticas desenvolvidas de educação em saúde perante aos novos padrões, sendo imprescindível seguir novas visões, bem como repensar a metodologia de trabalho atual (ARAÚJO; VILASBOAS; TIMOTEO, 2007).

Embora exista um avanço na discussão ampliada de Educação em Saúde como ações que potencializam a mudança social dos sujeitos, Falkenberg et al (2017); Santos *et al.* (2015), descrevem em suas pesquisas, a prevalência de ações verticalizadas, onde o profissional é o detentor do conhecimento e mantém práticas tradicionais de educação em saúde, onde na maioria das vezes utiliza a metodologia de transmissão de conhecimentos à população. Uma vez que educar em saúde é mais do que só a transferência de conhecimentos, pois envolve uma troca em que o ato de criar e de transformar supera o ensino e a aprendizagem. Nesse sentido, em estudo realizado por Fernandez; Backes (2010) os autores destacam que a tarefa do educador em saúde é a de conduzir o indivíduo a apreender questões que tenham um significado real, pois, assim, ele mesmo saberá como agir, desde que o formato de educação proporcionada seja realmente transformadora e criativa.

Desta forma, o estabelecimento de um diálogo entre o trabalhador da saúde e o usuário poderá ter como resultado uma solução para os problemas de saúde, uma vez que, muitas vezes, a conversa traz a resposta para determinada dificuldade. Ao mesmo tempo, destaca-se a necessidade de se trabalhar com o conhecimento popular, porque a troca de conhecimentos só poderá acontecer se o trabalhador apresentar a humildade de ouvir, aceitar e associar o conhecimento empírico ao acadêmico (COELHO; JORGE, 2009).

Se o profissional adota uma postura de parar para ouvir o outro, compreendê-lo, respeitar suas diferenças e refletir sobre seu ponto de vista, é que surge a possibilidade de ofertar uma educação de maneira humanizada. Nesse sentido, a Enfermagem desempenha um papel fundamentalmente importante no que diz

respeito às atividades de educação em saúde com o compromisso com a humanização (BEZERRA *et al.*, 2015).

Nessa linha de pensamento, humanizar é o ato de incorporar a capacidade técnica à ternura humana, consentindo ao profissional de saúde utilizar a comunicação para compreender a história de vida, o modo de ser e de agir do usuário e desta forma entender o ser humano em todas as suas dimensões e manifestações (TEIXEIRA, 2009).

Em estudo realizado por Moraes (2017), a autora aponta para o fato que nas ações de educação em saúde o papel da população tem sido apontado apenas como de receptora de informações e conhecimentos, sem capacidade para trazer suas contribuições, suas experiências e propostas para o cuidado com a saúde. Mantem-se desta forma um trabalho na perspectiva verticalizada, onde o profissional reconhecido como o detentor do conhecimento transmite informações e conhecimentos tanto para os outros profissionais como para os usuários.

Segundo Pinafo *et al.*, (2011), o destaque para os envolvidos no processo de educação em saúde deve ser a realização de trocas horizontais, pois seu enfoque tem como prioridade promover a participação social tanto dos profissionais da saúde como dos usuários e de toda a comunidade.

Ainda de acordo com Salci *et al.*, (2013), a educação em saúde deve ser vista como uma prática social, que deve ser construída a partir da realidade territorial em que a população se encontra para desenvolver uma consciência crítica e dar respostas aos problemas de saúde de forma individual e/ou coletiva. Portanto, a educação em saúde não deve ter uma metodologia determinada, ela precisa partir das peculiaridades do grupo para que se possam trabalhar as questões envolvidas, de forma que todos os sujeitos sejam protagonistas de sua história (FRANCO; SILVA; DAHER, 2011).

Existem muitos fatores que dificultam a prática de uma boa ação que vise a mudança de hábitos de uma população atendida. Um ponto importante a se destacar são as dificuldades enfrentadas pelo profissional enfermeiro para conciliar suas atividades como educador e suas tarefas administrativas. As dificuldades apresentam-se, desde o acúmulo de funções, cumprimento de metas estabelecidas pelos órgãos gestores, até a falta de espaço adequado, que inviabiliza as práticas relacionadas à prevenção e promoção da saúde como a educação em saúde (JUNQUEIRA e SANTOS, 2013).

Entretanto, existem profissionais e equipes que fazem o melhor para atender sua população adstrita, com práticas exitosas observadas no próprio município da pesquisa. É necessário, contudo, que o trabalho seja desenvolvido em conjunto e, talvez, com uma participação maior dos gestores das unidades básicas de saúde e um compromisso maior em prol da ampliação, fortalecimento e concretização das ações que buscam promover a saúde da população. Exemplificando, há o trabalho de Martins e Souza (2017) mostrando que ações de educação permanente em saúde, voltadas à capacitação e aprimoramento dos trabalhadores que atuam nas unidades, podem contribuir para a apropriação de conhecimentos e promover o debate acerca da autonomia, participação e controle social exercido pela própria população, especialmente na Atenção Básica. Esse fato vai de encontro à atuação da gestão, pois, nos resultados encontrados, verifica-se uma fragilidade das enfermeiras respondentes em relação a participar de capacitações nos últimos cinco anos.

Ainda de acordo com Assis *et al* (2010), “compreender a atenção básica como área que requer formação específica e capacitação da equipe de saúde para desempenhar suas funções na produção do cuidado em saúde” é de suma importância. Existe uma necessidade de se compreender e intervir de forma significativa nos problemas de saúde, contribuir para a elaboração de um novo modelo de assistência que supere o modelo tradicional biomédico e tenha um enfoque mais humanizado, com um compromisso real com as necessidades de saúde da população.

