



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS

MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Atuação dos profissionais das equipes de saúde da família-
enfermeiro e médico, às pessoas vivendo com HIV, em unidades
de saúde da AP 3.1, Rio de Janeiro, Brasil.**

Raquel de Moraes Barbosa Caprio

Rio de Janeiro

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS

MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

**Atuação dos profissionais das equipes de saúde da família-
enfermeiro e médico, às pessoas vivendo com HIV, em unidades
de saúde da AP 3.1, Rio de Janeiro, Brasil**

Raquel de Moraes Barbosa Caprio

Sob a orientação da professora

Fabiana Barbosa Assumpção de Souza

**Dissertação submetida como
requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Infecção HIV/AIDS
e Hepatites Virais na área de Doenças
Infecciosas e Parasitárias**

Rio de Janeiro

2018

FICHA CATOLOGRÁFICA

d de Moraes Barbosa Caprio, Raquel
Atuação dos profissionais da equipe de saúde da família-enfermeiro e médico, às pessoas vivendo com HIV, em unidades de saúde da AP 3.1, Rio de Janeiro, Brasil / Raquel de Moraes Barbosa Caprio. - Rio de Janeiro, 2018.
99

Orientadora: Fabiana Barbosa Assumpção de Souza .
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais, 2018.

1. Pessoas vivendo com HIV. 2. Atenção Primária à Saúde. I. Barbosa Assumpção de Souza , Fabiana, orient. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

Raquel de Moraes Barbosa Caprio

DISSERTAÇÃO APROVADA EM / / .

Prof. Dr. Gustavo Magalhães
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO

Prof. Msc. Mariana Tomasi Scardua
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO

Prof. Dr. Daniel Aragão Machado
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Prof. Dr. Luiz Chad Pellon
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

DEDICATÓRIA

Primeiramente à Deus por ser o alicerce da vida.

Ao meu marido Gabriel pelo amor e companheirismo de todas as horas.

Aos meus filhos, Guilherme e Tomás, pela inspiração e alegria durante todos os momentos da vida.

À orientadora Fabiana Barbosa Assumpção de Souza por todo o ensinamento compartilhado e pela caminhada lado a lado durante todo período do mestrado.

Aos meus pais pela grandeza dos pequenos gestos.

Aos amigos que contribuíram com palavras de incentivo e reflexão, impulsionando-me a crescer.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro está pautada da Estratégia de Saúde da Família, e a partir de 2015, deu-se início ao acompanhamento clínico pelos médicos e enfermeiros das PVHIV. Este estudo tem como objeto o acompanhamento de PVHIV, pelos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, da Área de Planejamento 3.1. Objetivos: Analisar as rotinas do acompanhamento prestado às PVHIV pelos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, na AP 3.1; descrever avaliação dos médicos e enfermeiros em relação ao funcionamento da RAS voltada as PVHIV; identificar aspectos facilitadores e dificultadores para o acompanhamento das PVHIV na AP 3.1. Estudo quantitativo, aplicação de questionário em 128 profissionais, sendo 65 enfermeiros e 63 médicos. As respostas obtidas foram registradas no Programa Excel 2010, para análise e cálculo estatístico. Os resultados mostraram: que 93.3% responderam como pertinente o acompanhamento das PVHIV na APS e 24% dos entrevistados não se sentem aptos para o acompanhamento clínico; em relação ao funcionamento da RAS: 35,9% dos entrevistados avaliaram como bom a transferência “via vaga zero”; 47,7% dos entrevistados avaliaram como bom a disponibilidade de ambulatório na AP 3.1; 8,6% avaliaram como ótimo a atuação dos profissionais do NASF aos portadores de HIV, e como sugestão para a qualificação do cuidado na APS foi encontrado com maior frequência a capacitação para os profissionais, seguido de cuidado multiprofissional no cuidado à saúde das PVHIV. Conclusão: Existe um desafio e um longo percurso indispensável para garantir integralidade e efetividade na assistência prestada pelo médico e enfermeiro da estratégia saúde da família às pessoas vivendo com HIV, com apropriação das necessidades específicas de saúde dessa população.

Palavras chave: Pessoas vivendo com HIV; Estratégia saúde da família; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Primary health care in the city of Rio de Janeiro is mainly based on the family health strategy model, and as of 2015, clinical follow-up was initiated by physicians and nurses of PLHIV. The objective of this study is to monitor the health of the family planning team in the planning area by physicians and nurses. 3.1. Objectives: To analyze the routines of the follow-up provided to the PLHA by the doctors and nurses of the family health teams, in PA 3.1; to describe the evaluation of physicians and nurses in relation to the functioning of SARs aimed at PLHIV; to identify facilitating and difficult aspects for the monitoring of PLHIV in PA 3.1; Organize digital material on the portal of the Coordination of Primary Health Care of the AP with the current guidelines for consultation of health and nursing professionals of PHC health units. A quantitative study was applied to 128 professionals, 65 nurses and 63 physicians. The answers obtained were recorded in the Excel 2010 Program, for analysis and statistical calculation. Among the answers obtained: 56.3% of the respondents work in the FHT from 6 months to 1 year; 93.3% responded as pertinent the monitoring of the PLHIV in the PHC and 24% of the interviewed do not feel apt for the clinical follow-up; in relation to the operation of RAS: 35.9% of the interviewees evaluated how good the transfer "via zero wave"; 47.7% of respondents evaluated how good the outpatient availability in AP 3.1; 8.6% rated as excellent the work of professionals NASF people with HIV, and as a suggestion for the qualification of care in the APS was found more often training for professionals, followed by multidisciplinary care in the health care of PLHIV. Conclusion: There is a challenge and a long indispensable path to guarantee integrality and effectiveness in the assistance provided by the doctor and nurse of the family health strategy to people living with HIV, with the appropriation of the specific health needs of this population.

Key words: People living with HIV; Family health strategy; Primary health care.

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1.1.	APRESENTAÇÃO DO TEMA	15
1.2.	PRIMEIROS CASOS DE INFECÇÃO PELO HIV NO BRASIL E NO MUNDO	18
2	OBJETIVOS	25
2.1	OBJETIVO GERAL.....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3	JUSTIFICATIVA	26
4	REVISÃO DE LITERATURA	28
4.1	INFECÇÃO PELO HIV E AIDS.....	28
4.2	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E PESSOAS VIVENDO COM HIV.....	32
4.3	ACOMPANHAMENTO PELO MÉDICO E ENFERMEIRO DA ESF	37
4.4	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	41
4.5	MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA	42
4.6	ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1	45
5	MÉTODOS	56
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	56
5.2	POPULAÇÃO E LOCAL DA INVESTIGAÇÃO	56
5.3	PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	56
5.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	58

6	RESULTADOS	59
7	DISCUSSÃO	73
8	CONCLUSÃO	80
9	LIMITAÇÃO DO ESTUDO	81
10	PRODUTO FINAL DO MESTRADO PROFISSIONAL EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS	81
11	REFERÊNCIAS	82
12	ANEXO	87
13	APÊNDICES	88
13.1	APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIO DA PESQUISA	88
13.2	APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	96
13.3	APÊNDICE 3: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	98
13.4	APÊNDICE 4: ORÇAMENTO.....	100

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
MS	Ministério da Saúde
AP	Área de Planejamento
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
PVHIV	Pessoas que vivem com HIV
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
SUS	Sistema Único de Saúde
RJ	Rio de Janeiro
MRJ	Município do Rio de Janeiro
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
AP	Área de Planejamento
CAP	Coordenadoria de Atenção Primária
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
PT	Prova Tuberculínica
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
TB	Tuberculose
SISREG	Sistema de Regulação
SAE	Serviço de Atenção Especializada
PSF	Programa de Saúde da Família
SINAN	Sistema de informação de agravos de notificação
SISCEL	Sistema de controle de exames laboratoriais
SIM	Sistema de informação sobre mortalidade
SICLOM	Sistema de controle logísticos de medicamentos

HSH	Homens que fazem sexo com homens
TARV	Terapia Antirretroviral
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
NASF	Núcleo de Assistência Farmacêutica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
TASP	Treatment as Prevent
CRIE	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Rede de Atenção à Saúde.	23
Figura 2- Esquemático da interação do método clínico centrado na pessoa.	44
Figura 3- Mapa do município do Rio de Janeiro dividido pelas Áreas de Planejamento.	45
Figura 4- Pirâmide Etária da população residente na AP 3.1.	48
Gráfico 1- Número de casos notificados de infecção pelo HIV em adultos residentes na AP 3.1 e comparativo com município do Rio de Janeiro	49
Figura 5- Evolução da cobertura pela Estratégia Saúde da Família na AP 3.1, do ano de 2008 à 2018.	50
Figura 6- Distribuição das unidades de Atenção Primária pelos bairros da AP 3.1. Unidades Dispensadoras de Antirretroviral na AP 3.1	51
Gráfico 2- Unidades de Saúde de Atenção Primária que dispensam os esquemas previstos.	52
Gráfico 3- Unidades de Saúde que possuem ambulatório de infectologista e dispensam esquema alternativo.	54
Gráfico 4- Apresenta a distribuição dos profissionais entrevistados conforme categoria profissional	59
Gráfico 5- Apresenta distribuição dos profissionais em relação ao tempo de trabalho na atual equipe de saúde da família	60
Gráfico 6- Apresenta a distribuição dos entrevistados quanto ao número de pacientes cadastrados na equipe de saúde da família vivendo com infecção pelo HIV	60
Gráfico 7- Apresenta a distribuição dos entrevistados quanto à leitura e acesso ao guia de referência rápida sobre infecção pelo HIV e Aids da SMSRJ	60

Gráfico 8- Apresenta a distribuição dos entrevistados em relação à pertinência da recomendação da SMS para que o portador do vírus HIV, assintomático e dentro dos critérios estabelecidos seja acompanhado na APS	60
Gráfico 9- Apresenta a distribuição dos entrevistados sobre autoavaliação em sentirem aptos para o acompanhamento clínico na equipe com diagnóstico de infecção pelo HIV	61
Gráfico 10- Apresenta a distribuição dos entrevistados em relação ao número de pessoas vivendo com HIV em acompanhamento na equipe de saúde da família sem terapia antirretroviral	61
Gráfico 11- Apresenta a distribuição dos entrevistados em relação ao intervalo das consultas para os pacientes que estão no início da terapia antirretroviral	62
Gráfico 12- Apresenta a distribuição dos entrevistados em relação à farmácia para retirada da terapia antirretroviral pelas pessoas vivendo com HIV	62
Gráfico 13- Apresenta a distribuição dos entrevistados quanto estratégia de acompanhamento a adesão à TARV	63
Gráfico 14- Apresenta distribuição da periodicidade respondida pelos entrevistados em relação à coleta de citopatológico em mulheres vivendo com HIV na APS	64
Gráfico 15- Apresenta a distribuição das respostas dos entrevistados quanto ao local da realização da Prova Tuberculínica (PT)	65
Gráfico 16- Apresenta a distribuição da avaliação dos entrevistados quanto ao funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde, em relação ao serviço de remoção para serviço urgência/emergência via “vaga zero” para às pessoas vivendo com HIV.	66
Gráfico 17- Apresenta a distribuição da avaliação dos entrevistados quanto ao funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde, em relação à internação eletiva para as pessoas vivendo com HIV	67

Gráfico 18- Apresenta a distribuição da avaliação dos entrevistados quanto ao funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde, em relação à disponibilidade de ambulatório de infectologia na AP 3.1	67
Gráfico 19- Apresenta a distribuição da avaliação dos entrevistados quanto ao funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde, em relação à disponibilidade de ambulatório de infectologia na AP 3.1	68
Gráfico 20- Apresenta a distribuição da avaliação dos entrevistados quanto ao funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde, em relação atuação dos profissionais do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) nas unidades da AP 3.1	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados demográficos da AP 3.1.	47
Tabela 2- Distribuição das unidades de saúde de Atenção Primária pelos bairros da AP 3.1.	53
Tabela 3- Dispensadores de esquemas alternativos previstos para o especialista:	55
Tabela 4- Respostas ao questionário	57
Tabela 5- Calculado conforme as categorias profissionais	58
Tabela 6- Frequência das sugestões dos profissionais, por categoria-temática para qualificação da assistência aos portadores de HIV/aids na Atenção Primária.	71
Tabela 7- Sugestões dos profissionais, divididos por categoria-temáticas para qualificação da assistência aos portadores de HIV na Atenção Primária.	72

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1. APRESENTAÇÃO DO TEMA

A partir do ano de 2009, iniciam progressivas mudanças no modelo de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro (MRJ), que possuía cobertura de 3% pela estratégia saúde da família, e que baseadas em novas diretrizes político-administrativas da gestão pública municipal atingiu a cobertura de 70% da população residente no município até o final de 2016. A reestruturação previa a Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada e o primeiro elemento na continuidade do processo longitudinal do cuidado, oferecendo aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), melhores serviços de saúde.

Conforme proposto no plano municipal de saúde (2009) a necessidade de mudança era urgente, pois o município apresentava estruturação mínima dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), resultando em insuficiência em vários aspectos, como escassez de oferta de serviços de atenção à saúde, como exemplos: consultas ambulatoriais, atendimentos de urgências nas unidades de APS, acompanhamento das doenças crônicas, acompanhamento dos ciclos de vida (crianças, gestantes, etc.), atendimentos e procedimentos odontológicos, realização de procedimentos básicos como curativos, vacinas, entre outros. O resultado observado era um processo de trabalho com baixa resolutividade sobre os problemas de saúde, deficiência na ordenação da rede de atenção à saúde e coordenação do cuidado, entre outras questões que garantem uma prestação de serviço com qualidade.

A partir desse momento, inicia-se a reforma na APS na cidade do RJ, com a expansão da cobertura pela ESF nas 10 áreas de planejamento (AP) do município, priorizando inicialmente locais com acentuada vulnerabilidade social. A AP 3.1 foi contemplada com 82% do seu território com equipe de saúde da família

de referência, totalizando 210 equipes e uma equipe de consultório na rua, que atende e acompanha usuários em situação de rua.

A APS ou atenção básica, nas atuais concepções, reconhecidos pela Política Nacional de Atenção Básica (2017) como termos equivalentes, podem ser constituídas por equipes de saúde da família, que possuem responsabilidade sanitária sobre o território que atuam, com direcionamento do trabalho conforme necessidades de saúde da população, respeitando a privacidade e individualidade do sujeito. Com isso, ela tem a possibilidade de alcançar a população no seu íntimo, na sua realidade de vida e hábitos, permite avaliar as condições de saúde da população e os principais determinantes do processo de adoecimento.

Desde o início da epidemia, a assistência às pessoas vivendo com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ocorria de forma centralizada, devido complexidade no manejo clínico, pelas questões psicológicas e sociais envolvidas, atendimentos principalmente por profissional médico, e de forma fragmentada, por não haver ligação com outros serviços também necessários à saúde, ocasionando mais distanciamento de outros profissionais da equipe de saúde, favorecendo abandono do tratamento e fortalecendo o estigma existente (BRASIL, 2008e).

Vale informar, que a sigla relacionada à infecção pelo vírus HIV já foi apresentada de diversas maneiras pelos órgãos competentes, como Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. Constata-se que nas atuais publicações do Ministério da Saúde, a partir de 2017, utiliza-se a abreviação “PVHIV – Pessoas vivendo com HIV”, devido essa atualização, será a abreviatura utilizada no material.

Pode se afirmar que a partir das mudanças que estavam ocorrendo no MRJ, os profissionais médicos e enfermeiros da ESF tiveram gradativamente uma aproximação no ato de cuidar das pessoas vivendo com HIV nos diferentes ciclos de vida, nem que fosse para garantir continuidade da assistência em outro serviço. Esse novo cenário pode ter sido viabilizado mediante facilidade do acesso e da ampliação do diagnóstico que são realizados nas unidades de APS, ocorrendo de forma ágil, mediante testagem rápida para anticorpos HIV.

Em 2015, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), corroborando com as recomendações do Ministério da Saúde, passou a recomendar que a APS fosse sensível, capacitada e resolutiva para integrar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no cuidado às pessoas infectadas pelo HIV, inclusive em relação ao tratamento com terapia antirretroviral. Sendo assim, a APS passa a compor essa rede, orientados de forma protocolar, de acordo com as condições clínicas, seguindo critérios estabelecidos pela SMS; ou como coordenadora do cuidado, garantindo e acompanhando o tratamento da infecção em outro serviço de saúde, por ex. ambulatório de infectologia, hospital federal, entre outros, sem nunca perder o vínculo com o paciente.

Como a iniciativa da inclusão das pessoas vivendo com HIV em todos os níveis de atenção da RAS, e pela descentralização do cuidado para APS ser uma proposta recente, observa-se necessidade de aprendizagem sobre a infecção, desmistificação da doença, manejo do tratamento, atividades relacionadas à adesão, redução do preconceito, além de outras ações que diminuam o impacto causado pela fragmentação da assistência no nível primário, secundário e terciário, associado a não valorização do cuidado multiprofissional e ao pouco contato da APS com o portador de HIV.

As ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família têm muito a contribuir para o sucesso do tratamento, assim como melhoria da qualidade de vida do portador de HIV e do ambiente familiar no qual está inserido, principalmente por desenvolver ações de prevenção de outras doenças associadas ao vírus HIV, estimular o autocuidado e práticas que reduzam o dano à própria saúde, e dano à comunidade, além do acompanhamento de outras necessidades de saúde. Para isso, desde o ano de 2006 o Programa Nacional de DST/AIDS apresenta uma proposta de integração dos níveis de atenção, e com atuação da APS, corroborando com os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Os Serviços de Assistência Especializada (SAE) tiveram papel preponderante no cuidado as pessoas com HIV e AIDS por todo o país, fazendo

parte das diversas frentes na luta que foram desenvolvidas ao longo das últimas décadas da epidemia, assim como evolução no conjunto de intervenções voltadas à qualidade da assistência, culminando na consolidação de diversas leis, programas e coordenações de saúde (VILLARINHO, *et al.* 2016).

Para que o tratamento da infecção pelo HIV não seja segregado em um único serviço, e de outras condições de saúde, objetiva-se o funcionamento de um novo modelo de atenção em que as ações são estruturadas de acordo com as necessidades locais, passando a envolver diferentes níveis de atenção. Assim, nesse modelo de atenção, os serviços especializados continuam sendo fundamentais, mas a linha de cuidado envolve outros serviços de saúde, em especial da APS, com o suporte a estes.

1.2. PRIMEIROS CASOS DE INFECÇÃO PELO HIV NO BRASIL E NO MUNDO

A AIDS – *Acquired Immune Deficiency Syndrome* foi identificada em 1981 nos EUA quando os primeiros casos em jovens homossexuais moradores de São Francisco morreram por comprometimento do sistema imune, ocasionados por infecções não habituais e doença maligna, como pneumocistose e sarcoma de Kaposi. O que levou à conclusão de que se tratava de uma das doenças mais devastadoras que emergiram na história, ainda não classificada, de etiologia provavelmente transmissível, cujos mecanismos de enfrentamento das doenças contagiosas não eram suficientes para responder e controlar a nova epidemia (MARQUES, 2002).

Estudos foram conduzidos, até que em 1983 o HIV-1, o vírus causador da Aids foi isolado pelos pesquisadores Luc Montagnier, na França, e por Robert Gallo, nos EUA, recebendo os nomes de LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*) e HTLV-III (*Human T-Lymphotropic Virus*), respectivamente nos dois

países, e em 1986 foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2 (BRASIL, 2006).

Ao longo de quase três décadas a infecção pelo HIV manifestou-se em diversos países do mundo, com pelo menos 60 milhões de pessoas infectadas e causou mais de 25 milhões de mortes do mundo. Os países em desenvolvimento têm experimentado a maior morbidade e mortalidade do HIV, com as maiores taxas de prevalência observadas em adultos jovens na África subsaariana. (FERREIRA *et al.*, 2014).

A partir da década de 90, o Brasil apresentou os primeiros casos oficialmente reconhecidos pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e alguns casos noticiados pela imprensa, e logo em seguida novos casos foram surgindo em outros estados da federação, como Rio de Janeiro, que se manteve como o segundo estado com o maior número de casos. Mesmo que não publicizado de forma ampla, a real magnitude dos casos, demonstrava-se a necessidade de uma resposta ao problema por parte do estado, pelo setor saúde e pelas representações sociais (MARQUES, 2002).

Com o início da importação da zidovudina para o Brasil, o país começava a se preparar para enfrentar a infecção pelo HIV, e em 1993 começa a fabricação própria. Esta garantia de acesso à medicação confirmou a política dos direitos sociais e humanos explicitados na Constituição de 1988 e nos preceitos do SUS. Pouco tempo depois, o país adotou, pressionado pelos movimentos sociais e apoiado pela academia, a política do direito ao acesso aos medicamentos no SUS, amparada na Lei 9319/1996, sendo definido como divisor de águas no tratamento de pessoas infectadas (GRECO, 2016).

Vale ressaltar, que o Brasil foi um dos primeiros países, dentre os de baixa e média renda, a fornecer tratamento gratuito para pessoas que viviam com AIDS, em 1996 pelo SUS, utilizando recurso próprio para o pilar fundamental da resposta ao HIV, enquanto muitos países aguardavam financiamento internacional. Com isso, o país tem uma das maiores coberturas de tratamento antirretroviral (TARV)

entre os países de baixa e média renda, com mais da metade (64%) das pessoas vivendo com HIV recebendo TARV, enquanto a média global foi de 46% (UNAIDS, 2017).

O acesso universal ao tratamento antirretroviral tem papel preponderante na luta contra AIDS, juntamente com a evolução no conjunto das intervenções. Além disso, o Brasil tem como referências estratégicas:

Participação dos movimentos sociais e comunitários no controle social e na defesa dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV;

Ações combinadas entre prevenção, assistência e tratamento, que buscam atender às necessidades de saúde da população e de grupos vulneráveis, para assegurar a sustentabilidade do acesso universal aos medicamentos, diagnóstico e insumos de prevenção;

Descentralização das ações, em sintonia com os processos de construção do modelo de atenção do SUS (BRASIL, 2010).

Por ser o país mais populoso da América Latina, o Brasil é também o que mais concentra casos de novas infecções por HIV. Porém, de modo inusitado, se for feita uma comparação com outros programas de controle de doenças, enfrentou e continua enfrentando a infecção, com ações relacionadas aos direitos humanos, prevenção, rede assistencial, produção e distribuição gratuita de preservativos e antirretrovirais para todas as pessoas que vivem com HIV e Aids. Tudo isso com foco em ações voltadas principalmente para populações com “comportamento de risco”, que são os gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis, transexuais, pessoas que usam drogas, profissionais do sexo e jovens de 15 a 24 anos e nos idosos, pois são grupos onde há aumento na incidência de casos (GRECO, 2016).

Por se tratar de um problema de saúde impactante em diversos países, houve a construção pelo Programa Conjunto das Nações Unidas de um plano com estratégias para pôr fim à epidemia da AIDS até 2030, com metas definidas e ambiciosas, que são: até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus, até o ano de 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente, até o ano de 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral (UNAIDS, 2015).

Reforçar que diagnóstico precoce associado à terapia antirretroviral são as ferramentas de combate à AIDS, prevenindo a doença e a morte, evitando novas infecções, agravamento dos casos, internações recorrentes e economizando recursos financeiros. Reforça-se o acesso ininterrupto ao tratamento durante toda a vida para dezenas de milhões de pessoas, carecendo da responsabilização e união de diversos atores em um esforço compartilhado, que estabelecerá alicerces de um mundo mais saudável, mais justo e mais equitativo para as gerações futuras. (UNAIDS, 2015).

CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE

Com um marco na história mundial, em 1978, acontecia a Conferência de Alma Ata, na referida cidade da antiga URSS, onde foi destacado para os países participantes, a necessidade da reformulação dos cuidados primários à saúde. E o relatório final mencionava que os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais, baseados em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente do seu estágio de desenvolvimento (ALMA-ATA, 1978).

Um país só pode afirmar que tem sistema de saúde baseado na APS quando é caracterizado por justiça social, equidade, autorresponsabilidade, solidariedade internacional e aceitação de conceito amplo de saúde. Um modelo de saúde que compreende o direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde com respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades (BRASIL, 2011).

Estudos realizados na Europa, Canadá, Estados Unidos, evidenciaram que os sistemas de saúde orientados para os cuidados de saúde primários atendem com mais eficiência as necessidades de saúde das pessoas e dos povos, com bons resultados tanto na saúde da população quanto em relação aos custos globais menores, pois ela tem capacidade para responder 85% das necessidades em saúde realizando atendimentos preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde, integrando os cuidados quando existe mais de um problema, lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos problemas de saúde (STARFIELD, 2002; RODRIGUES; ANDERSON, 2011).

No Brasil foi a partir de março de 1994, com o incentivo do Ministério da Saúde (MS), que iniciaram movimentos para o processo de melhorias da rede de APS, com o propósito de modificar o modelo assistencial vigente no país, que era centrado na doença, no médico e no hospital. Modelo que ainda valorizava a parte curativa em detrimento da preventiva, privilegiava uma medicina de alto custo, verticalizada, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade (BRASIL, 2015)

Iniciou-se então a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que em 2006 foi renomeado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), para superar limitações de um programa focal. Desde então o país assumiu o processo de reorganização da atenção à saúde, focado na ESF (BRASIL, CONASS, 2011).

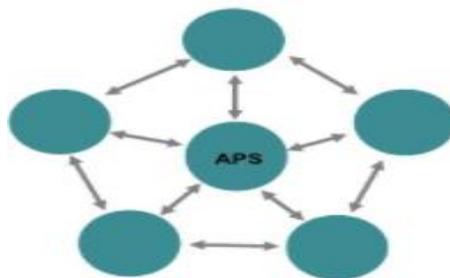
A reorganização APS com a ESF, prevê que as ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo, por meio do trabalho de uma equipe multidisciplinar deverão estar

direcionadas a todas as necessidades de saúde da população do seu território, incluindo os portadores do HIV. Favorecendo longitudinalidade, principalmente com as melhorias na perspectiva de vida, após introdução e adesão ao TARV, desencadeando novas exigências de cuidados e necessidades dos indivíduos e das famílias, que serão contemplados mediante princípios do SUS, a integralidade.

Palácio, Figueiredo e Souza (2012), reforçam sobre a concepção que “a integralidade em geral não se pode realizar em um único serviço: integralidade é o objetivo da rede”. Mendes (2012) menciona que uma Atenção Primária à Saúde, na perspectiva das redes de atenção à saúde, garante a integralidade com a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde e tem a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas e informações nas redes.

Mendes apud Rosene Ham (2011) define RAS como organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa, porém, interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, com objetivos de melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde.

Figura 1- Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: Mendes, 2012.

A figura 1 - apresenta uma relação e comunicação horizontal entre os serviços, de forma não hierárquica, com a lógica a partir da APS, reafirmando o papel de ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, de ser responsável por coordenar o caminhar dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços da APS e de manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção, mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012).

Após o exposto, o estudo tem por objeto o acompanhamento das pessoas vivendo com HIV, pelos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, em unidades de APS, de bairros da zona norte do município do Rio de Janeiro.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as rotinas do acompanhamento prestado às pessoas vivendo com HIV (PVHIV), pelo médico e enfermeiro da equipe de saúde da família na AP 3.1.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever avaliação dos médicos e enfermeiros em relação ao funcionamento da Rede de Atenção à Saúde às pessoas vivendo com HIV.
- Identificar aspectos facilitadores e dificultadores para o acompanhamento do portador de HIV pelas equipes de saúde da família da AP 3.1.
- Disponibilizar material digital no portal da Coordenadoria de Atenção Primária da AP 3.1 com as orientações vigentes para consulta dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades de saúde da APS.

3 JUSTIFICATIVA

A motivação em realizar o mestrado profissional com enfoque na infecção pelo HIV e desenvolver a pesquisa, surgiu a partir do desejo em aprimorar a compreensão acerca da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), suas implicações no organismo, nos ciclos de vida e na associação com outras doenças que comumente acometem a população.

A estruturação do cuidado na APS mediante cuidado longitudinal prestado pelos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, e o funcionamento adequado da RAS para garantir integralidade, ainda constitui um desafio na descentralização da atenção para pessoas infectadas pelo HIV no município do Rio de Janeiro (MRJ).

O processo de descentralização do cuidado para APS, iniciou no ano de 2015, mediante esforços de vários seguimentos operacionais do Ministério da Saúde e, logo em seguida, descentralizando para gestão local as medidas necessárias, tais como: assistência farmacêutica, arranjo local para apoio matricial com infectologista nas áreas de planejamento (AP), capacitações, organização interna de fluxo para laboratório nas 33 unidades da AP 3.1 entre outras medidas que colaboram para eficiência do serviço.

A implantação de uma nova política não ocorre mecanicamente, mas mobiliza desejos, recursos e significados entre os participantes do processo, os quais podem tanto facilitar quanto dificultar a sua implementação (ZAMBENEDETTI, SILVA, 2016). Além disso, a consolidação da política de saúde para as PVHIV se dá em âmbito macro, de forma multifacetada e específica para atender as necessidades individuais e coletivas.

A infecção pelo HIV atravessa particularidades diferentes de outras doenças infecciosas na APS, devido estigma da doença, sigilo, questões relacionadas à violência territorial, vulnerabilidade social, abuso de drogas ilícitas, entre outros fatores que impactam a vida, e principalmente a saúde da população

que vive em áreas desprovidas de ações de apoio e estruturação do poder público, como exemplo a população vulnerável que reside dentro das favelas.

Um dos alicerces estruturante para operacionalização do cuidado na APS é denominado como orientação comunitária e competência cultural, partindo do conhecimento e diagnóstico da situação de saúde da população do território, e da adaptação do profissional àquelas realidades locais para, da melhor maneira possível, proporcionar melhor estado de saúde (STARFIELD, 2012). Complementando aos atributos da APS, verifica-se necessidade de ampliar a discussão e orientações acerca das atribuições da equipe de saúde da família no cuidado integral do usuário e família, para que este não fique direcionado somente à tomada da terapia antirretroviral.

A evolução da terapia antirretroviral e seus benefícios comprovados na saúde ~~apresentam~~ diminuição na transmissão do vírus, menor apresentação de reações adversas, redução nas complicações na saúde ao longo da vida e na mortalidade por infecções oportunistas. Com isso, a infecção pelo HIV vem apresentando condições semelhantes a uma doença crônica, quando realizado diagnóstico precoce, adesão à terapia antirretroviral e mudanças nos hábitos de vida, resultando em melhora clínica e melhores condições de saúde dessa população.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 INFECÇÃO PELO HIV E AIDS

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus que causa no organismo disfunção imunológica crônica e progressiva devido ataque aos Linfócitos T- CD4, provocando depressão quantitativa e progressiva destes, ocasionando risco maior para infecções oportunistas, doenças causadas por dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios. Devido à “quebra da barreira imune”, a alteração da imunidade facilita a disseminação de produtos bacterianos para circulação sanguínea e contribui sobremaneira para o processo de disfunção imune que caracteriza a evolução da doença (BRASIL, 2013).

A infecção pelo HIV implica em várias intercorrências no processo de saúde, modificando toda a dinâmica de vida e de hábitos, causando diversos impactos que vão desde o adoecimento do corpo físico através da manifestação dos sintomas, aos que atingem a esfera psicológica manifestada pela negação, culpa, arrependimento, medo, se expressando nas mais variadas configurações (MENESES, 2000).

Além da esfera psicológica e social, a infecção cursa com um amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença. Em indivíduos não tratados com terapia antirretroviral, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos. Dividido em fase de infecção e comprometimento do sistema imunológico, que são denominadas de: fase aguda, fase sintomática e síndrome de imunodeficiência adquirida.

O diagnóstico da infecção do HIV faz parte da lista nacional de notificação compulsória de doenças desde 13 de Junho de 2014, sendo assim, na ocorrência de diagnóstico, este devem ser reportados às autoridades de saúde. Por se tratar

de um processo de notificação recente e, o surgimento da infecção ultrapassar três décadas, uma análise epidemiológica rigorosa com relação às tendências da infecção no Brasil fica impedida ou dificultada, já que anteriormente a notificação restringia-se às gestantes com infecção pelo HIV, crianças expostas ao HIV e AIDS.

Para realizar análise epidemiológica e implementação de medidas de saúde pública, utiliza-se cruzamento de informações extraídas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

Segundo estimativas recentes do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - UNAIDS (2015), o Brasil responde por 40% das novas infecções da América Latina, enquanto Argentina, Venezuela, Colômbia, Cuba, Guatemala, México e Peru respondem por outros 41%. Correspondente com a incidência alta, estima-se que 830.000 pessoas vivam no Brasil com HIV/AIDS, aproximadamente 87% (715.000 pessoas) diagnosticadas, com 55% (455.000 pessoas) em tratamento antirretroviral e apenas 50% (com carga viral suprimida).

Ainda sobre as estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV, referente ao ano de 2010, menciona a prevalência brasileira adulta sendo baixa, quando comparada ao panorama global. Calculam que cerca de 0,4% da população brasileira adulta de 15 a 49 anos estariam infectados pelo HIV, com diferenciação pelo sexo, entre os homens a estimativa é de 0,52%, enquanto para as mulheres é de 0,31%, com uma apresentação diferenciada nas regiões do país. Porém, no interior dessa prevalência geral reduzida, encontram-se taxas elevadas em determinadas populações mais vulneráveis, como jovens HSH, que podem chegar a 12%.