Compreende-se que o trabalho de educação em saúde não é uma ação fácil de realizar, portanto existe a necessidade de se aprimorarem os métodos de como essa atividade deve ser desenvolvida. Além disso, é fundamental que se promova uma prática educativa que vise à participação ativa dos usuários, em uma relação dialógica, onde o usuário deixe de ser um mero receptor de informações, para se tornar ativo e ter autonomia para compreender os fatores que interferem em seu processo de saúde/doença, melhorando de tal forma seu compromisso com o seu cuidado, de sua família e de toda a comunidade. É importante ressaltar que os profissionais têm se dado conta, na atualidade, da necessidade de ampliar as suas ações para além das tarefas que abrangem a concepção de grupos e execução de palestras, e têm mostrado sensibilidade com relação a essa nova necessidade. Desse modo, as práticas de educação em saúde precisam ser voltadas à autonomia

dos sujeitos, destacando que a atenção primária é locus das ações intersetoriais, da participação social, e também de empoderamento tanto individual quanto coletivo (CARNEIRO *et al.*, 2012b).

Nas ações de educação em saúde é importante formar vínculos com a comunidade e desenvolver uma prática humanizadora, que tenha como objetivo a promoção de uma boa qualidade de vida para os usuários, agentes ativos no processo, e nos serviços de saúde (BEZERRA *et al.*, 2015).

7.2.4 A “missão” da Atenção Básica é a Prevenção, e como está a prevenção em saúde sexual voltada ao enfrentamento da Aids?

Ao longo da história da doença, pôde-se observar que as atividades de prevenção ao HIV/AIDS estavam, inicialmente, focadas em ações realizadas por organizações da sociedade civil. A indicação de sua integração às estruturas do SUS começou a ser intensamente debatida nos anos 1990, como resposta às tendências de heterossexualização e feminização da epidemia que se concretizavam na ocasião (FERRAZ; NEMES, 2009).

Recomendações do Ministério da Saúde indicam a Atenção Básica como o ponto de partida de um atendimento à saúde pública eficiente e eficaz. Compete a esse nível de atenção a tarefa de informar à população quanto às ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, ofertar uma assistência de forma contínua e resolutiva, e encaminhar os doentes, quando necessário, aos serviços de referência, com agilidade e precisão (BRASIL, 2012).

Algumas ações são recomendadas para estarem sendo trabalhadas em nível de atenção básica, como o acolhimento do usuário, utilizações da sala de espera para a realização de ações de educação em saúde sobre HIV/AIDS, apoio para o diagnóstico e aconselhamento, comunicação dos parceiros sexuais de portador de HIV/AIDS, disponibilização de insumos de prevenção e realização da abordagem sindrômica das IST (BRASIL, 2006).

De acordo com Costa (2004), o aconselhamento contribui de forma efetiva para a quebra da cadeia de transmissão do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), uma vez que permite ao usuário julgar suas reais possibilidades de risco de infecção por IST e HIV/AIDS. Além disso, proporciona, ainda, reflexões e

decisões por medidas preventivas segundo suas vivências e singularidades e melhora na qualidade de vida, independentemente de sua condição sorológica.

De acordo com Malta et al (2011), a educação em saúde é uma forma de difundir as informações entre os indivíduos, com o objetivo de prevenir doenças e/ou proteger e promover saúde. Dessa forma, ela constitui-se como um recurso que admite fazer uma ligação entre o conhecimento científico de saúde e a população, determinando mudanças no hábito de vida das pessoas, tornando-as mais independentes no conhecimento do processo saúde-doença (ALENCAR *et al.*, 2008).

A literatura demonstra vários caminhos para que a educação em saúde possa ser realizada de forma que promova mudanças nos comportamentos de vida das pessoas que buscam os serviços de saúde. No entanto, quando essas ações estão relacionadas com práticas e comportamentos sexuais, principalmente relacionadas às ISTs, observa-se que existe um forte preconceito na abordagem desses temas. Diante do surgimento do HIV/AIDS, é possível notar que essas questões relacionadas à intimidade vieram à tona, e existe a necessidade de discussões que envolvam a sexualidade e as práticas e comportamentos sexuais que estão relacionados à possibilidade de se contaminar e transmitir a doença.

Observa-se, no entanto, uma dificuldade, tanto da equipe, como dos usuários, quando o assunto é a intimidade de cada um. O que se observa, na prática, são ações que facilitam a testagem, o controle da transmissão vertical e a disposição dos preservativos.

Com relação à distribuição do preservativo, que é considerado um método de barreira muito eficiente para evitar a transmissão, afirmam Rosário; Portugal (2016, p. 4):

A livre distribuição não é algo ruim, mas acreditamos que a mudança efetiva ocorre quando as pessoas se sentem empoderadas o suficiente para experimentar, e depois negociar o uso, principalmente no que se refere à camisinha feminina numa cultura em que as mulheres não conhecem o próprio corpo e se constroem em pensar tocar suas próprias vaginas. O mantra "use camisinha" é repetido como "receita de bolo", sem o cuidado que merece, sem diálogo sobre as dificuldades, obstáculos comuns, e as alternativas para a superação dos mesmos. Muitas vezes também vemos campanhas voltadas para "populações de risco" como a comunidade LGBT e profissionais do sexo, reforçando o estigma de que "somente" práticas

sexuais que fogem ao padrão heterossexual e monogâmico sejam associadas às doenças sexualmente transmissíveis. Reforçam a ilusão de que homens e mulheres heterossexuais e monogâmicos, “de família”, são imunes ao HIV. Nas escolas, o tabu se instala fortemente. Crianças e adolescentes carecem de informações claras sobre seus corpos, as doenças a que estão vulneráveis, os métodos de barreira e contraceptivos, os relacionamentos e manejo de desejos e emoções. Frequentemente, ou não tem acesso, ou o têm de forma entrecortada, com moralismos religiosos, machistas e biologizantes (ROSÁRIO; PORTUGAL, 2016, p. 4).