O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde publicado no ano de 2016 informa que, de 2007 à 2016, houve 136.945 notificações de HIV/AIDS, desses 67% foram do sexo masculino, a região Sudeste contribuiu com 52.1% dos casos, com 71.396 casos de notificação. A taxa de detecção em gestantes também é um

dado significativo, já que apresenta tendência de aumento nos últimos dez anos, principalmente na região Sul, com 5,9 casos/1000 nascidos vivos, contrariando a taxa de detecção de AIDS em menores de 5 anos que apresenta uma tendência de 42,7% de queda, traduzindo êxito nas ações para impedir transmissão vertical.

Diante de diferentes cenários nas regiões do país, com o decorrer do tempo, as evidências epidemiológicas demonstram que a epidemia apresentava mudanças do seu perfil tanto em âmbito mundial como nacional. Conforme Silva (2004), a tendência atual no Brasil é caracterizada pela feminização (aumento de casos entre mulheres devido processo da heterossexualização), a juvenização (incidência maior em jovens), a interiorização (crescimento nas cidades do interior) e pauperização (ocorrência em classes sociais cada vez mais baixas, diferente de seu início quando acometia as classes média-altas).

Com isso, provocou mudanças importantes no olhar epidemiológico fazendo surgir uma nova concepção sobre a doença e sobre necessidade de mudança no foco da atenção, para não estar baseado em fatores que elegiam como “grupos de riscos”, a qual era atribuída às pessoas que possuíam os chamados “comportamentos desviantes”, como os homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo. Além disso, o preconceito da sociedade contra esses grupos reforçava o estigma da doença, ocasionando demora na implementação de ações que impedissem o avanço na epidemia (CARVALHO e PAES, 2011).

Ainda que na impossibilidade de cura, mas com a oportunidade do diagnóstico precoce e da terapia com antirretrovirais foi possível aumento da sobrevivência e a melhora da qualidade de vida, tornando a infecção cada vez mais semelhante às doenças definidas como crônicas, gerando impacto positivo na vida dos portadores de HIV, reduzindo o medo sobre a iminência da morte e possibilitando a permanência de relações sociais, de trabalho, de lazer e afetivas na vida (CARVALHO, 2007).

Neste sentido, devido os avanços e prioridades políticas configuradas no cenário brasileiro para o manejo do HIV, merecem destaque: garantia de acesso

universal ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno; identificação precoce de manifestações oportunistas para o adequado manejo clínico; o aperfeiçoamento dos medicamentos atuais visando à redução dos efeitos adversos, de modo a contribuir para a adesão dos indivíduos acometidos pelo agravo ao processo terapêutico, resultando em tornar-se uma condição crônica que traz consigo importantes desdobramentos sociais, econômicos, culturais, psicológicos e assistências (FIGUEIREDO e LOPES, 2014).

Desde o início da terapia antirretroviral, nos meados dos anos 90, o seu uso já passou por diversas recomendações. Atualmente, estudos comprovam que a precoce, ou seja, iniciado precocemente após diagnóstico, e sem basear-se no valor de referência de Linfócito T CD4 para início da terapia, apresentam diminuição de doenças inflamatórias devido a não replicação viral, redução de doenças oportunistas como tuberculose e doenças bacterianas, comumente encontradas nos países com baixos recursos e pela redução do risco de transmissão do vírus (LEE e DEEK, 2016).

O uso da terapia combinada controla o vírus, entretanto não o erradica, reservatórios humanos do HIV continuam a existir, mesmo com a supressão prolongada da viremia plasmática por um longo período de tempo. Entretanto, a infecção pelo HIV, de uma doença fatal e intratável, pode ser reconsiderada como doença crônica requerendo tratamento ao longo da vida. Como qualquer terapia crônica, a terapia antirretroviral envolve importância da adesão e acarreta riscos de toxicidade do tratamento, e como qualquer terapia anti-infecciosa acarreta risco de resistência, especialmente se não for corretamente usada. (EHOLIE, 2016).

Pimenta *et al.*, (2010) complementa que apesar da infecção pelo HIV ter se tornado uma infecção crônica com queda importante da mortalidade, os portadores têm taxas maiores de óbito, de 3 a 15 vezes, quando comparados à população geral, devido à diversos fatores, relacionados ao próprio vírus que leva a um processo inflamatório crônico e a uma persistente disfunção imune, além de questões de toxicidade dos antirretrovirais e fatores relacionados ao estilo de vida, como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e uso de drogas.

Alcançar os benefícios dos tratamentos existentes e prevenção advinda da TARV,—requer diagnóstico precoce, início em tempo oportuno, cuidados continuados, acesso ininterrupto e adesão à terapia antirretroviral (GÜNTARD et al., 2016). Por essas questões apontadas trata-se “o tratamento como prevenção”, tanto para manutenção da saúde do portador de HIV, quanto para minimizar o impacto na sociedade.

4.2 EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E PESSOAS VIVENDO COM HIV

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) reconhece a Estratégia de Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da APS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, onde o trabalho é operacionalizado por uma equipe multidisciplinar formada por médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar os profissionais da equipe de saúde bucal e profissionais no núcleo de apoio a saúde da família – NASF (BRASIL, 2017).

As equipes de saúde da família são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, devendo ter um número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que cubra 100% da área cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS, e de no máximo 4.000 pessoas, respeitando a vulnerabilidade, ou seja, quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. A vulnerabilidade está relacionada ao conjunto de aspectos individuais, coletivos, sociais e de disponibilidade de recursos que podem resultar em suscetibilidade ao adoecimento, ou agravos à saúde (SILVA, *et al* 2012).

As ações das equipes de saúde da família são desenvolvidas no âmbito individual e coletivo, e abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de vida de saúde da população adscrita. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou família e grupos a profissionais/equipes, com objetivo de ser referência para o seu cuidado, intermediando o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos (BRASIL, 2012).

A ESF inserida no território, constitui relações pró-ativas com a comunidade de sua responsabilidade, favorece o estabelecimento mais efetivo do cuidado em saúde, além de permitir identificar problemas e priorizar intervenções, viabilizar o acesso aos serviços de saúde nos outros níveis de atenção, criar vínculo contínuo com os assistidos, sendo essa última uma das principais características que lhe confere singularidade e potência como modalidade tecnoassistencial em APS (JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Por se tratar de uma estratégia que busca romper com paradigmas cristalizados e mudança no modelo assistencial, deve adotar práticas centradas no usuário, fazendo-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Salienta-se que o trabalho na ESF é de alta complexidade, porque lidar com as necessidades sociais e de saúde do seu humano é algo complexo, ainda assim, com a utilização de baixa densidade tecnológica (PNAB, 2017).

Starfield (2002) menciona que os serviços de saúde primários possuem duas metas a serem atingidas. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde; e a segunda é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que

determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

A APS é designada por princípios, reconhecidos como eixos estruturantes do processo de atenção, associados à qualidade, a efetividade e a eficiência dos serviços, que são:

- O Primeiro Contato ou acesso que é a utilização do serviço de saúde como provedor de cuidado, a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde pelo qual as pessoas buscam os serviços (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013);
- A Longitudinalidade que é a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo (CUNHA e GIOVANELLA, 2011);
- A Integralidade de ações que o serviço de saúde deve garantir para que os usuários recebam atenção integral para as necessidades, no próprio serviço ou na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012);
- A Coordenação do cuidado pressupõe alguma forma de continuidade, integrando todo cuidado que o paciente recebe entre os serviços, com coordenação entre os níveis assistenciais, com articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Os princípios complementares são: orientação familiar que considera a inserção do indivíduo num ambiente familiar, que não obrigatoriamente está ligado por laços sanguíneos; a orientação comunitária refere o conhecimento sobre o território que atua, por meio de dados epidemiológicos; indicadores de saúde e do contato direto com a comunidade; e competência cultural, que é a adaptação do cuidador de acordo com realidades locais (CHOMATAS, 2009).

A APS considera o sujeito em sua singularidade e o contexto sociocultural no qual está inserido e, os princípios ou atributos da atenção primária são as estruturas que garantem efetividade do cuidado, fazendo intercessão com os

princípios da PNAB, que são: universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade, participação social e vínculo.

Cecílio (2012) define vínculo sendo um componente amoroso, afetivo e de confiança, mas de natureza terapêutica, em especial quando ele é favorecedor ou ajuda a produzir uma postura mais autônoma das pessoas. Pode-se dizer que um profissional que consegue estabelecer uma relação vinculante com seus pacientes tem mais chance de obter sucesso terapêutico, em particular nas situações de doenças crônicas, que necessitam de adesão do doente, mudança de hábitos e novos modos de cuidar de si.

Conforme o Ministério da Saúde (2015), a APS é capaz de favorecer o vínculo terapêutico com a PVHIV, promovendo um estilo de vida saudável, além da avaliação e identificação dos fatores de risco para outros agravos crônicos (diabetes mellitus, hipertensão arterial, entre outros). Incluir a APS no cuidado compartilhado ao HIV com os serviços especializados é fundamental para a melhoria do atendimento no Brasil, pois garante maior acesso e vínculo com o sistema de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, incentivando ativamente o autocuidado, o que facilita a adesão e previne a transmissão do vírus, evita a evolução para Aids e reduz a mortalidade pela doença.

O acompanhamento dos portadores de HIV realizados na atenção primária deve dispor de uma articulação intersetorial no âmbito do próprio SUS, onde os casos não resolvidos na APS fazem-se necessário ser encaminhados ao serviço de referência para elucidação diagnóstica ou para tratamento complexo, respeitando os preceitos básicos de universalidade, regionalização, hierarquização e integralidade (BRASIL, 2005). Com isso a rede básica de saúde, representada principalmente pela ESF deve estar preparada para o atendimento das demandas relacionadas ao HIV.

A equipe de saúde da família como porta de entrada preferencial para a rede de cuidados de saúde é um elemento importante na prevenção e gestão

adequada dos casos, inclusive para os que necessitam de encaminhamentos. Conforme Medeiros e Trigueiro (2016), a centralização da assistência em um único serviço resulta em descontinuidade e fragmentação do cuidado e contribui para o despreparo dos profissionais para trabalhar nas especificidades geradas pela infecção e doença.

A descentralização da assistência ao portador de HIV foi vivenciada no município de Curitiba e Porto Alegre, em 2014 e 2013, respectivamente, com perspectivas similares ao município do Rio de Janeiro, que são: garantir um cuidado integral, otimizar a rede de atenção à saúde no cuidado para as pessoas infectadas pelo HIV e descompressão a longo prazo dos SAE, facilitando o acesso para os pacientes que necessitam de acompanhamento especializado.

O acompanhamento especializado é uma atenção nobre que as PVHIV demandam em várias situações devido à complexidade do ponto de vista biológico, o que não se pode é desarticular as demandas biopsicossociais que emergem no processo de atenção, mas que necessita de uma rede de atenção à saúde integrada e capaz de proporcionar um certo nível de cuidados permanentes e sustentáveis, mediante a utilização de estratégias adequadas para sua prevenção e gerenciamento (LOPES e MAGNABOSCO, 2014).

A experiência no Reino Unido, conforme é mencionado na publicação HIV in *Primary Care*, 2011, publicado pelo Medical Foundation for AIDS & sexual Health, é de que “há um lugar para a prevenção do HIV nas atividades diárias”, e que Atenção Primária está em uma posição ideal para o diagnóstico precoce do HIV e para facilitar a gestão do HIV há longo prazo. Além disso, reforça para os profissionais de saúde a necessidade de discutir e avaliar o risco de ter ou adquirir o HIV com a população, promover a prática sexual segura e uso do preservativo com aqueles que são ou podem estar em risco, realizar testagem para HIV quando apropriado, reduzir danos com usuários de drogas injetáveis, realizar testagem para Hepatite B e imunizar quando apropriado (MADGE; SINGH; THEOBALD, 2011).

Uma rotina importante nos serviços de saúde de atenção primária do Reino Unido para minimizar o medo do preconceito e os temores relacionados com a confidencialidade, especialmente em torno de informações sensíveis, como o status de HIV, orientação sexual ou estilo de vida, foi assegurar que profissionais e médicos realizem assistência sem julgamento e com postura empática para diferentes estilos de vida, e, a implementação de uma declaração de confidencialidade compartilhada com o paciente (MADGE; SINGH; THEOBALD, 2011).

4.3 ACOMPANHAMENTO PELO MÉDICO E ENFERMEIRO DA ESF

O acompanhamento clínico é direcionado principalmente pelos manuais do Ministério da Saúde, sendo o último, “Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos”, publicado em 2017, acrescido por notas técnicas/informativas que atualizam e/ou modificam orientações vigentes. Além desses, o guia de referência rápida, elaborado pela SMS-RJ, propicia agilidade e objetividade nas informações, facilitando a orientação para o profissional assistencial.

A orientação visa também delinear o papel e escopo da APS no acompanhamento. Para isso, houve descrição de situações em que o paciente deve ser prontamente encaminhado ao especialista para acompanhamento compartilhado (PORTAL SUBPAV, 2018):

- Quando o paciente preferir ser acompanhado em outro serviço;
- Gestantes em qualquer idade gestacional;
- Crianças e adolescentes até 14 anos incompletos;
- Pessoas com contagem de linfócito T CD4 menor que 350 cels/mm³, independentemente se apresentam sintomas relacionados à infecção;

- Pessoas que apresentam doenças relacionadas à infecção pelo HIV, independentemente da contagem de linfócitos T CD4;
- Coinfecções pelo HBV, HCV, tuberculose;
- Contraindicações ao uso dos esquemas previstos para a APS;
- Casos de falha terapêutica ou pacientes com histórico de uso de outros antirretrovirais.

São situações que caracterizam que os pacientes apresentam alguma condição para evolução desfavorável, que necessitam de acompanhamento em outro serviço de saúde, podendo ser pelo infectologista ou outra especialidade, isto é uma estratégia que a RAS deve garantir para integralidade da saúde.

Outros focos de estratégias, que visam aumentar resolutividade na APS e que evitam encaminhamentos desnecessários ou demora no encaminhamento, podem ser citadas: como o Telessaúde do Rio Grande do Sul, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (<https://www.ufrgs.br/telessauders>), ferramenta via contato telefônico, para que dúvidas dos médicos e enfermeiros da APS sejam sanadas por profissionais com expertise no assunto. No caso de infecção pelo HIV e suas particularidades, ele é um potente mecanismo para tomada de decisão, principalmente pelo médico.

Conforme Rodrigues (*et al.*, 2003) cuidado médico regular é essencial para o prolongamento da vida e melhoria da qualidade de saúde entre indivíduos vivendo com a infecção pelo HIV. A garantia do acesso e a utilização de serviços de saúde podem reduzir a progressão da doença, diminuir a hospitalização, a morbidade associada e a mortalidade, por meio de acompanhamento clínico adequado, uso de antirretrovirais e de profilaxia para as infecções oportunistas.

Na ESF, o acompanhamento e o tratamento da população pertencente ao território da equipe são realizados principalmente pelo médico e pelo enfermeiro, respeitando a especificidade do núcleo de conhecimento e formação entre as duas categorias e, conforme legislação do exercício profissional, porém com a necessidade de um processo de trabalho conjunto e articulado para garantir

melhores resultados. Vale ressaltar, que a responsabilidade da prescrição da terapia antirretroviral é exclusiva do médico.

A PNAB (2017) menciona algumas atribuições comuns aos membros da ESF:

IV- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos diretrizes clínicas e terapêuticas;

V- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde,

VII- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

A descrição da atribuição de forma detalhada e clara pelo enfermeiro da ESF no cuidado às pessoas vivendo com HIV não é encontrada com clareza em publicações, é apresentada principalmente pelo Qualiaids, mas que é voltado para atenção básica no modelo tradicional. Porém, as ações se aplicam com coerência, elas: consultas de enfermagem para pacientes que estejam iniciando tratamento

antirretroviral ou em mudança de esquema terapêutico, pacientes com dificuldades de adesão, distúrbios metabólicos, dificuldade de compreensão, em tratamento para tuberculose, coinfectados com hepatite ou IST, pacientes que tenham sofrido exposição ou violência sexual, orientação sobre concepção, e contracepção, usuários de álcool ou de outras drogas na perspectiva da redução de danos, abordagem sindrômica dos casos de infecção sexualmente transmissível (IST), análise e acompanhamento dos faltosos, entre outras (QUALIAIDS, 2016).

É importante ressaltar, que o protocolo de enfermagem vigente na APS no RJ, publicado no ano de 2012, que é o respaldo profissional e serve como direcionamento para ações, não aborda a temática da infecção HIV, justificado pelo ano de publicação, que é anterior ao ano da descentralização da assistência para ESF. Observa-se que perde concretude na atribuição do enfermeiro, o qual estaria fundamentada na lei do exercício profissional nº 7498/1986, e de acordo com protocolo vigente, que contribuiria com o acompanhamento clínico:

Art 11. Cabendo ao enfermeiro: Prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

I - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

A orientação produzida pelo Ministério da Saúde, na nota informativa nº 47, agregou autonomia com a permissão para solicitação de exames de Contagem de Linfócitos CD4/CD8 e Carga Viral de HIV por enfermeiros de acordo com a periodicidade e critérios clínicos determinados. A mesma nota reforça a permissão

para acesso ao (SISCEL), colaborando com ampliação da qualidade do cuidado clínico na Atenção Primária à Saúde.

Considerando que o acompanhamento clínico ao portador de HIV é dinâmico e multiprofissional, a ampliação e otimização do escopo dos profissionais que compõem o (NASF) abarcaria melhores resultados ampliação da gestão do cuidado através do apoio matricial (BRASIL, 2014).

4.4 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Visando ampliar a capacidade resolutiva das equipes de saúde da família, o MS, em 2008, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF incluso dentro do processo de trabalho das unidades de saúde, composto por profissionais de diferentes formações, com o objetivo de ampliar a capacidade resolutiva das equipes de saúde da família. Comumente, existem profissionais relacionados à saúde mental, por ser tratar de uma demanda comum na APS (BRASIL, 2010).

O método de interação preconizado entre as equipes e os profissionais do NASF é o matriciamento, que consiste no trabalho através de intervenções compartilhadas, onde se objetiva a construção de uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica conjunta, em que haja participação ativa do indivíduo ou família, de toda a equipe de saúde, da própria equipe de referência e muitas vezes de outros serviços de saúde e sociais, atuando a equipe de saúde como elo entre eles (CHIAVERINI, 2011).

No tocante ao acompanhamento de saúde na APS para as pessoas vivendo com HIV, espera-se que o apoio matricial proporcione maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, por objetivar a retaguarda especializada aos profissionais encarregados da atenção à saúde de determinada população, trata-

se de um suporte técnico-pedagógico e um apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população (BRASIL, 2017).

A proposta do apoio matricial investe em mudanças das estruturas gerencial e assistencial dos serviços de saúde, de modo a criar uma organização que estimule o compromisso das equipes com a produção de saúde, sem cobrar-lhes onisciência ou onipotência, mas produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, quebrando obstáculos organizacionais à comunicação. Pode ocorrer através de contatos pontuais para auxílio e orientação em determinadas situações.

O apoiador matricial é um profissional que tem um núcleo de conhecimento específico e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, por exemplo: profissional psicólogo, assistente social, educador físico, o infectologista, no caso da infecção pelo HIV, entre outros profissionais. Categorias profissionais que agregam recursos de saber e contribuem com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

4.5 MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Com o crescimento e qualificação das práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde, cada vez mais se amplia a discussão de uma prática subsidiada pelas necessidades de cada indivíduo, mediante reconhecimento e avaliação de aspectos que podem ameaçar constantemente o início, a manutenção e sucesso de um tratamento. Vale ressaltar, que a valorização das necessidades humanas pelos profissionais de saúde é de extrema relevância e têm influência direta nos aspectos clínicos da saúde dos indivíduos (STEWART, *et al*, 2010).

O cuidado às pessoas infectadas pelo vírus HIV, historicamente se apresenta de maneira complexa e multifacetada, devido a diversas peculiaridades,

como a infecção propriamente dita, sexualidade, preconceito, aceitação, apoio, vulnerabilidade, entre outros.

A equipe de saúde da família, pela especificidade do trabalho, alto grau de descentralização, capilaridade e continuidade do trabalho, permite ter a possibilidade de acompanhamento ao longo do tempo, conhecimento da dinâmica familiar, hábitos de vida, preocupações e vivências relacionadas à saúde ou doenças, mediante uma relação de cooperação com o usuário, facilitado pelo método clínico centrado na pessoa (GUSSO E LOPES, 2013).

O Método Clínico Centrado na Pessoa distingue dois conceitos de alteração na saúde: doença e experiência da doença. A doença é explicada em termos de fisiopatologia: funcionamento anormal de estruturas, função dos órgãos e sistemas, com o foco no corpo e não na pessoa. A experiência da doença, entretanto, é a experiência pessoal e subjetiva de quem está doente; os sentimentos, pensamentos e comportamentos alterados de alguém que se sente doente (STEWART, 2010).

A figura abaixo (Figura 2) demonstra a interação entre os seis componentes do método clínico centrado na pessoa, que buscam humanizar a relação do cuidado, decisão compartilhada e aumentar resolutividade (GUSSO E LOPES, 2013).

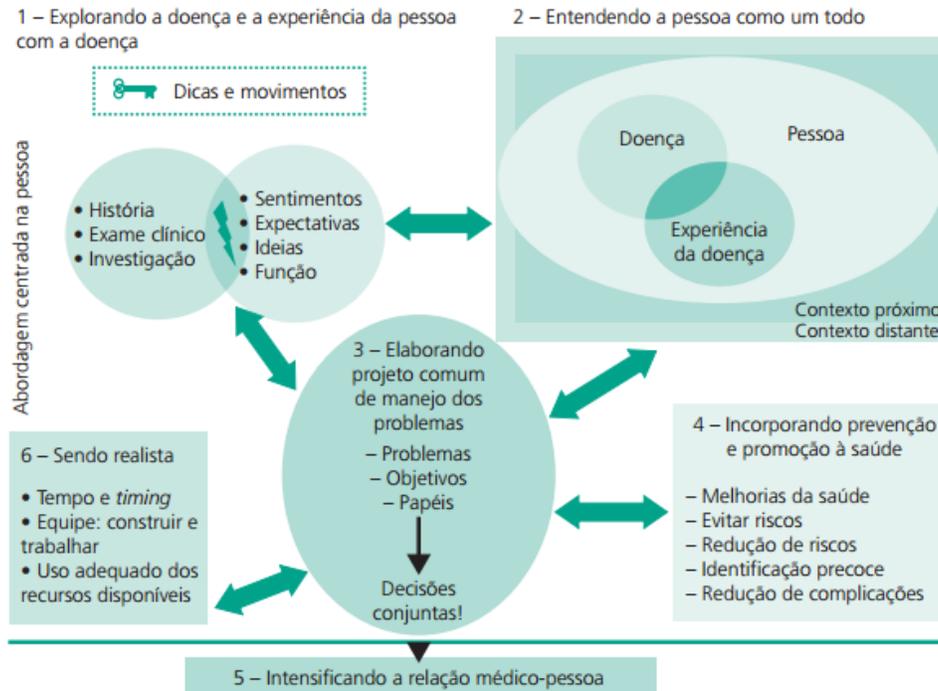


Figura 2- Esquemático da interação do método clínico centrado na pessoa.

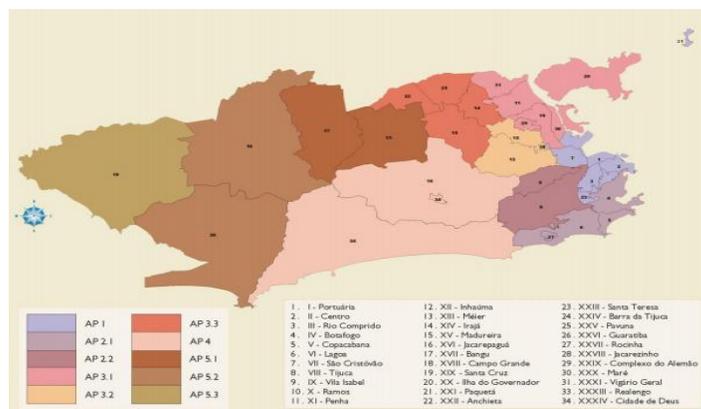
De acordo com o método clínico centrado na pessoa, e não na doença, faz-se necessário uma prática de saúde, definida como gestão dos casos (*case management*) que é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar. É válido também para pessoas com condições de saúde que utilizam polifarmácia, aos que apresentam baixa adesão às intervenções prescritas, os desprovidos de condições para o autocuidado (MENDES,2012).

4.6 ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1

O município do Rio de Janeiro possui aproximadamente 6.520.266 habitantes, conforme IBGE, publicado em 2010. Ainda utiliza-se dados de 2010, porque foi o último censo realizado de forma oficial no município do RJ. O município é dividido em 10 Áreas de Planejamento (AP), que são configurados a partir de agrupamentos de bairros, e dentro delas são organizados os serviços de saúde de atenção primária e secundária (Figura 3).

A Secretaria Municipal de Saúde, através das Coordenadorias de Atenção Primária (CAP), localizadas nas respectivas 10 APs, possuem gestão dos serviços de saúde de atenção primária de forma descentralizada. Então, indicadores de saúde, avaliação da situação de saúde, identificação e acompanhamento das melhorias nas unidades de saúde e dos processos de trabalho em saúde, apoio técnico e capacitações são realizados pela equipe técnica da CAP.

Figura 3- Mapa do município do Rio de Janeiro dividido pelas Áreas de Planejamento.



Fonte: Instituto Pereira Passos - Portal Georio (www.portalgeo.rio.rj.gov.br).

A AP 3.1 localiza-se na zona norte da cidade, é uma área com pequena extensão territorial comparada às outras áreas de planejamento, possui aproximadamente 886.551 habitantes (IBGE 2010), caracterizado por uma alta densidade populacional, principalmente devido à extensão de áreas com aglomerados subnormais. Conforme IBGE (2011), aglomerados subnormais são áreas conhecidas ao longo do país por diversos termos como favela, comunidade, grotão, entre outros e, com o não suprimento adequado dos serviços de energia elétrica, esgotamento sanitário, água e coleta de lixo.

A AP 3.1 é constituída por 28 bairros, que apresentam diferenças significativas entre eles. A diferença de maior impacto é medido pelo Índice de Desenvolvimento Social (IDS), que analisa dimensões relacionadas ao acesso ao saneamento básico, qualidade habitacional, grau de escolaridade e disponibilidade de renda (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2008). Como exemplo da inconsonância, o bairro Jardim Guanabara, na Ilha do Governador possui o melhor IDS da AP 3.1, ocupando a 15º na posição do município. Já os bairros do Complexo do Alemão e Manguinhos, ocupam a 158º e 159º posições, respectivamente, refletindo a acentuada vulnerabilidade dos territórios.

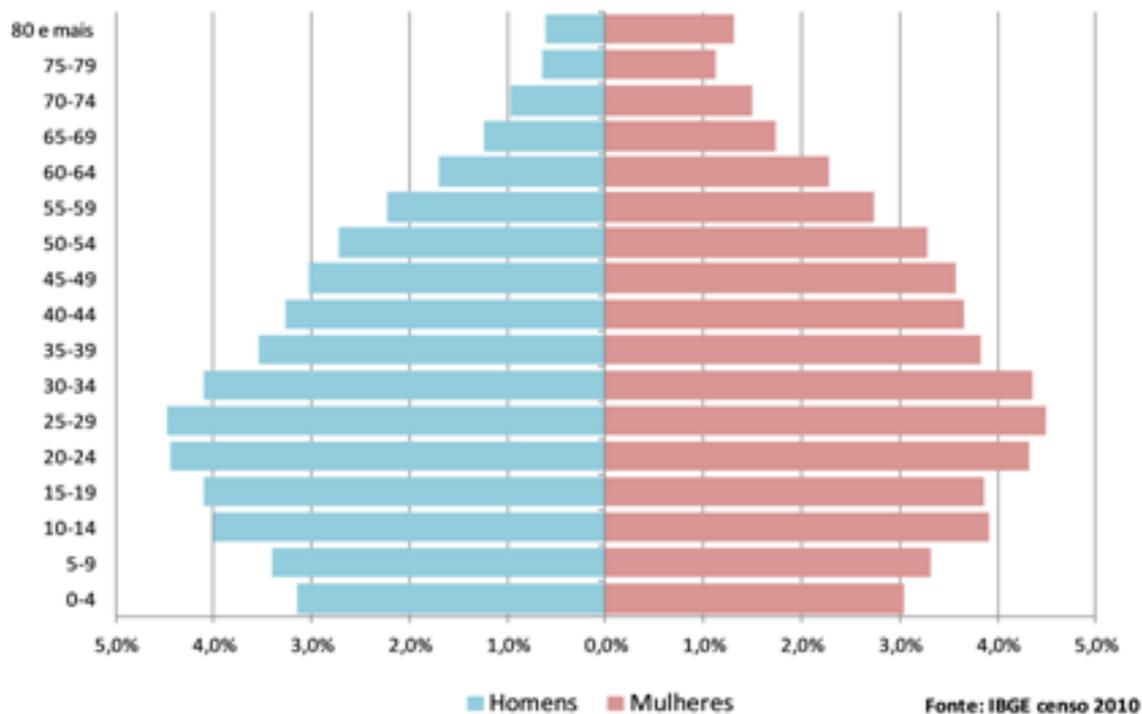
Tabela 1- Dados demográficos da AP 3.1.

Dado demográfico	AP 3.1	Rio de Janeiro	Relação com o MRJ
Área (km ²)	85,36	1200,3	0,07
População Total (hab.)	886551	6320446	0,14
Taxa de Crescimento Populacional 1991-2000	0,052	0,069	25% menor
Taxa de Crescimento Populacional 2000-2010	0,032	0,079	60% menor
Proporção de Idosos 2010	0,131	0,149	1,8% menor
Proporção de Idosos 2020 (projeção)	0,161	0,153	3,2% menor
Densidade demográfica (hab./km ²)	10386	5265	1,97x
Maior IDH* por bairro (Jardim Guanabara)	0,963	0,807	3º
Menor IDH por bairro (C. do Alemão)	0,711	0,807	126º
Maior IDS** por bairro (Jardim Guanabara)	0,71	0,61	16º
Menor IDS por bairro (Manguinhos)	0,53	0,61	152º
Analfabetos (maiores de 15 anos)	23.240 (4,1%)	147.551 (2,9%)	0,157
População em aglomerados subnormais	335.033 (35%)	1.433.773 (22,6%)	23,3%
Áreas de aglomerados subnormais (km ²)	7,4 (8,6%)	46,9 (3,9%)	15,7%

Fonte: Censo IBGE 2010, Portal Georio (www.portalgeo.rio.rj.gov.br)

Observa-se na tabela acima os dados demográficos da AP 3.1. A densidade populacional apresenta-se acentuada, com aproximadamente 335.033 habitantes residindo em aglomerados subnormais, conhecido popularmente como favelas, traduzindo o grau de vulnerabilidade social e violência decorrente das condições econômicas, moradia, escolaridade, entre outros.

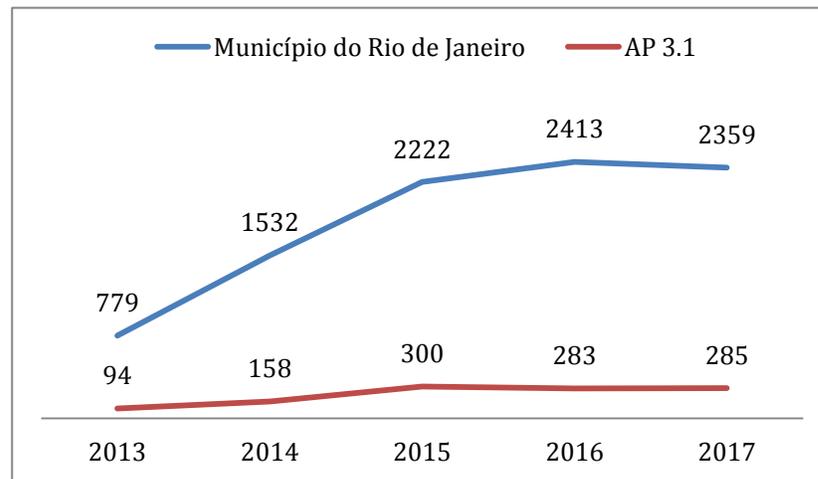
Figura 4- Pirâmide Etária da população residente na AP 3.1.



Fonte: Censo IBGE 2010, Portal Georio (www.portalgeo.rio.rj.gov.br)

A distribuição da população pela faixa etária é caracterizada por uma população jovem, principalmente na faixa etária de 30-34 anos e nas faixas seguintes observa-se predominância de mulheres.

Gráfico 1- Número de casos notificados de infecção pelo HIV em adultos residentes na AP 3.1 e comparativo com município do Rio de Janeiro



Fonte: SINAN Net – extração em 02/04/2018.

O gráfico acima apresenta série histórica dos últimos 5 anos, com o número de notificação de adultos acima de 13 anos por ano. A partir de 2014, a infecção pelo HIV passa a ser doença de notificação compulsória, portanto, pode-se, talvez, atribuir a este fato o aumento do número de casos, associado à ampliação da testagem pelo teste rápido e pelo aumento da cobertura pela estratégia de saúde da família no município e na AP 3.1.

Figura 5- Evolução da cobertura pela Estratégia Saúde da Família na AP 3.1, do ano de 2008 à 2018.



Fonte: Divisão de Informação Controle e Avaliação- CAP 3.1, 2018.

Os mapas apresentam a comparação de 2008 e 2018, a sinalização na cor azul retrata locais do território que possuem cobertura pela ESF, que se desenvolveu ao longo do tempo, durante processo de expansão da APS, iniciado em 2009.