Diante do exposto e de acordo com Acioli (2008), existe a necessidade de uma reorientação das ações educativas por meio de planejamento ativo, em que os profissionais avaliem as ações a serem desenvolvidas, analisando a realidade e o interesse da população assistida para definir o melhor método educativo. Dessa forma, as ações de educação em saúde são a expressão do cuidado, numa proposta de construção partilhada de saberes que busque interdisciplinaridade, autonomia e cidadania.

Ainda com relação à informação no contexto da sexualidade Rosário e Portugal (2016, p.10) afirmam:

A falta de informação é um grande fator de retroalimentação da epidemia. As pessoas compartilham mitos e medos em relação ao HIV. Muito mais do que saber como se transmite, as pessoas têm dificuldade de lidar com as vulnerabilidades, com as emoções, os impulsos e os desejos no sexo e na prevenção. É preciso falar de educação sexual, seja nas escolas, nas universidades, nas unidades básicas de saúde, em casa. É preciso quebrar moralismos e proibicionismos. Ao termos informação e educação sexual fragilizados, temos uma sociedade vulnerável à infecção, a viver sob o medo. E, por fim, o preconceito, que surge e ressurgue cotidianamente segregando pessoas soropositivas. O preconceito, assim como o vírus, é umas das grandes causas e consequências da epidemia (ROSÁRIO; PORTUGAL, 2016, p. 10)

Estudo realizado por Mendonça; Araújo (2009) mostra que as estratégias que buscam trabalhar a prevenção das IST/AIDS devem priorizar a troca de experiência, o compartilhamento de conhecimentos entre os seus integrantes e a discussão de temas de interesse desse público. Assim, essas estratégias precisam ter o seu contexto formulado de acordo com o meio socioeconômico e cultural em que os sujeitos estão inseridos, além de suas necessidades específicas.

Portanto reafirma-se a necessidade de um olhar diferenciado dos profissionais que atuam na educação em saúde, para uma quebra de paradigmas, para que as informações sejam transmitidas de uma forma dialógica, levando em

consideração o saber popular da população atendida. Que os momentos de aprender possam ser realizados de uma forma diferenciada, que não sejam momentos de um saber dominante, mas uma troca de informações e de experiências de vida, de forma humanizada e singular, em que o objetivo final seja o de promover mudanças e o alcance de novos comportamentos. Destaca-se a importância da atuação do enfermeiro para atuar nesses contextos, uma vez que a característica de seu trabalho é o cuidado e contato constante com as pessoas, em diversos espaços da atenção, estando, portanto, capacitadas para oferecer uma assistência capaz de entender cada um na sua singularidade, com suas dificuldades e suas diversidades, buscando a promoção da saúde e da cidadania.

É consenso que quanto maior o conhecimento adquirido pelo indivíduo, maior a chance de que desempenhe ações preventivas em relação à saúde e menores as chances de adoecer. A disseminação do conhecimento associada a conversas orientadoras mais personalizadas como forma de promoção da saúde se torna evidente, sendo elas um argumento transformador de auxílio nas ações de autocuidado e preservação da saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do objetivo proposto para o estudo - avaliar a atenção ao HIV/AIDS na atenção básica sob a ótica dos profissionais enfermeiros - entende-se que os resultados apontaram para duas questões principais. A primeira se refere à validação secundária do instrumento utilizado, uma vez que o mesmo se mostrou satisfatório para o que se propõe, contudo sinalizamos para a ausência de questões que abarquem o cuidado ampliado e integral centrado na pessoa, a adesão terapêutica e a questão do estigma, que julgamos de suma importância para um diagnóstico completo do cuidado.

A segunda questão relaciona-se ao diagnóstico situacional do cuidado prestado na cidade do estudo: resultados da avaliação da Atenção em HIV/AIDS na Atenção Básica de Rio Claro apontam para uma atuação com tendência à efetividade, embora com algumas fragilidades de desempenho das unidades com relação aos domínios: Educação em Saúde, Educação Permanente em Saúde e Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Inferimos que no trabalho da AB essas questões representam o básico no cuidado prestado. Se existe falhas na execução desses procedimentos, pode ser que haja um problema estrutural maior afetando não só as questões relacionadas às ISTs, mas em toda a dinâmica de funcionamento.

Considerando que a AB é tida como a porta de entrada do SUS e as ações com relação à proteção e prevenção deveriam estar nas ações rotineiras dos serviços, nota-se um entrave com relação a essas atividades. Talvez seja necessário buscar novas formas de enfrentar essas dificuldades, num esforço conjunto entre as equipes de trabalho e os gestores, procurando novas maneiras de trabalhar essas questões consideradas de suma importância para uma melhor atuação da AB na resposta ao HIV/AIDS.

As unidades estudadas realizam um trabalho bastante satisfatório com relação às ações que têm cunho normativo e são mais pontuais, cujas recomendações são sistematizadas em manuais e resoluções elaborados pelos governos, que vão mais ao encontro do conceito biomédico de cuidados integrais.

Por outro lado, revelam lacunas no que diz respeito à exigência de uma atuação que considere aspectos e condições psicossociais, sobretudo na maneira de abordar e envolver o usuário para lidar com problemas cotidianos, por meio de

diálogos mais reflexivos sobre possibilidades de escolhas ou suas barreiras, e de um cuidado mais singularizado.

É importante que cada unidade/equipe de saúde reflita sobre o compromisso geral de que as ações não sejam realizadas para cumprimento de uma meta ou norma governamental, mas com foco na produção de saúde e autonomia das pessoas atendidas, levando em conta a individualidade, contextos socioculturais, condições de vida e tudo que possa vir a contribuir para a efetivação de um cuidado humanizado e transformador.