Atualmente, a AP 3.1 possui 33 unidades de saúde de Atenção Primária, sendo 18 Clínicas da Família, 15 Centros Municipais de Saúde e 2 Policlínicas, como unidade secundária, onde concentram os especialistas de diferentes categorias.

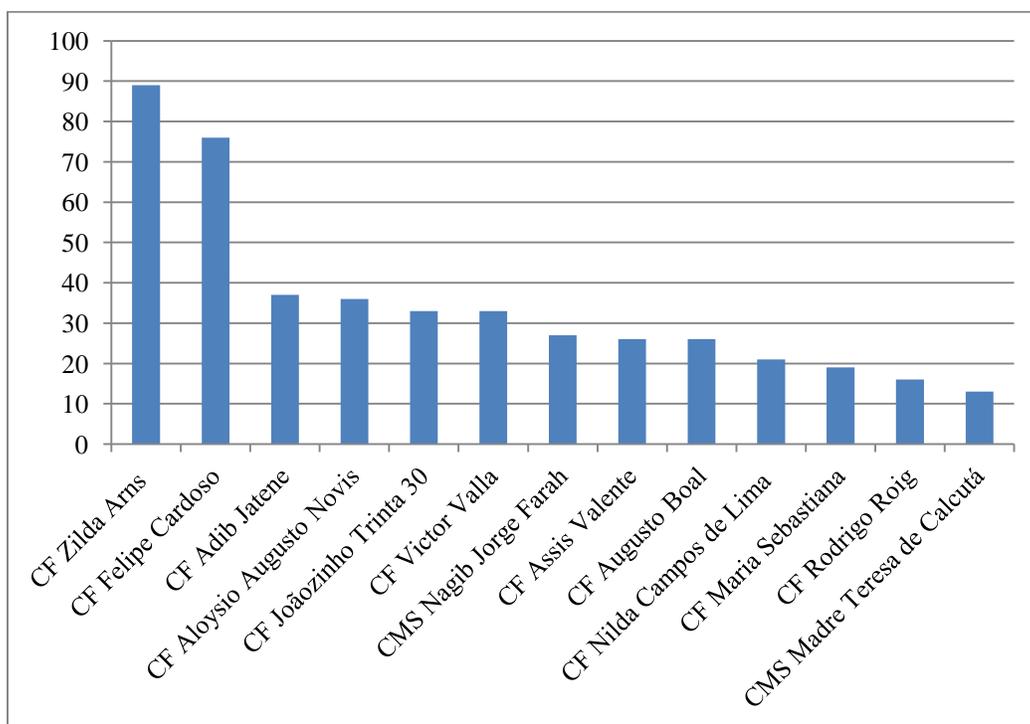
As Clínicas da Família são unidades classificadas como tipo “A”, possuem equipes de saúde da família para cobrir todo o território adscrito de referência da unidade, e Centros Municipais de Saúde (CMS) podem ser classificadas como tipo “A” ou “B”, quando como tipo “B” é devido à parte do território ser coberto pela equipe de saúde da família e outra parte coberta pelo modelo tradicional de atenção básica, composta por médico clínico geral, pediatra, ginecologista e enfermeiro.

A AP 3.1 possui 210 equipes de saúde da família distribuídas entre as unidades, dessas, oito unidades possuem Programas de Residência de Medicina

pelo Tenofovir 300mg, Lamivudina 300mg e Dolutegravir 50mg, com tomada de 2 comprimidos, 1 x ao dia.

A AP 3.1 possui 04 unidades com perfil de atendimento especializado que dispensam TARV para esquemas alternativos, prescritos pelos infectologistas atuantes desses ambulatorios.

Gráfico 2- Unidades de Saúde de Atenção Primária que dispensam os esquemas previstos de antirretrovirais

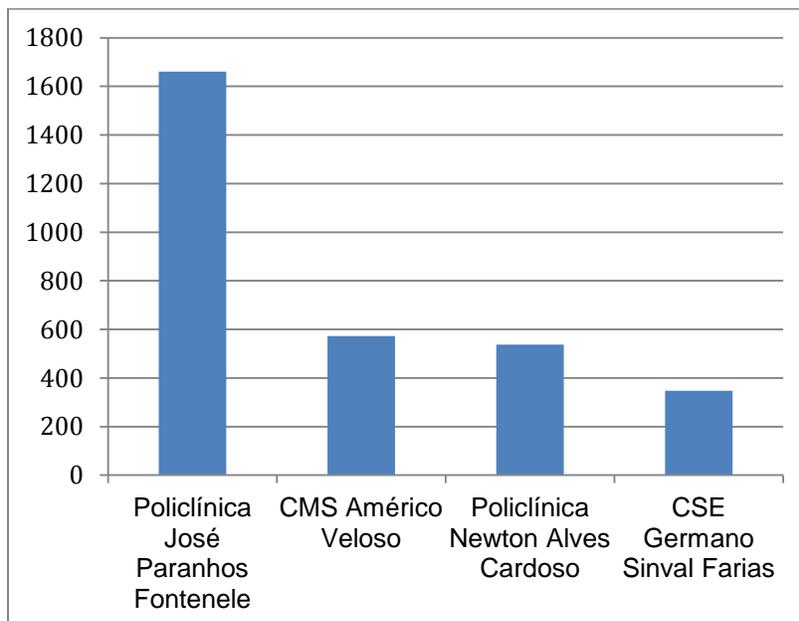


O gráfico acima mostra o número de pacientes ativos no sistema de controle logístico de medicamentos (SICLOM), pelas 13 unidades de Atenção Primária à Saúde da AP 3.1. Não é permitido fazer uma análise entre elas, devido o número de usuários cadastrados nas unidades serem diferentes e as peculiaridades encontradas em cada território.

Tabela 2- Distribuição das unidades de saúde de Atenção Primária pelos bairros da AP 3.1.que dispensam ARV:

Bairros	Unidades
Brás de Pina	CF Aloysio Augusto Novis
	CF Nilda Campos Lima
Penha	CF Felipe Cardoso
Parada de Lucas	CF Joãozinho trinta
Jardim América	CMS Nagib Jorge Farah
Ilha do Governador	CF Maria Sebastiana
	CF Assis Valente
	CMS Madre Teresa de Calcutá
Complexo do Alemão	CF Zilda Arns
	CF Rodrigo Y. Aguilar Roig
Manguinhos	CF Victor Valla
Maré	CF Adib Jatene
	CF Augusto Boal

Gráfico 3- Unidades de Saúde que possuem ambulatório de infectologia e dispensam esquema alternativo:



O gráfico acima mostra o número de pacientes ativos no sistema de controle logístico de medicamentos (SICLOM), das 4 unidades que possuem ambulatório de infectologia e dispensam esquemas alternativos. Não é permitido fazer uma análise entre elas, porque a relação entre a dispensação das unidades, tem relação com as vagas de atendimento que são ofertadas via sistema de regulação do município (SISREG), com exceção do CSE Germano Sinval Farias, que não oferta vagas ao sistema de regulação por questões referentes à gestão da unidade. A capacidade de agenda e atendimentos dessas unidades variam conforme o número de infectologistas. Além disso, as vagas são disponibilizadas para os usuários que residem no município do Rio de Janeiro e não somente na AP 3.1.

Tabela 3- Dispensadores de esquemas alternativos previstos para o especialista:

Unidades	Bairro
Policlínica José Paranhos Fontenele	Penha
Policlínica Newton Alves Cardoso	Ilha do Governador
CMS Américo Veloso	Ramos
Centro de Saúde Escola Germano SINVAL FARIAS	Manguinhos

5 MÉTODOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal, com objetivos explicativos. Conforme Gil (2007), este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, pelas seguintes características: levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

5.2 POPULAÇÃO E LOCAL DA INVESTIGAÇÃO

O questionário foi aplicado aos médicos e enfermeiros de 13 unidades de Atenção Primária da AP 3.1, após o aceite do termo de anuência fornecido pelo coordenador da CAP 3.1 (anexo 1). São elas: CF Rodrigo Roig, CF Aloísio Augusto Novis, CF Assis Valente, CF Eidimir Thiago de Souza, CF Felipe Cardoso, CF Heitor dos Prazeres, CF Joãozinho 30, CF Klebel Oliveira Rocha, CF Valter Felisbino de Souza, CF Wilma Costa, CF Zilda Arns, CMS Iraci Lopes e CMS Parque Royal.

5.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu mediante preenchimento de questionário (apêndice 1) de forma presencial, por critério de conveniência nas unidades. A

escolha das datas para aplicação do questionário ocorreu após contato com o gerente da unidade, que informou os dias com maior número de profissionais médicos e enfermeiros presentes. Foi utilizado questionário estruturado, não validado, composto por questões extraídas do instrumento Qualiaids, este elaborado pelo Ministério da Saúde para avaliação da qualidade da assistência prestada na atenção básica, e por questões elaboradas que atendiam os objetivos da pesquisa. Foram explicados os objetivos da pesquisa, todos aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (apêndice 2).

O questionário antes de ser aplicado foi avaliado e submetido a testes com 9 médicos e 2 enfermeiros especialistas em saúde da família, com experiência em atendimentos de pessoas vivendo com HIV na APS, para avaliação da aplicabilidade das perguntas e respostas. Após ser testado foram reformuladas algumas perguntas para garantir operatividade, os testes não foram incluídos nos resultados.

As respostas obtidas no questionário foram registradas no Programa Excel 2010, para análise descritiva das respostas e cálculo estatístico.

Cálculo estatístico:

Tabela 4- Respostas ao questionário

Parâmetros	
N (universo)	246
n (amostra)	128
Nível de significância	90%
Margem de erro (bilateral)	5%

Distribuição pelo n (amostra), calculado conforme as categorias profissionais:

Tabela 5- Cálculo conforme as categorias profissionais

	N	n
Médico	109	63
Enfermeiro	119	65

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

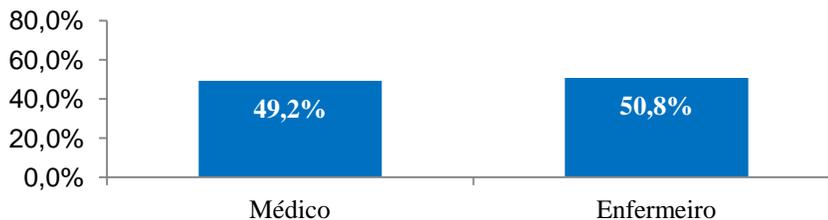
O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Apêndice 3), atendendo as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa.

Os participantes foram convidados a participar da investigação e orientados sobre os objetivos do estudo, o compromisso da divulgação dos resultados junto à Coordenadoria de Área de Planejamento 3.1, Superintendência de Atenção Primária da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro e unidades envolvidas, considerando-se que os resultados obtidos venham a contribuir com a qualificação para assistência às pessoas vivendo com HIV na Atenção Primária à Saúde.

6 RESULTADOS

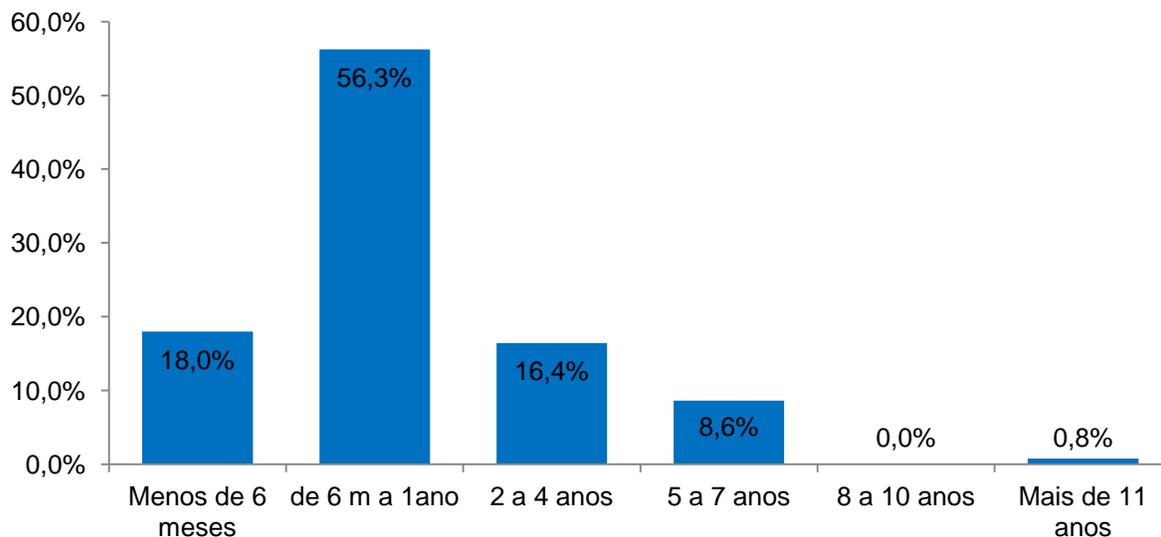
O estudo foi realizado em 13 unidades de atenção primária, localizadas na AP 3.1. Foram entrevistados 128 profissionais de saúde nas seguintes unidades de saúde: CF Aloysio Augusto Novis, CF Felipe Cardoso, CF Rodrigo Roig, CF Zilda Arns, CF Heitor dos Prazeres, CF Eidimir Thiago de Souza, CF Assis Valente, CF Rodrigo Yamawaki Aguilar Roig, CF Heitor dos Prazeres, CF Joãozinho 30, CF Klebel de Oliveira Rocha, CF Valter Felisbino de Souza, CMS Iraci Lopes e CMS Parque Royal. Dessas unidades, seis possuíam o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e/ou Programa de Enfermagem de Saúde da Família.

Gráfico 4 - Apresenta a distribuição dos profissionais entrevistados conforme categoria profissional.



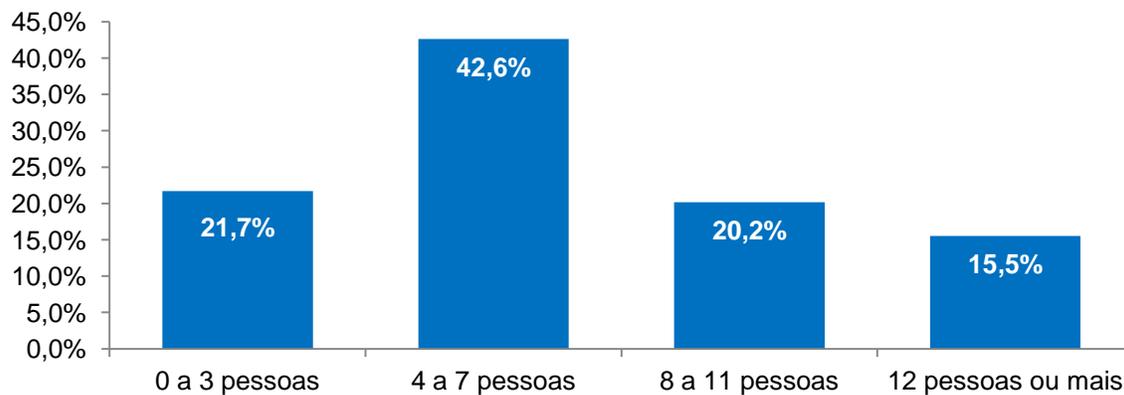
O gráfico apresenta que dentre os entrevistados 50,8% eram graduados em Enfermagem e 49,2% graduados em Medicina.

Gráfico 5 - Apresenta distribuição dos profissionais em relação ao tempo de trabalho na atual equipe de saúde da família.



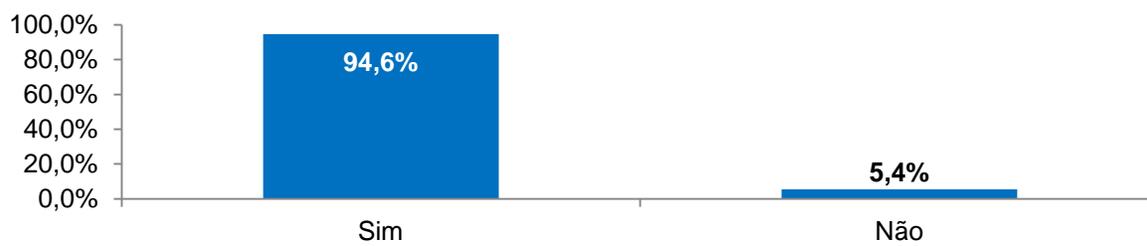
Dentre as respostas obtidas, 56,3% dos entrevistados atuam de 6 meses à 1 ano na atual equipe de saúde da família e 18% menos de 6 meses.

Gráfico 6 - Apresenta a distribuição dos entrevistados quanto ao número de pacientes cadastrados na equipe de saúde da família vivendo com infecção pelo HIV.