Os resultados encontrados apontam para a necessidade de ampliação e melhoria das ações que visam a prevenção e o controle do HIV/AIDS na atenção básica, dadas as fragilidades que os serviços apresentam. As dificuldades podem estar relacionadas à estrutura física das unidades, à sobrecarga de trabalho, à baixa adesão da população aos grupos educativos desenvolvidos e, sobretudo, às questões relacionadas à sexualidade.

Outro ponto a destacar é a falta de implementação de um fluxo de atendimento no cuidado ao portador de HIV/AIDS na AB, sendo que o cuidado ainda permanece centrado nos serviços especializados, o que descaracteriza a potencialidade da AB no manejo das questões relacionadas ao HIV, uma vez que não existe uma linha de cuidado específica que contemple as necessidades apresentadas pelos indivíduos portadores do vírus ou da doença.

Fundamental que se reconheça a importância do profissional da saúde, especialmente na figura da enfermeira, na condução das práticas de prevenção e controle do HIV/AIDS, com o intuito de oferecer uma assistência de qualidade, baseada na visão integral e humana do cuidado.

Destaca-se a importância de os serviços de saúde estarem sempre se adaptando aos novos desafios que lhes são apresentados, ajustando-se para garantir acesso à integralidade do cuidado, articulando profissionais, usuários e equipamentos sociais na busca de estratégias de enfrentamento, prevenção e controle do HIV/AIDS.

Fica evidente que o avanço da qualidade da atenção ao HIV/AIDS na Atenção Básica de saúde depende de uma mobilização das esferas governamentais na forma de apoio à concretização de novos arranjos tecnológicos, de recursos humanos, de educação permanente e estrutura física das unidades para buscar a superação de dificuldades.

Ao mesmo tempo, a pesquisa também identificou na rede avaliada avanços e potencialidades: a oferta do teste rápido, disposição de insumos de proteção (preservativos), prevenção da transmissão vertical do HIV e diagnóstico precoce. Isso tende a corroborar a tese da capacidade potencial da AB nas ações que podem mitigar a disseminação da infecção pelo vírus, além de diminuir o impacto que essa epidemia causa na vida das pessoas. Fica evidente que o avanço da qualidade da atenção ao HIV/AIDS na Atenção Básica de saúde depende de uma mobilização das esferas governamentais na forma de apoio à concretização de novos arranjos tecnológicos, de recursos humanos, de educação permanente e estrutura física das unidades para buscar a superação de dificuldades. É fundamental também que se reconheça a importância dos profissionais da saúde e do investimento em sua formação (Educação Permanente), especialmente na figura da/o enfermeira/o, na condução das práticas de prevenção e controle do HIV/AIDS, em uma assistência de qualidade, baseada na visão integral e humanizada do cuidado.

Concluindo, diante do objetivo proposto para o estudo - compreender o processo de atenção ao HIV/AIDS na rede de Atenção Básica de Rio Claro/SP, as análises quantitativas realizadas a partir dos dados obtidos via questionário, possibilitaram obter uma avaliação mais panorâmica da atenção em curso, centrando-se principalmente em níveis de execução de ações técnicas normatizadas e protocolares. As unidades estudadas realizam um trabalho bastante satisfatório com relação às ações de maior cunho normativo e mais diretivas, cujas recomendações são sistematizadas em manuais e resoluções elaborados pelos governos. Por outro lado, revelam-se menos potentes as ações que exigem manejo de tecnologias leves, assentadas na relação comunicacional, e de maior incorporação de aspectos e condições psicossociais dos usuários, sobretudo na maneira de abordar como enfrentar/lidar com questões/problemas cotidianos das pessoas em suas relações interpessoais e institucionais. São ações que demandam diálogos mais reflexivos e singularizados, sobre possibilidades de práticas e decisões que as pessoas têm em meio às barreiras enfrentadas. Por o trabalho ter se preocupado em fazer análise quantitativa, o questionário explorou as ações normatizadas dos profissionais. Sugere-se que futuras pesquisas sobre o tema, façam uma abordagem qualitativa, levando em conta aspectos interacionais e “humanos” da atenção dispensada aos portadores de HIV/AIDS.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, F. T. M; NICHATA, L. Y. I. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. **Saúde Soc.** v. 2, n. 17, p. 140-52, 2008.
- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 01, p. 117-121, fev. 2008.
- ALBUQUERQUE, P. C; STOTZ, E. M. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface.** v. 15, n. 8, p. 259- 274, 2004.
- ALENCAR, R. A. et al. Desenvolvimento de uma proposta de educação sexual para adolescentes. **Ciência & Educação (Bauru)**, v. 14, n. 1, p. 159-168, 2008.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface.** v. 16, n. 9, p. 39-52, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>. Acesso em: 21 dez. 2019.
- ANDRADE, L. O. M; BUENO, I. C. H. C; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 783-836.
- ARAÚJO, M. B. S; VILAS BOAS, L. M. F. M; TIMÓTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Cien Saude Colet.** v. 4, n. 13, p. 1-6. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/33.pdf>. Acesso em: maio 2018.
- ARAÚJO, W. J; QUIRINO, E. M. B; PINHO, C. M; ANDRADE, M S. Perception of nurses who perform rapid tests in Health Centers. **Rev Bras Enferm** . 2018;71(Suppl 1):631-6. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0298>> acesso em: 21 jun. 2020.
- ASSIS, M.M.A. et al. (Orgs.). *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários* [online]. Salvador: **EDUFBA**, 2010.
- AYRES, J. C. R. M. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003.

AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Hucitec; 2002.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, Jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Mai 2020.