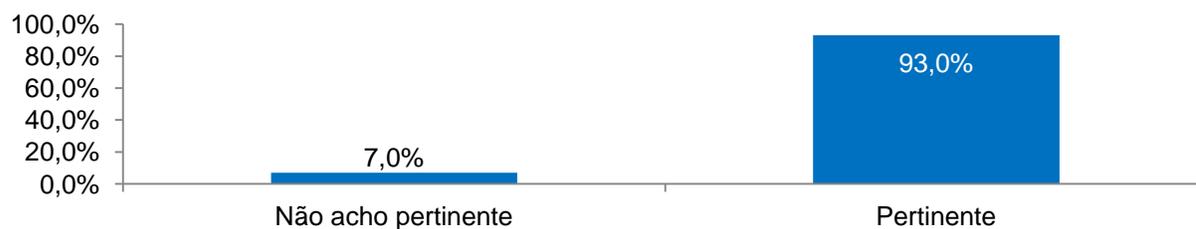
Constata-se que 21,7% dos profissionais responderam ter de 0 a 3 PVHIV cadastrados na equipe de saúde da família; 42,6% responderam ter de 4 a 7 PVHIV; 20,2% responderam ter de 8 a 11 PVHIV e 15,5% informaram ter 12 ou mais PVHIV cadastrados na equipe de saúde da família.

Gráfico 7 - Apresenta a distribuição dos entrevistados quanto à leitura e acesso ao guia de referência rápida sobre infecção pelo HIV e Aids da SMS-RJ.



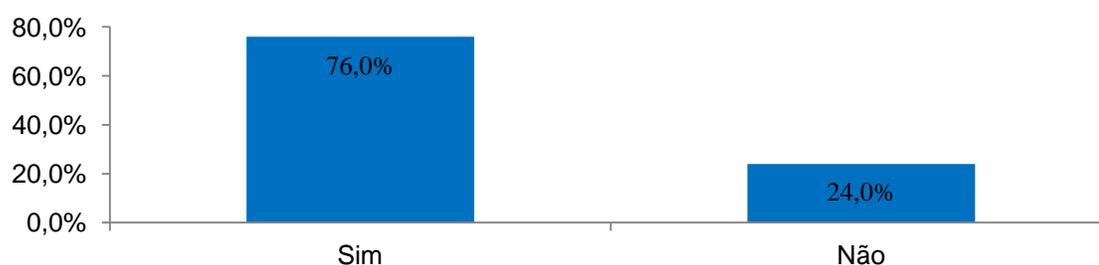
Observa-se que 94,6% dos profissionais relataram o acesso ao guia de referência rápida e 5,4% dos entrevistados referiram nunca ter acessado o material de apoio para leitura e consulta rápida.

Gráfico 8 - Apresenta a distribuição dos entrevistados em relação à pertinência da recomendação da SMS para que o portador do vírus HIV, assintomático e dentro dos critérios estabelecidos seja acompanhado na APS.



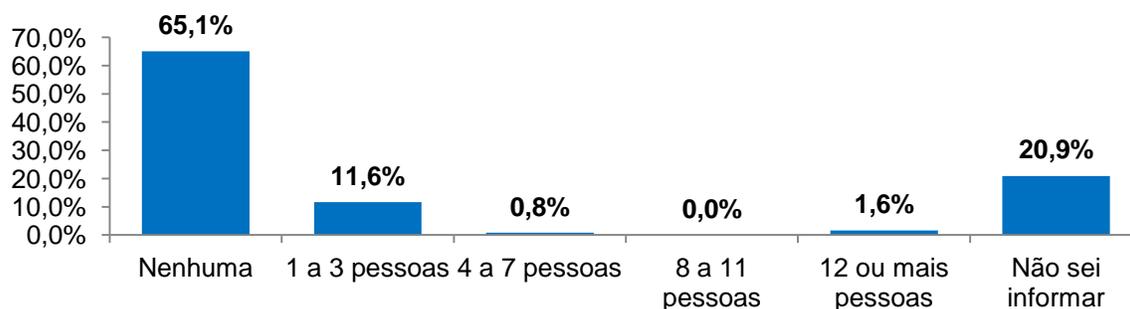
Como apresentado acima, apenas 7% dos profissionais entrevistados não acham pertinente o acompanhamento de PVHIV na APS e 93% avaliam como adequado que as PVHIV recebam seus cuidados junto a sua unidade de APS.

Gráfico 9 - Apresenta a distribuição dos entrevistados sobre autoavaliação em sentirem aptos para o acompanhamento clínico na equipe com diagnóstico de infecção pelo HIV.



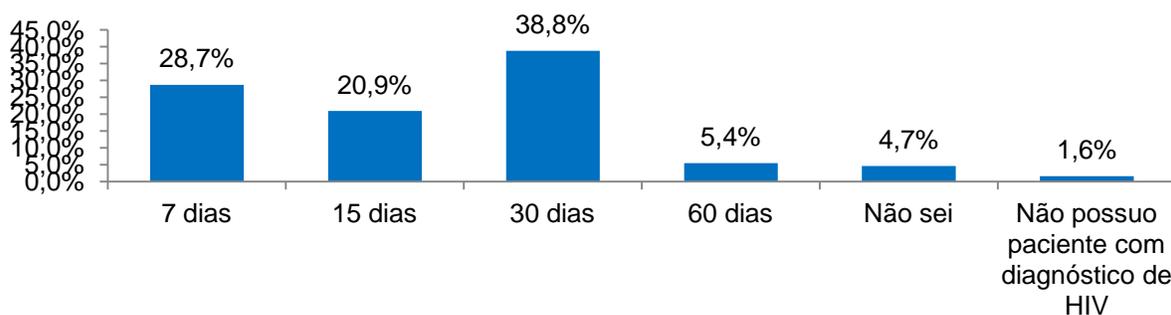
Como demonstrado no gráfico acima, 76% dos profissionais entrevistados consideram-se aptos a realizar o acompanhamento clínico de PVHIV e 24% responderam não se sentirem capaz de realizar tal acompanhamento.

Gráfico 10 - Apresenta a distribuição dos entrevistados em relação ao número de pessoas vivendo com HIV em acompanhamento na equipe de saúde da família sem terapia antirretroviral.



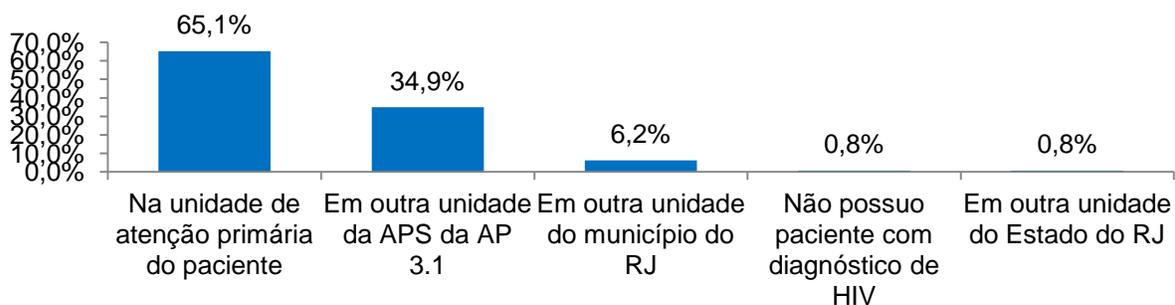
Os resultados apontam que 65,1% dos entrevistados informaram “nenhum paciente em acompanhamento sem TARV”; 11,6% dos entrevistados responderam ter de “1 a 3” PVHIV sem TARV e 20,9% dos entrevistados relataram “não saber informar”.

Gráfico 11 - Apresenta a distribuição dos entrevistados em relação ao intervalo das consultas para os pacientes que estão no início da terapia antirretroviral.



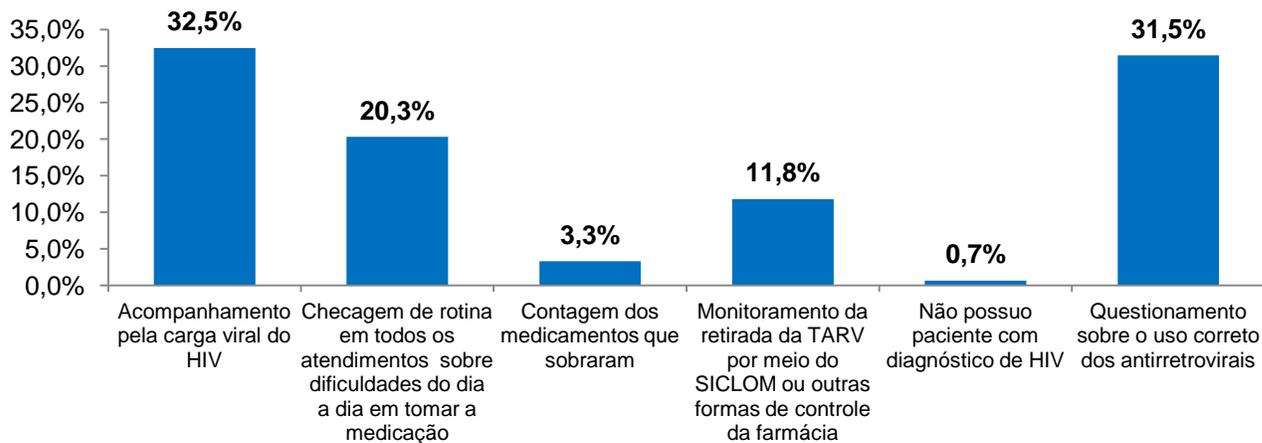
Observa-se que dentre as respostas obtidas, 28,7% dos entrevistados agendam o retorno dentro de 7 dias para pacientes que iniciaram TARV, 20,9% em 15 dias; 38,8% dos entrevistados em 30 dias e 5,4% em 60 dias.

Gráfico 12 - Apresenta a distribuição dos entrevistados em relação à farmácia para retirada da terapia antirretroviral pelas pessoas vivendo com HIV.



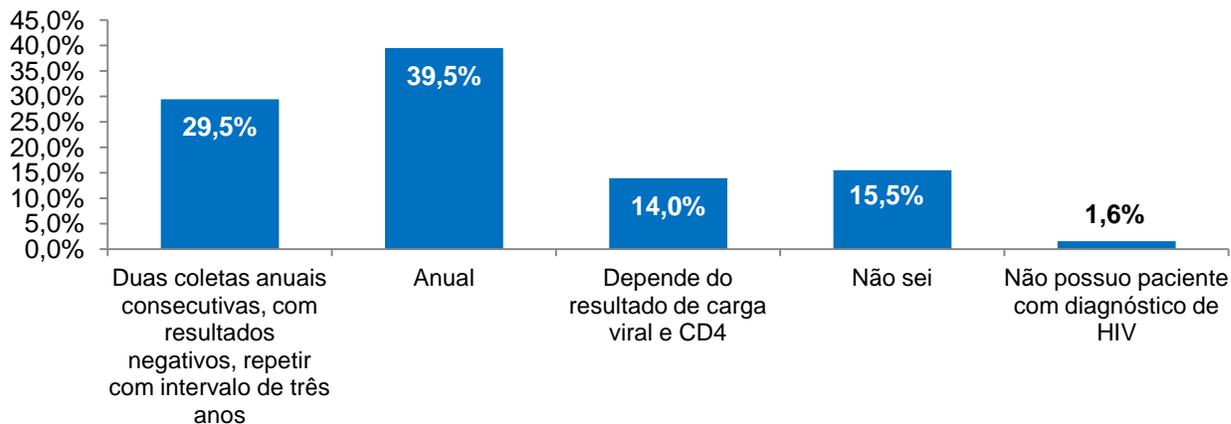
Dentre os entrevistados, 65,1% responderam que as pessoas vivendo com HIV retiram a medicação na própria unidade de APS; 34,9% dos entrevistados responderam que referenciam para outra farmácia da AP 3.1; 6,2% dos entrevistados responderam que a retirada da terapia antirretroviral ocorre em outra unidade do município do RJ e 0,8% em farmácias de outra unidade do Estado do Rio de Janeiro.

Gráfico 13 - Apresenta a distribuição dos entrevistados quanto estratégia de acompanhamento a adesão à TARV.



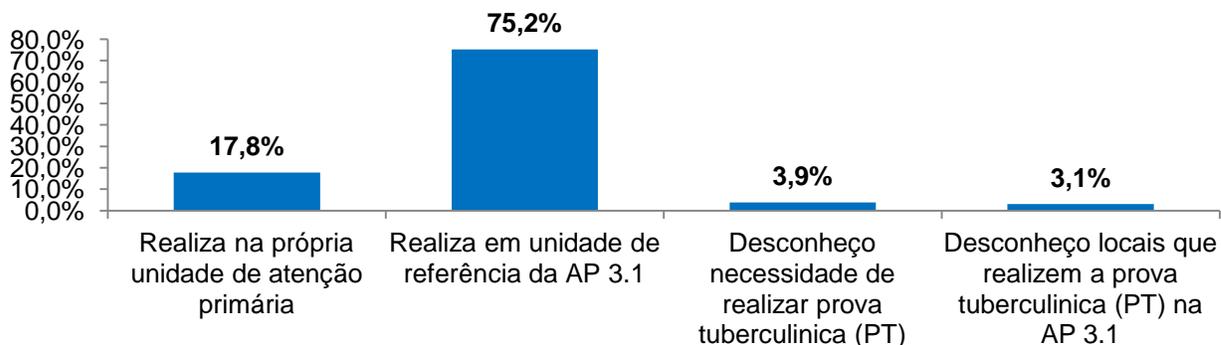
Observa-se no gráfico acima que a principal forma de acompanhamento da adesão à TARV por 31,5% dos entrevistados é através do questionamento sobre o uso correto da medicação; 20,3% responderam checagem de rotina em todos os atendimentos às dificuldades do dia a dia para uso da medicação e 32,5% dos entrevistados responderam que ocorre pela realização da carga viral.

Gráfico 14 - Apresenta distribuição da periodicidade respondida pelos entrevistados em relação à coleta de citopatológico em mulheres vivendo com HIV na APS.



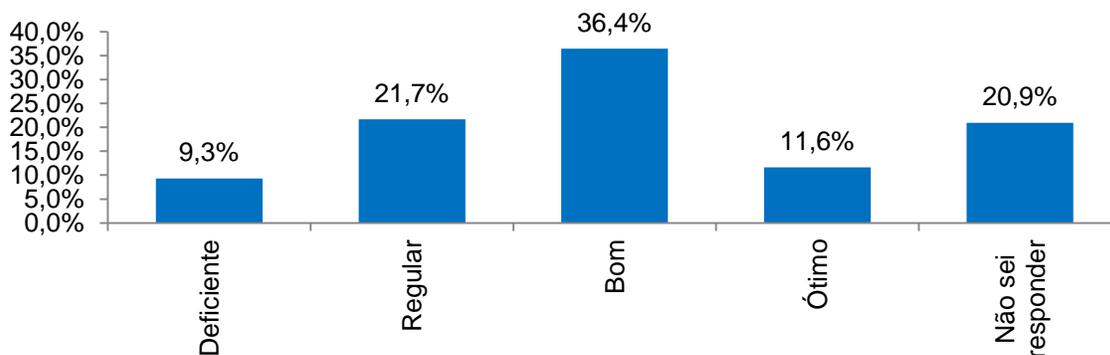
Dentre os critérios encontrados, 29,5% dos entrevistados responderam duas coletas anuais consecutivas, com resultados negativos, repetidos com intervalo de 3 anos; 39,5% responderam coleta de citopatológico com periodicidade anual; 14% dos entrevistados responderam a depender do resultado de carga viral/CD4 e 15,5% dos entrevistados responderam não saber.

Gráfico 15 - Apresenta a distribuição das respostas dos entrevistados quanto ao local da realização da Prova Tuberculínica (PT).



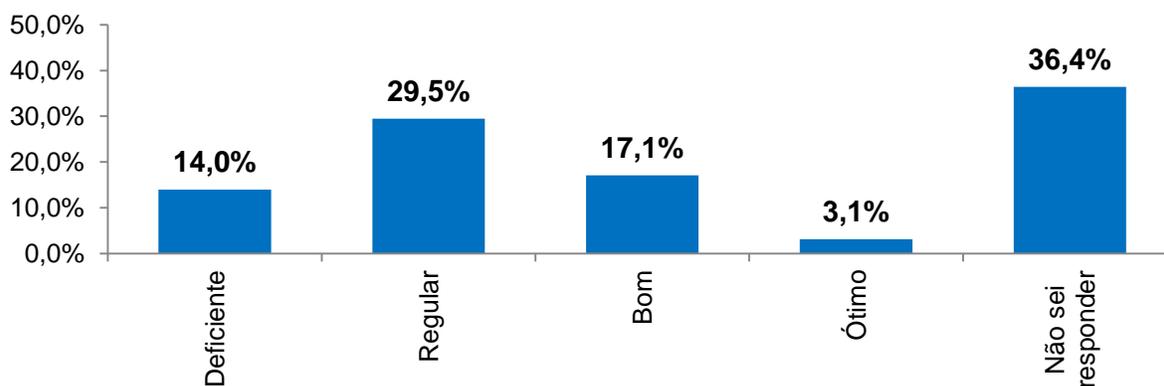
Dentre as respostas obtidas, 17,8% realizam na unidade de APS PV HIV; 75,2% dos entrevistados encaminham os pacientes para realizarem PT em unidade de referência da AP 3.1; 3,9% dos profissionais desconhecem a necessidade da realização da PT e 3,1% dos entrevistados desconhecem os locais que realizam a PT na AP 3.1.

Gráfico 16 - Apresenta a distribuição da avaliação dos entrevistados quanto ao funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde, em relação ao serviço de remoção para serviço urgência/emergência via “vaga zero” para às pessoas vivendo com HIV.



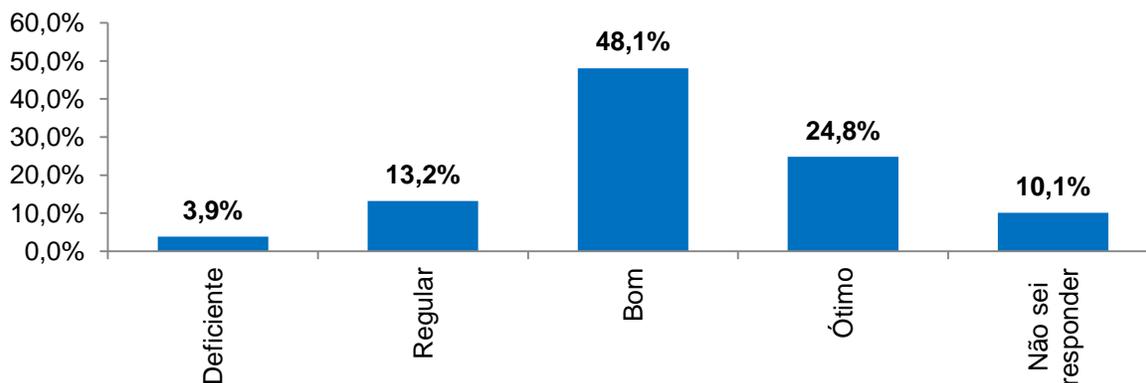
Conforme obtidas, 36,4% dos entrevistados avaliaram como bom; 21,7% avaliaram como regular e 20,9% não souberam responder a avaliação do serviço de remoção.

Gráfico 17 - Apresenta a distribuição da avaliação dos entrevistados quanto ao funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde, em relação à internação eletiva para as pessoas vivendo com HIV.



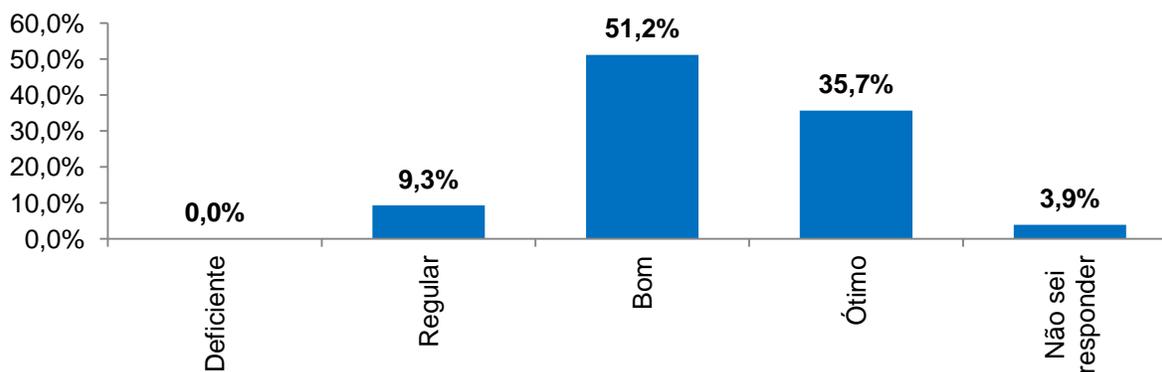
Conforme avaliações obtidas, 36,4% dos entrevistados responderam que não sabem responder; 29,5% dos entrevistados avaliaram como regular e 3,1% avaliaram como ótimo a internação eletiva para as pessoas vivendo com HIV.

Gráfico 18 - Apresenta a distribuição da avaliação dos entrevistados quanto ao funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde, em relação à disponibilidade de ambulatório de infectologia na AP 3.1.



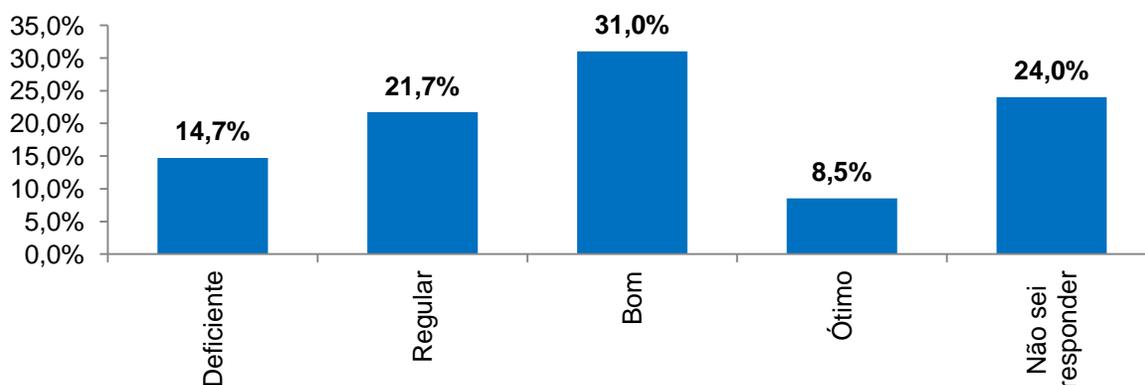
Conforme avaliações obtidas, 48,1% dos entrevistados avaliaram como bom, 24,8% como ótimo, e 10,1% dos entrevistados responderam como “não sei responder”.

Gráfico 19 - Apresenta a distribuição da avaliação dos entrevistados quanto ao funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde, em relação à disponibilidade da terapia antirretroviral nas farmácias nas unidades da AP 3.1.



Conforme avaliações obtidas, nenhum entre os entrevistados avaliaram como deficiente; 51, 2% dos entrevistados avaliaram como bom e 35,7% avaliaram como ótimo a disponibilidade de TARV nas farmácias das unidades de APS da AP 3.1.

Gráfico 20 - Apresenta a distribuição da avaliação dos entrevistados quanto ao funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde, em relação atuação dos profissionais do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) nas unidades da AP 3.1.



Conforme avaliações obtidas, 31% dos entrevistados avaliaram como bom; 24% dos entrevistados responderam “não sei responder” e 8,5% dos entrevistados como ótimo.

Tabela 6- Frequência das sugestões dos profissionais, por categoria-temática para qualificação da assistência das pessoas vivendo com HIV na Atenção Primária.

CATEGORIA-TEMÁTICA	FREQUÊNCIA
Capacitação/treinamentos	41
Cuidado multiprofissional	8
Informação em Saúde	7
Rede de Atenção à Saúde	5
Infraestrutura	4
Indicação de infectologista	1
Formação	1
Não responderam	62

Tabela 7- Sugestões dos profissionais, divididos por categorias-temáticas para qualificação da assistência aos portadores de HIV na Atenção Primária.

CATEGORIA-TEMÁTICA	RELATO
Informação em Saúde	Linhas de cuidado no prontuário eletrônico para melhorar a vigilância.
	Aprimorar entre pré e pós a equipe técnica, qualificar metodologias para sigilo (acolhimento, coleta) e criar linha de cuidado para HIV/aids.
	Para uniformização do atendimento se faz necessário a criação de uma linha de cuidado a PVHIV
	Melhor divulgação dos fluxos de atendimentos e educação permanente dos profissionais.
	Capacitações acerca do acompanhamento, exames necessários, periodicidade e mostrar epidemiologia
Capacitação profissional	Linhas de cuidado para a visualização dos profissionais no prontuário eletrônico
	Curso de atualização e informação dos fluxos que permeiam a assistência ao portador de HIV/aids na CAP 3.1
	Educação Continuada e treinamento com base em casos clínicos
	Educação Permanente sobre o cuidado integral, que vá além da terapia antirretroviral
	Cursos e oficinas para esclarecer melhor as dúvidas dos casos peculiares
	Educação Permanente e melhor orientação do infectologista
	Treinamento na APS e melhor acompanhamento conjunto com o especialista
	Ter mais cursos de qualificação para acompanhamento de usuários HIV +, principalmente no que diz respeito as medicações.
	Educação Permanente e desconstrução do preconceito em profissionais
	Grupos para desmistificar mitos
	Educação continuada em forma de oficinas e capacitações de forma regular e realizada por equipe multiprofissional, além de por categoria.
	Educação continuada em forma de oficinas e capacitações de forma regular e realizada por equipe multiprofissional, além de por categoria.
	CAP realizar educação continuada entre todos os funcionários da unidade
	Manutenção da reciclagem profissional em ambiente teórico-prático
	Qualificações de médicos e enfermeiros para que possamos nos sentir mais seguros
Cuidado multiprofissional	Realizar capacitação para todos os profissionais da equipe técnica a fim de colaborar para abordagem multidisciplinar do cuidado dos usuários portadores de HIV.
	Possibilidade de solicitação de CD4 pelo enfermeiro
	NASF, cursos, canal de comunicação próprio para dúvidas e compartilhamento de casos (telefone disponível)
	Apoio do NASF, incentivos de aprendizado aos profissionais da ponta, consolidar estratégias para ação integrada das políticas assistenciais.
	Capacitação da equipe de enfermagem na abordagem multidisciplinar do paciente
	NASF de forma geral fisioterapia, odontologia e principalmente psicologia e nutrição está com grandes dificuldades para conseguir integração, com devidos encaminhamentos internos e acompanhamento adequado aos usuários. Em relação específica aos usuários HIV + não tenho conhecimento mas caso não exista sugiro algum tipo de encaminhamento especial quando necessário.
	Renovação de receita de esquema 3 em 1 pela equipe de enfermeiros capacitados, além da solicitação de carga viral, CD4/CD8
Infraestrutura	Melhorar o abastecimento de TARV
	Aumentar o número de farmácia para retirada da terapia antirretroviral
	Disponibilizar TARV/PEP na unidade para retirada
	Reduzir a burocracia na dispensação do TARV e na solicitação de CV e CD4. Resultados de CD4 deveriam chegar impressos na equipe.
Rede de Atenção à Saúde	Ciclo de palestra que demonstre a rede assistencial, assim como houve para Hanseníase e Esporotricose
	Os pacientes têm receio em realizar acompanhamento em unidades próximas como a Policlínica José Paranhos, sugestão e dar acesso em outros locais da AP.
	Melhor acesso a internação eletiva, quando necessário.
	NASF, cursos, canal de comunicação próprio para dúvidas e compartilhamento de casos (telefone disponível)
	Atualização constante dos fluxos preferencialmente presencial, serviços de urgência com fluxos específicos, matriciamento com infectologista, comunicação entre pontos da rede.
Indicação de infectologista	Estruturação da RAS no cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS
	Manutenção da reciclagem profissional em ambiente teórico-prático
	Para melhor aproveitamento do tratamento o paciente deveria ser tratado com infectologista.
Formação	Residência Médica e de Enfermagem em Saúde da Família. Valorização dos profissionais com especialização.

7 DISCUSSÃO

O estudo investigou 128 profissionais, sendo 50,8% Enfermeiros. Do total de participantes 52% possuíam especialização em saúde da família, 27,1% dos médicos relataram fazer parte do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, como preceptores e residentes e 14 % dos enfermeiros do Programa de Residência em Saúde da Família, como preceptores e residentes.

A Portaria que norteia as ações na Atenção Básica, nº 2436, publicada em 21 de setembro de 2017, prevê como composição da equipe de saúde da família, o médico, preferencialmente da especialidade de medicina de família e comunidade e, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família. A SMS-RJ alinhada à necessidade de ter na rede especialista em saúde da família, fundamenta a especialização nos moldes em Programas de Residência.

Dentre o período de atuação dos entrevistados nas equipes de saúde de família, 56% atuam de 6 meses à 1 ano. Esse período de tempo encontrado permite fazer associação com a construção da longitudinalidade do cuidado, porém se apresenta como um período insuficiente para construção de vínculo e cuidado contínuo, uma das potências da APS, por ser um nível de atenção à saúde que cuida dos usuários ao longo do tempo, e tem a possibilidade em construir vínculo terapêutico, proporcionando melhores resultados de saúde (STARFIELD, 2002).

O paralelo entre o tempo na atual equipe de saúde da família e as respostas obtidas na pergunta de quantos pacientes na equipe com diagnóstico de infecção pelo HIV, remete a um dos desafios da saúde pública, que é a permanência de cuidado prolongado, descrito como atributo da essencial da APS, a longitudinalidade para atenção às condições crônicas e atendimento das necessidades de saúde da população.

Para dar respostas ao aumento das condições crônicas também relacionadas ao aumento da sobrevida da população e associação das comorbidades, os processos de trabalho das equipes devem responder às novas

necessidades. Conforme as respostas obtidas, 42,6% dos profissionais relataram ter de 4 a 7 PVHIV na ESF e 20, 2% com 8 a 10 PVHIV na ESF. As ações e serviços de saúde necessários para essa população não resultará em “cura”, mas em melhores condições de vida, com autonomia dos sujeitos, que receberão mais informações sobre seus problemas de saúde, melhor seguimento de suas condições crônicas e maior qualidade nos cuidados preventivos (OPAS, 2011).

Sobre Tratamento como Prevenção, do *inglês*, *Treatment as Prevention* (TasP) é a principal forma de salvaguarda da transmissão do HIV mediante uso regular de ARV pelas PVHIV, com redução significativa da transmissão do vírus pelas pessoas infectadas em tratamento antirretroviral regular. Essa medida, além de evitar adoecimentos e aumentar a expectativa de vida, reduz o risco de transmissão do HIV (BRASIL, 2017). Com as respostas obtidas, 55% dos entrevistados relataram não ter pacientes com diagnóstico de HIV sem uso da TARV, porém como informação impactante, 20,9% dos profissionais responderam como “não sei informar”, pode-se atribuir ao período insuficiente dos profissionais trabalhando nas atuais equipes de saúde da família (56% estão há menos de 1 ano na equipe).

Como aspecto facilitador para o acompanhamento das pessoas vivendo com HIV na APS e, tendo em vista que dentre os entrevistados, 94,6% afirmaram ter lido e tido acesso ao material, podemos citar o Guia Rápido, elaborado e publicado pela SMS, por meio impresso e on-line, com objetivo de leitura e consulta rápida com orientações sobre as rotinas do atendimento, anamnese, história da saúde atual e passada, tratamentos, interações medicamentosas, infecções oportunistas, entre outros. Contudo, o mesmo não contempla todas as necessidades dos profissionais, já que 24% referiram não se sentirem aptos para o acompanhamento clínico. Além disso, 7% dos entrevistados não acham pertinentes à recomendação da SMS-RJ para que o portador do HIV, assintomático e dentro dos critérios estabelecidos seja acompanhado na APS.

Infere-se, portanto, que a falta de segurança clínica para o acompanhamento é um fator dificultador que compromete a qualidade da

assistência prestada e a vigilância em saúde, que também é atribuição do médico e enfermeiro da equipe de saúde da família.

O Ministério da Saúde orienta, no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT, 2017) os intervalos recomendados das consultas em relação ao uso da terapia antirretroviral, o retorno deve ocorrer entre 7 e 15 dias para avaliação de eventos adversos e dificuldades relacionadas à adesão. Nas respostas obtidas o intervalo das consultas para os pacientes que estão no início da TARV, se deu de forma heterogênea. Dentre o período recomendado de 7 à 15 dias: 28,7% dos entrevistados informaram retorno em 7 dias e 20,9% em 15 dias, porém a predominância foi de 38,8% com 30 dias de intervalo. A predominância foi no período recomendado 49,8% até 15 dias, mas um % alto com intervalo de 30 dias.

É incontestável em estudos já realizados que o avanço da TARV e a garantia do acesso aos medicamentos necessários foram marcantes para a redução da morbi-mortalidade da população infectada pelo vírus HIV, impactando positivamente na saúde da população, principalmente quando relacionado à população vulnerável (UNAIDS, 2015).

Algumas unidades da AP 3.1 são dispensadoras dos esquemas previstos para a APS, conhecido como “3 em 1” (Lamivudina, Tenofovir e Efavirenz) e do esquema atual (Lamivudina, Tenofovir e Dolutegravir). Foi respondido pelos médicos e enfermeiros que 65.1% dos pacientes retiram a medicação na unidade de atenção primária de referência, e isso traduz um resultado relevante, já que o esquema previsto para a APS e organização da dispensação pelas farmácias teve início em 2015. As unidades que não são dispensadoras possuem farmácias como referência, 34.9% dos usuários recolhem em outra unidade da APS da AP 3.1 e 6,2% em outra unidade de saúde do município do RJ.