BARBARA, A; SACHETTI, V. A. R.; CREPALDI, M. A. Contribuições das representações sociais ao estudo da Aids. **Interação Psicol.**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 331-339, 2005.

BARROS, S. M. O. Cuidados domiciliares ao paciente com síndrome de imunodeficiência adquirida. **Acta Paul Enferm.** v. 1, n. 2, p. 30-2, 1989.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, v. 16, sup. 1, p. 65-76, 2000.

BAULI, J. D.; MATSUDA, L. M. Diagnóstico situacional do serviço de enfermagem de hospital de ensino sob a ótica dos profissionais de nível médio. **Revista de Administração em Saúde, São Paulo**, v. 11, n. 43, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/files/RAS43%20-%201-20%20Diagn%C3%B3stico.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

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

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov..

BRASIL. Ministério da Saúde. **5 passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica: guia para gestores**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>. Acesso em: 10 jan 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDS vinte anos: Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro**. História do Programa Nacional. Disponível em: http://sistemas.AIDS.gov.br/congressoprev2006/20_anos_do_PN.htm. Acesso em: 19 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e IST**, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>. Acesso em: 13/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56264/_p_caderno_boas_praticas_pdf_p__32688.pdf>. Acesso em: 15 de nov. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso**. Brasília. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cinco passos para elaboração de plano de educação permanente em saúde para as IST, HIV/Aids e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 36 p.** Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/cinco_passos_para_a_prevencao_combinada_ao_hiv_na_67335%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/cinco_passos_para_a_prevencao_combinada_ao_hiv_na_67335%20(1).pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Bucal**, 29 de jul a 1 de ago, 2004, Brasília. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na atenção básica: Rede Cegonha**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_implantacao_testes_rapidos_hiv_sifilis.pdf. Acesso em: 10 jan 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete_-_do_-_ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017. Acesso: 13 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 14 jan.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**, Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis**, Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos.** 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 23 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**. Brasília (BR): MS; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. Caderno de Boas Práticas. Brasília: MS, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hivaids-na-atencao-basica>. Acesso em: 24 de jan 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela atenção básica manual para a equipe multiprofissional**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Programa nacional de DST e Aids. Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF; 2006.

BRASIL. Ministério de Saúde. Departamento de DST e Aids e Hepatites Virais. **Portal sobre Aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. Disponível em: www.aids.gov.br. Acesso em: set. 2018.

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

BRASIL. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **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.2012.

BRASIL. **Portaria SVS/MS nº 151, de 14 de outubro de 2009.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

BRASIL.**Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil:** desafios para a equidade e o acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

CAPISTRANO FILHO, D. O cirurgião-dentista no programa de saúde da família. **Rev. Bras. Odontol. Saúde Coletiva**, v.1, n.2, p.8, 2000.

CARNEIRO, A.C.L.L.; SOUZA, V.; GODINHO, L.K.; FARIA, I.C.M.; SILVA, K.L.; GAZZINELLI, M.F. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 02, p. 115-120, 2012.

CHIESA, A. M; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de enfermagem.** [S.l:s.n.], 2001. Disponível em: www.ids-saude.org.br/enfermagem. Acesso em: 21 dez. 2019.

COELHO, M. O; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1523-1531, 2009.

COLACO, A. D. et al . O CUIDADO À PESSOA QUE VIVE COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, e20170339, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100332&lng=en&nrm=iso. Acesso em : 08 Jan. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SÃO PAULO-SP. Parecer Técnico n.043/2012 – **CT O enfermeiro pode realizar o teste rápido de HIV?** Pode delegar ao auxiliar e técnico no caso de triagem na maternidade? Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_43.pdf. Acesso em: 17 dez. 2018.

COSTA, G. C. de S. **Investigação de mutações nos genes da CCR5 e langerina e suas associações com a infecção pelo HIV-1.** 2012. 124 f. Tese (Doutorado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro

de Pesquisas Gonçalo Moniz, Salvador, 2012.

COSTA, G. C. de S. **Investigação de mutações nos genes da CCR5 e langerina e suas associações com a infecção pelo HIV-1.** 2012. 124 f. Tese (Doutorado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz, Salvador, 2012.

COSTA, M. A. de O. **Aconselhamento para o teste anti-HIV: o olhar de profissionais de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte.** 2004.

CRISPIM, D. L. et al. Comparação de métodos de agrupamentos hierárquicos aglomerativos em indicadores de sustentabilidade em municípios do estado do Pará. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2, p. e60922067, 2020.

CRONBACH, L. J. **Coefficient alpha and the internal structure of test.** **Psychometrika**, v. 16, n. 3, p. 297 – 334, 1951.

CRONBACH, L. J. **Fundamentos da testagem Psicológica.** 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

DANTAS, M. S et al. Representações sociais do HIV/AIDS por profissionais de saúde em serviços de referência. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 4, n. 35, p. 94-100, 2014.

DOURADO I; VERAS MASM; BARREIRA D; BRITO, AM. Tendências da epidemia de aids no Brasil após a terapia antirretroviral. **Revista de Saúde Pública** 2006; 40 (supl): 09-17.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 mai 2020.

FE.RRAZ, D. A S; BATTISTELLA, N. M. I. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 2, n. 25, p. 240-250, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400006>. Acesso em: 15 fev. 2020.

FERNANDES, M. C.P.; BACKES, V.M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010.

FERRAZ, D.A. de S.; NEMES, M.I. B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. s240-s250, 2009.

FERREIRA, C.V.L. **AIDS e exclusão social: um estudo clínico com pacientes com o HIV.** São Paulo (SP): Lemos Editorial; 2003.

FORMOZO, G. A.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **REBEn. Revista Brasileira de enfermagem**, 2010.

FORMOZO, G. A.; OLIVEIRA, D.C.. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Rev. Bras. Enferm., Brasília**, v. 63, n. 2, p. 230-237, mar./abr. 2010.

FRANCO T.A.V.; SILVA J.L.L.DAHER DV. **Educação em saúde e a pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. Informe-se em promoção da saúde.** 2011; 7(2):19-22]. Disponível em: [http://www.uff.br/promocaodasaude/grpos %20ed.pdf](http://www.uff.br/promocaodasaude/grpos%20ed.pdf) > Acesso em 23 jan 2020.

FREITAS, A.L.P.; RODRIGUES, S.G.. **A avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach.** XII SIMPEP (Simpósio de Engenharia de Produção). Bauru, 2005.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.493-545.

GLIEM, J.; GLIEM, R. **Calculando, interpretando e reportando o coeficiente alfa em escalas tipo Likert.** Columbus, p. 82-88, 2003.

HAHN, B.H.; SHAW G.M.; DE COCK K.M.; SHARP P. **AIDS as a Zoonosis: Scientific and Public Health Implications.** Science. 287: 607-614, 2000.

JACKSON, H. **SIDA em Africa – Continente em Crise.** Safaids 2004.

JANAÍNA, C. S. L., ERIKA, C. P., IEDA CARLA, A. D. S. D. S. P., & MARIANA, C. S. (2018, July). **Práticas humanizadoras na atenção básica: uma revisão sistemática.** In XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería.

JUNQUEIRA, M.A.B.; SANTOS F.C.S.S. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. **Rev. Ed. Popular, Uberlândia**, v. 12, n. 1, p. 66-80, jan./jun. 2013. Disponível em : [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/20301-Texto%20do%20artigo-88107-1-10-20130627%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/20301-Texto%20do%20artigo-88107-1-10-20130627%20(2).pdf)> Acesso em 23 fev. 2020.

LUCIAN, R. Repensando o Uso da Escala Likert: Tradição ou Escolha Técnica?. PMKT – **Revista Brasileira de Pesquisa de Marketing, Opinião e Mídia**, 2016.

LUZ, P.M.; MIRANDA, K. C. L. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/Aids como forma de cuidar. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1143-1148, jun. 2010.

MACÊDO, S. M. de.; SENA, M. C. dos. S.; MIRANDA, K. C. L. **Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: Perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros**. (2016). Disponível em: < <http://www.scielo.br/>> acesso em: 13 mai.. 2020.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

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**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MALTA, D. C. et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 14, p. 147-156, 2011.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (orgs). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, ABIA/IMS/UERJ, 1993.

MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **Hist Ciênc Saúde–Manguinhos**. v. 1, n. 9, p 25-59, 2002.

MARTINS, R. A. S.; SOUZA C.A. A educação em saúde no contexto da Atenção Primária em Saúde. **CEFACS**. 2017; 5(supl.: 282-288. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2261-11650-2-PB.pdf>> Acesso em 23 fev 2020.

MATTAR, F. N. **Pesquisa em marketing**. 6. ed. Atlas: São Paulo, 2008. 347p

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento**. 2003. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MATUMOTO, S; FORTUNA, C.M; MISHIMA, S.M; PEREIRA, M. J. B; DOMINGOS, N.E.M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.9-24, set.2004/fev.2005.

MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 143-151, fev. 2006.

MELO E.A.; MAKSUD I.; AGOSTINI R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Rev Panam Salud Publica**. 2018;42:e151. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>> Acesso em 23 fev 2020

MELO E.A.; MENDONÇA M.,H. M; OLIVEIRA J.R DE.; ANDRADE G.C.L DE. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**. 2018; 42(1):38–51.

MENDES, E. V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. p. 27-34, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2019.

MENDONÇA, R.C.M.; ARAÚJO, T.M.E. **Métodos Contraceptivos: A prática dos adolescentes**. Esc Anna Nery Rev Enferm, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.863-71, 2009.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde -Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis, A T et al (orgs) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. 387p.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.L.G.; COSTA, R.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev.2020.

MORAES, M.C.L. Promoção da saúde: visitando conceitos e ideias. **REFACS** (online) 2017; 5(1): 75-79. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1917/1936>> Acesso em 23 mai 2020.

NEVES, M.R.S.; VANZELLA, E. Tempo de máquinas paradas numa indústria têxtil: um estudo por meio de análise de agrupamento. **Revista Mangaio Acadêmico**, v. 2, n. 1, p. 58-65, 2017.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. 2013.31];66(esp):158-64. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020/>> Acesso em: maio. 2020.

OLIVEIRA, L. H. **Exemplo de cálculo de Ranking Médio para Likert**. 2005. Dissertação. Mestrado em Adm. e Desenvolvimento Organizacional. PPGA CNEC/FACECA, Varginha, 2005.

PADOIN, S. M. M. et al. Cotidiano terapêutico de adultos portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida. **Rev. Enferm.** v. 3, n. 18, p. 389-93, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a09.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2018.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites, perspectivas. In: Matta G. C; Lima J. C. F. **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV; 2008.

PARKER, R. The Global HIV/AIDS Pandemic, Structural Inequalities, and the Politics of International Health. **American Journal of Public Health** 2002; 92 (3): 343-346.

PARKER, R. G. Na contramão da AIDS – sexualidade, intervenção e política. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000.

PAULA, I.A.; GUIBU, I.A. **DST/AIDS e rede básica: uma integração necessária**. São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde; 2007. p. 137.

PEREIRA, B. S. et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 3, n. 19, p. 747-58, 2014.

PINAFO. E.; NUNES E.F.P.A.; GONZÁLEZ A.D.; GARANHANI. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab Educ Saúde**. 2011; 9(2):201-21 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200003> Acesso em 23 mai 2020.

QUINN, T.C. **Global burden of the HIV pandemic**. The Lancet, 348: 99 -106, 1996

R Core Team (2020). R: **A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

RAMOS, L.Q. A cara viva da AIDS pós coquetel: a representação social da doença no século XXI. In: 14º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia. **Anais...**Belo Horizonte, 2014.

REIS, V.N. **Cenas, fatos e mitos na prevenção do HIV/Aids: representações sociais de mulheres de uma escola pública de Juiz de Fora/MG**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

RICALDONI, C.A.C.; SENA R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2006; 14(6):837-842

RICE, M; CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática da educação em saúde: um projeto pioneiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p.347-53, 1989.

RODRIGUES, A.; FACHEL, J. M. G.; PASSUELLO, A. C. Estatística espacial e análise de cluster em dados de desastres naturais: mapeamento das inundações no Rio Grande do Sul entre 2003 e 2009. **Revista de Iniciação Científica**, v. 10, n. 1, 2014.

RUA, M. G.; ABRAMOVAY, M. Avaliação das ações de prevenção de DST/Aids e uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras. Brasília: UNESCO, Brasil Telecom, Fundação Kellogg, Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2001.

SADALA, M. L. A.; MARQUES, S. de. A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 2369-2378, 2006.

SADALA, M. L. A.; MARQUES, S. A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/ Aids no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2369-2378, nov. 2006.

SALCI, M.A.; MACENO P; ROZZA S.G; SILVA D.M.G.V; BOEHS A.E; HEIDEMANN I.T.S.B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm.** 2013; 22(1):224-30.

SANE, S. **Análise do programa de prevenção da transmissão vertical do vírus HIV na ONG Associação Céu e Terras, Guiné-Bissau, 2007-2011.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/D.6.2014.tde-21022014-085211> Acesso em 23 fev 2020.

SANTOS, A.S.; MENDONÇA F.T.N.F.; SILVA D.D.; SOUZA M.C.; PACÍFICO L.L.; PAIVA M.H.P. Atualização de profissionais para a prática de educação em saúde com grupos de idosos. **REFACS** (online) 2015; 3(2):113-21. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1089/959>>. Acesso em 23 mai 2020.

SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. **Diretrizes operacionais para Unidade Básica de Saúde:** Fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo. 2016. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/diretrizesoperacionaisatencao_basica.pdf . Acesso em: 04 jan. 2020.

SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. Programa Municipal de DST/ AIDS de São Paulo. **Linhas de cuidado IST/AIDS 2018**. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidado%20-%20ISTsAids_%20Finalizada\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidado%20-%20ISTsAids_%20Finalizada(1).pdf) . Acesso em: 04 jan. 2020.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST/HIV/AIDS – Manual de Prevenção CRT – DST/AIDS. CCD., Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2017.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução nº 16, de 23 de fevereiro de 2015, que Institui a Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais**. Diário Oficial do Estado de São Paulo, Nº 35, de 24/02/15 – Seção 1 – p.33. 2015. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/lista_legislacoes/legis_2015/E_R-SS-16_230215.pdf . Acesso em: 09 mai. 2018.

SILVA, J.A.S.; VAL L.F.; NICHATA L.Y.I. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/AIDS: uma revisão da literatura. **Mundo Saúde**.2010;34(1):103-8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000088&pid=S0080-6234201100080002300016&lng> Acesso em 23 fev 2020

SILVA V. M.; LIMA S. M. L., T. M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde debate**. 2015; 39:145-159.

SILVA, J. A. M; OGATA, M. N; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 2, n. 9, p. 389-401, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>. Acesso em:18 jan. 2020.

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. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/5236/4476> > acesso em: 21 jun. 2020.

SILVA, R. A. R. et al. Questionário para avaliação das ações de controle do HIV/Aids na Atenção Básica. **Acta paul. enferm**. v. 3, n. 30. p. 271-279, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700041>. Acesso maio 2019.

SILVA, S. M. B. da.; SANCHES, K. **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): Caminhos e Trilhas em Construção**. Rio de Janeiro: UFRJ/ NESC, 2004. Disponível em: < <http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1372428610.pdf> >. Acesso em: 25 mai., 2020.

SOUSA, A. M. et al. A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura. **Journal of Management and Primary Health Care**. v. 3, n. 1, p. 62-66, 2012.

SOUZA, B. M. B. A política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **J ManagPrim Health Care**. v. 1, n. 1, p. 23-6, 2010.

STRECK, E. A. et al. Variabilidade fenotípica de genótipos de arroz irrigado via análise multivariada. **Revista Ciência Agronômica**, v. 48, n. 1, p. 101-109, 2017.

TEIXEIRA, R.R. Humanization: transforming healthcare practices and radicalizing the principles of SUS. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 13, n. 31, p. 785-790, 2009.

TONELLI, B.Q. et al. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 23, n. 2, 2018.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **A ONU e a resposta à aids no Brasil**. 2014. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/documentos/A%20ONU%20e%20a%20resposta%20-%20PORTUGU%C3%8AS.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2020.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **A ONU e a resposta à aids no Brasil**. 2ª Edição. Brasília: Unaid-Brasil; 2010.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Fim da epidemia da AIDS até 2030 é central para a agenda pós 2015**. Disponível em: http://www.unaids.org.br/midia/Fim_e_pidemia_AIDS_2030.pdf. Acesso em: 28 dez 2019.

VILLARINHO, M.V. et al. Percepção dos trabalhadores da saúde acerca da prevenção da epidemia de aids em Florianópolis-SC, Brasil (1986-2006). **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 72-79, jan./mar. 2015.

ZAMBENEDETTI, G. S; NEVES, R. A. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 26, n. 03, p.785-806, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300005>>.ISSN1809-4481. Acesso em: 18 mar. 2019.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. (2013). "A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. **Fractal: Revista De Psicologia**, 25(1), 41–58. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000100004>.

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CONTROLE DO HIV/AIDS NA ABS, VALIDADO POR CASTRO ET AL (2015).

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA

Sexo: () Masculino () Feminino; Idade: _____ Religião: _____
 Renda Familiar: () Um salário mínimo () Dois salários mínimos () Três ou mais
 Estado Civil : () Solteiro () Casado () Outros
 Profissão: _____;
 Tempo de atuação na atenção básica: _____

PARTE ESPECÍFICA

| Itens | Respostas | | | | | |
|-------|--|-----|-----------|----------|----------------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 1 | Possui acesso a manuais e cadernos do Ministério da Saúde referentes ao manejo de IST(infecções sexualmente transmissíveis)? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 2 | Participou de treinamento/capacitação sobre temas relacionados ao controle do HIV/AIDS nos últimos cinco anos? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 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? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 4 | Possui conhecimento do conteúdo dos manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde a respeito das medidas utilizadas no controle do HIV/AIDS na atenção básica? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 5 | A unidade disponibiliza de materiais didáticos para realização de ações educativas? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 6 | As pessoas com diagnóstico positivo para HIV/AIDS são referenciadas pela unidade? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 7 | É realizada busca ativa aos parceiros (as) quando o diagnóstico do HIV/AIDS foi positivo? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 8 | As gestantes identificadas com HIV/AIDS que foram referenciadas a serviços de média e alta complexidade são acompanhadas pela unidade de saúde? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 9 | Pessoas sugestivas de infecção por HIV que procuram a unidade básica saúde tem a oportunidade de realizar o teste diagnóstico na rede? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 10 | A unidade de saúde disponibiliza de material para realização dos testes rápidos para HIV/AIDS? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 11 | Recebe/recebeu capacitação para realizar os testes rápidos para HIV/AIDS? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 12 | É realizada educação em saúde acerca de hábitos de vida saudáveis nos equipamentos sociais sob área de abrangência da unidade? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |

| | | | | | | |
|----|---|-----|-----------|----------|----------------|--------|
| 13 | Na entrega da camisinha (condon) é realizada orientação para seu uso? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 14 | O resultado da 1° e 2° sorologia para HIV, solicitado no pré- natal é entregue a gestante ainda durante a gravidez? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 15 | São realizadas ações educativas coletivas voltadas para a população relacionada à prevenção das ISTs (infecções sexualmente transmissíveis)? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 16 | São realizadas ações educativas para informação e prevenção das ISTs (infecções sexualmente transmissíveis) no espaço físico da unidade de saúde? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 17 | É realizada a notificação de IST (infecção sexualmente transmissível) e agravos no SINAM (sistema de informação de agravos de notificação)? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 18 | As ações educativas acerca do HIV/AIDS são desenvolvidas sem dificuldades/entraves? | Não | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |

APENDICE B- CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO-SP

Anexo 1- CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, informo que o projeto de pesquisa intitulado: ATENÇÃO EM HIV NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DA CIDADE DE RIO CLARO-SP, apresentado pela pesquisadora Cacilda Peixoto e que tem como objetivo avaliar a atenção ofertada no enfrentamento do HIV/AIDS na Atenção Básica após a descentralização do cuidado, com a intenção de oferecer um diagnóstico situacional o qual vai favorecer observar os pontos positivos e negativos para uma adequação que favoreça tanto o serviço como os usuários, foi analisado e autorizado sua realização apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar. Solicito a apresentação do Parecer de Aprovação do CEP-UFSCar antes de iniciar a coleta de dados nesta instituição.

“Declaro conhecer a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados , dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Dr. Djair Claudio Francisco
Secretaria Municipal de Saúde
Fundação FMSRC

Assinatura : _____

(representante legal)

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar/Pró-Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, Rodovia Washington Luiz, Km. 235- Caixa Postal 676- CEP 13.565-905- São Carlos –SP- Brasil. Fone (16) 33518110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/2012 do CNS)****ATENÇÃO EM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DA REDE DE RIO CLARO-SP.**

Eu Cacilda Peixoto, aluna do Curso de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, sob orientação da Prof.^a Dr^a Renata Bellanzani e co-orientação da Prof.^a Dr^a Luciana Fioroni, gostaria de convidá-la (o) para participar da pesquisa “ATENÇÃO EM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DA REDE DE RIO CLARO-SP”. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ser maior de 18 anos, e trabalhar como Enfermeiro (a) na Atenção Básica municipal. O objetivo deste estudo é avaliar as ações ofertadas pela Atenção Básica no controle e enfrentamento desta epidemia e desta forma compreender como o programa esta sendo operacionalizado, e com isso, contribuir para uma reorganização das práticas de saúde com um diagnóstico importante e necessário da atenção prestada. Sua participação é voluntaria e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

A coleta de dados será composta por um questionário com tópicos sobre diversos aspectos que envolvem o trabalho diário na Atenção Básica no enfrentamento do HIV/AIDS. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente trinta minutos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento deste questionário não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças

desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder o questionário. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas pelas pesquisadoras. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Este trabalho poderá contribuir para a ampliação do conhecimento sobre o trabalho ofertado na Atenção Básica, com relação ao enfrentamento do HIV/AIDS, assim como poderá contribuir com uma reorganização das práticas de saúde e de uma política que abarque as necessidades locais desta população atendida.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028.

Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: **Cacilda Peixoto**

Endereço: Av. 27 nº 638 –Vila Santo Antonio- Rio Claro/SP

Contato telefônico: (19) 996239827 e-mail: **brancapei@yahoo.com.br**

Local e data

Nome do Pesquisador Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante Assinatura do Participante