No rastreio de câncer do colo do útero, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) trata na 2ª edição revisada das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (2016), mulheres imunocomprometidas (CD4 abaixo de 200 células/mm³) possuem maior chance de neoplasia intraepitelial cervical e

lesões precursoras. E mulheres imunocompetentes, tratadas adequadamente com TARV, apresentam história natural semelhante às mulheres não infectadas. Porém, conforme o guia rápido de referência da SMS-RJ, a orientação é de que a coleta de citopatológico pela ESF deverá ser realizada anualmente. Compreende-se que tal orientação objetiva aumentar cobertura nessa população.

Os resultados obtidos se apresentaram da seguinte forma: 29,5% responderam que a coleta se dá na mesma periodicidade das mulheres não infectadas; 39,5% responderam que a coleta no período recomendado pela SMS-RJ, ou seja, anualmente; e 14% responderam que a coleta dependia do resultado de exame de CV e CD4. Além desses, 15,5% informaram não saber a periodicidade da coleta na APS. O INCA (2016) reforça que países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor a duas mortes por 100 mil mulheres por ano.

Em relação à adesão medicamentosa, considera-se como suficiente a tomada de medicamentos com uma frequência de pelo menos 80%, para alcançar a supressão viral e sua manutenção (BRASIL, 2017). Em um estudo com busca bibliográfica sobre adesão e métodos utilizados para aferição da adesão, foram apresentadas medidas indiretas e medidas diretas (POLEJACK; SEIDL, 2010). Entre as medidas indiretas, pode-se incluir o autorrelato, o monitoramento eletrônico de medicamentos, a contagem de comprimidos e os registros referentes à retirada de medicamentos da farmácia. As medidas diretas incluem, por exemplo, a detecção dos medicamentos antirretrovirais ou de seus metabolizadores no sangue. O autorrelato tem sido o método mais utilizado para monitorar e obter informações sobre a adesão, tanto em pesquisas quanto na atenção cotidiana em saúde. Dentre os entrevistados, 32,5% retratam a adesão pelo acompanhamento da CV e 31,5% questionando sobre o uso correto dos ARV, o que demonstra que possibilidades diferentes podem ser utilizadas para acompanhar adesão à TARV.

Estima-se que, no mundo, morreram 1,5 milhão de pessoas por tuberculose (TB), sendo que 400 mil (26.66%) eram PVHIV, e aproximadamente um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, ou seja, com a infecção latente da tuberculose (ILTB). Isso, todavia, não significa que todos adoecerão com a forma ativa, mas que constituem reservatórios do bacilo que podem ser reativados sob condições de resposta imunológica deficiente (ROCKWOOD, 2015). A Prova Tuberculínica (PT), teste auxiliar para diagnóstico da infecção latente da tuberculose, constitui um marcador de risco para o desenvolvimento de TB ativa, preconizado pelo MS para realização em todas as pessoas vivendo com HIV e que sejam assintomáticas para tuberculose (PORTO ALEGRE, 2016).

Foi observado que dentre os entrevistados 75,2% afirmaram que os pacientes realizam PT em unidade de referência da AP 3.1 e, somente 17,8% na própria unidade de saúde, esse cenário se deve a uma estratégia municipal de centralizar o insumo que está escasso, em unidades consideradas como “referência territorial” para o procedimento.

A APS está posicionada como um dos elementos da estrutura operacional de uma rede de atenção à saúde: centro comunicador e coordenador do cuidado. Partindo do centro, ela tem a responsabilidade de fazer a ponte entre os diferentes níveis e pontos de atenção, assim como integrar ao processo os sistemas logísticos e de apoio, garantindo, assim, a integralidade da atenção aos usuários do sistema de saúde; e como coordenadora do cuidado indica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS (CONASS, 2015).

As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde; os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS (CONASS, 2015).

Dentre as respostas obtidas, em relação ao funcionamento da rede de urgência e emergência na assistência às PVHIV, 36,4% dos entrevistados avaliaram como bom o funcionamento do “vaga zero” no cuidado aos portadores de HIV. Transferência denominada vaga zero, trata-se de uma estratégia utilizada no município do RJ, que após acionamento da central de regulação, há disparo de uma ambulância no mesmo dia para transferência do usuário que se encontra com quadro de urgência/emergência clínica necessitando de outro ponto de atenção à saúde.

As internações eletivas para continuidade da atenção à saúde do portador de HIV, ainda se apresentam como um desafio no município do RJ, devido a poucas vagas em hospitais com perfil para o tipo de atendimento necessário. A distribuição das avaliações pelos participantes deu-se de forma heterogênea, 29,5% dos entrevistados avaliaram como regular, 17,1% avaliaram como bom e 20,9% não souberam responder, portanto, infere-se que esses profissionais não vivenciaram a necessidade de internar de forma eletiva os pacientes.

A disponibilidade de ambulatório de infectologia foi avaliada como bom por 48,1% dos profissionais entrevistados. A AP 3.1 possui quatro ambulatórios de infectologia, estando três sob gestão da esfera municipal e, possuem oferta de vagas, prioritariamente, disponibilizada via sistema de regulação do município (SISREG), com objetivo de garantir universalidade, transparência dos serviços ofertados e ser um instrumento de gestão.

A avaliação dos profissionais sobre a disponibilidade da TARV, obteve 51,2% como bom e nenhum profissional avaliou como deficiente, estando em

conformidade com a Declaração Política sobre HIV e AIDS, na assembleia geral das Nações Unidas, realizada em 2016, na cidade de Nova York sobre “Acelerar a Resposta para lutar contra o HIV e acabar com a epidemia de AIDS até 2030”:

Enfatizamos a importância continuada, sobretudo tendo em conta as Orientações da Organização Mundial da Saúde de 2015 recomendando que a terapia antirretroviral seja iniciada para todas as pessoas que vivem com o HIV, qualquer que seja a contagem de células CD4, de adotar uma abordagem mais integrada e sistêmica para tratar o acesso das pessoas a serviços de saúde com qualidade, centrado nas pessoas, de uma forma mais holística, no contexto da promoção do direito ao gozo do mais alto nível possível de saúde e bem-estar físico e mental.

Conforme Costa *et al* (2014), com objetivo de ofertar integralidade da atenção em saúde, a equipe NASF possibilita eficiência e eficácia dos serviços através de profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente. Constatado pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), observa-se que a disponibilidade de profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculadas às equipes de SF da AP 3.1, apresenta-se aquém do que está preconizado pelo Ministério da Saúde, conforme portaria nº 3.124 de 28/12/12. Dentre as avaliações feitas pelos profissionais, houve variações nas respostas obtidas, 14,7% responderam que avaliaram como deficiente e 31% avaliaram como bom e 24,1% não sabem responder. Essa discordância pode ser atribuída aos profissionais lotados em unidades que não possuem NASF vinculados, representando 50,4% dos profissionais. Além, de uma configuração de organização em que o número de equipes NASFs são insuficientes para o número de equipes de saúde da família, ocasionando perda de resolutividade do trabalho de ambas as equipes.

8 CONCLUSÃO

No decorrer das décadas desde o início da epidemia até os dias atuais, diversos estudos biomédicos realizados em vários países garantiram conhecimento das modificações e implicações biológicas causadas pela infecção, assim como viabilizaram avanço nas tecnologias de diagnóstico e tratamento, além do empoderamento das pessoas vivendo com HIV, o que também garante melhores resultados na saúde.

A APS no município do Rio de Janeiro tem necessidade de celeridade na sua consolidação, para que efetivamente seja a porta de entrada no atendimento de PVHIV e assim seja garantido o acompanhamento de saúde previsto, e coordenando o cuidado desses grupo de pacientes especificamente.

Conclui-se que os fatores facilitadores para o acompanhamento das PVHIV na APS, como sentir-se apto, ter acesso ao guia rápido para sanar dúvidas, ter disponibilidade de ambulatório de infectologista, atuar em unidades que dispensam TARV, são fatores que proporcionam melhores resultados, com menores possibilidades de adoecimento desses usuários, porém não configuram-se como suficientes.

Verifica-se que os fatores dificultadores têm um grande impacto negativo na garantia desse cuidado. O tempo de atuação insuficiente na estratégia saúde da família dificulta a longitudinalidade e coordenação do cuidado, que são essenciais para a manutenção da saúde das PVHIV, associado em não achar pertinente o acompanhamento clínico na APS, o não cumprimento das recomendações assistenciais conforme a SMS-RJ e MS, entre outros fatores.

Existe um desafio e um longo percurso indispensável para garantir acesso, integralidade e efetividade na assistência prestada pelo médico e enfermeiro da estratégia saúde da família às pessoas vivendo com HIV, com apropriação das necessidades específicas de saúde dessa população, e na rotina de acompanhamento na APS, que poderão ser qualificadas a partir de capacitações frequentes dos profissionais, atenção multiprofissional, disponibilidade de apoio

matricial de infectologista e melhorias nos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde.

9 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

No meado do ano de 2017, iniciou período de crise orçamentária na SMS-RJ, esta instabilidade ocasionou atrasos nos repasses financeiros da prefeitura do Rio de Janeiro às Organizações Sociais de Saúde, entidades que administram as unidades de atenção primária, desencadeando greves de diversas categorias. No período de greve, houve inúmeras solicitações de desligamento na AP 3.1, principalmente por parte da categoria médica, o que prejudicou a fase coleta de dados.

10 PRODUTO FINAL DO MESTRADO PROFISSIONAL EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS

O produto final da pesquisa visa também contribuir como apoio institucional, a partir da criação de um material digital que está publicizado no portal da Coordenadoria de Atenção Primária da AP 3.1, para consulta pelos profissionais das equipes de saúde da família. Neste está disponível as principais orientações técnicas do Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, com as referências dos serviços dentro da própria AP para facilitar a operacionalização do cuidado, por ex. fluxos de encaminhamento para as unidades que realizam prova tuberculínica, e para o ambulatório de infectologia, listagem das unidades dispensadoras de TARV, formulários de encaminhamento ao Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), formulário de TARV, formulário de solicitação de CD4/CD8 e de CV, e orientações sobre regulação de pacientes gestantes, consultas ambulatoriais, internações, entre outras.

Link: www.smscap31.com.br

11 REFERÊNCIAS

ALMA-ATA. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde Alma Ata, URSS, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Vol. 4. Brasília. Ministério da Saúde 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília: 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e HIV. Brasília, 2013, atualizado em 2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Cinco passos para a implementação das linhas de cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/aids / 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.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

CAMPO, GWS; DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, fev, 2007.

CARVALHO, FT. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

CARVALHO, SM; PAES, GO. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Cad. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011.

CECÍLIO, LCO; LACAZ, FA. O trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

CHIAVERINI, DH. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38, Out-Dez, 2014.

CUNHA, EM; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciênc. Saúde coletiva, v. 16, Rio de Janeiro, 2011.

EHOILE, Serge. Antiretroviral treatment regardless of CD count: the universal answer to a contextual question. AIDS Research and Therapy, 2016.

FERREIRA, C. F. et al. Pandemias em um mundo globalizado: desafios para o acesso universal à saúde, 2014. Acessado em <http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS.pdf>, em 24 de Maio de 2018.

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

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1553–1564, maio 2016.

GRANGEIRO, A; SILVA, LL; TEIXEIRA, PR. Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 26(1), 2009.

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1553–1564, maio 2016.

GÜNTHARD, H. F. et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2016 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. *JAMA*, v. 316, n. 2, p. 191, 12 jul. 2016.

GUSSO, G; LOPES, JMC. *Tratado de Medicina da Família e Comunidade. Princípios, Formação e Prática*. Artmed, 2012.

Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro. Nº 20080401, Abril – 2008. Disponível em: http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2394_%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Social_IDS.pdf, acessado em 05 de Abril de 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Aglomerados Subnormais e Informações Territoriais*. Disponível em: ww2.ibge.gov.br, acessado em 23 de Março de 2018.

JUNIOR, NC; JESUS, CH; CREVELIM, MA. *A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos*. Saúde Soc. São Paulo, 2010.

LEE, AS; DEEKS, SG. *The Benefits of Early Antiretroviral Therapy for HIV Infection: How early is early enough?* EBioMedicine (2016).

Lei nº 7498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm.

LOPES, LM; MAGNABOSCO, GT. Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2014.

MADGE, S.; SINGH, S.; THEOBALD, N. HIV in primarycare. [s.l.] Medical Foundation for AIDS & Sexual Health London, UK, 2011.

MARQUES, M C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 9 (suplemento): 41-65, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENESES, M. A AIDS no olhar de pacientes e familiares: um estudo a partir das representações sociais. Dissertação apresentada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2000.

OLIVEIRA, MA, PEREIRA, IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.66, Brasília, Setembro, 2013.

PIMENTA, C. et al. (EDS.). Seminário Estudos e Pesquisas em DST/HIV/AIDS: determinantes epidemiológicos e sociocomportamentais: anais. Rio de Janeiro: ABIA, 2010.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2014-2017.

PLATAFORMA DIGITAL SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE/SUBPAV. Disponível em: <https://subpav.org/logar.php>, acessado em 07 de Abril de 2018.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Instituto Pereira Passos. Disponível em: www.rio.rj.gov.br/web/ipp, acessado em 08 de Agosto de 2017.

POLEJACK, L. SEIDL, EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. Ciênc. saúde coletiva vol.15 supl.1 Rio de Janeiro June 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012. PORTARIA nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências

Qualiaids. Avaliação e Monitoramento da Qualidade e Recomendações de Boas Práticas da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_qualiaids.pdf.

RODRIGUES, CS; GUIMARÃES, MDC, ACURCIO F, COMINI, CC. Interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV. Revista de Saúde Pública. São Paulo, Abr, 2003.

SILVA, T; ALVARENGA, M; OLIVEIRA, M. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 20. Ribeirão Preto, 2012.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, Moira. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Artmed, 2010.

UNAIDS 90 -90 -90 Uma meta ambiciosa para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2015.

UFRGS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Protocolo Clínico para acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde/ Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Coordenação de DST/AIDS. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2016.

VILLARINHO, M.V, et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. Revista brasileira de. Enfermagem, Vol.66, Brasília Mar./Apr. 2013.

12 ANEXO



CARTA DE ANUÊNCIA

A **Coordenadoria de Atenção Primária da Área de Planejamento 3.1** da Secretaria de Saúde Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio ao estudo intitulado: **Ações das Equipes de Saúde da Família ao portador de HIV/Aids na Atenção Primária, Área de Planejamento 3.1, Rio de Janeiro, Brasil**, sob-responsabilidade da mestrandu Raquel de Moraes Barbosa Caprio, Programa de Pós-graduação em infecção HIV/Aids e Hepatites Virais da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida instituição proponente, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP e o referido relato somente poderá ser divulgado em revistas e eventos científicos mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 05/01/2017.

Leonardo Oliveira
Matr.: 60/295.208-3
Coordenador Geral
S/SUBPAV/CAP3.1

Médico de Família e Comunidade
Coordenador Geral
S/SUBPAV/CAP3.1
Matr.: 60/295.208-3

13 APÊNDICES

13.1 APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS

Questionário da Pesquisa

1 - Unidade de Saúde de Atenção Primária da AP 3.1:

2 – Nome da equipe de saúde da família:

3 – Categoria Profissional:

4 - Possui especialização em Estratégia Saúde da Família?

() Sim

() Não

5 – Quanto tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família?

() menos de 6 meses

() de 6 meses a 1 ano

() de 2 a 4 anos

() de 5 a 7 anos

() de 8 a 10 anos

() mais de 11 anos

11 - Como avalia a recomendação da Secretaria Municipal de Saúde do RJ para que o portador do vírus HIV, assintomático e dentro dos critérios estabelecidos seja acompanhado na APS?

Pertinente

Não acho pertinente

12 -Você se sente apto (a) para acompanhar clinicamente pacientes estáveis portadores do vírus HIV na APS?

Sim

Não

13 - Quantos portadores de HIV, que estão sob seus cuidados, fazem uso da TARV "3 em 1" (Tenofovir, Lamivudina e Efavirenz)?

Nenhum

1 a 3 portadores

4 a 7 portadores

8 a 11 portadores

12 ou mais

não sei informar

14 - Quantos portadores de HIV estão sob seus cuidados fazendo uso do esquema atual (Tenofovir, Lamivudina e Dolutegravir)?

Nenhum

1 a 3 portadores

4 a 7 portadores

8 a 11 portadores

12 ou mais

não sei informar

15 - Quantos portadores de HIV estão sob seus cuidados fazendo uso de outra terapia antirretroviral?

Nenhum

1 a 3 portadores

4 a 7 portadores

8 a 11 portadores

12 ou mais

não sei informar

16 - Quantos portadores de HIV estão em acompanhamento atualmente na equipe de saúde da família sem terapia antirretroviral?

- Nenhum 1 a 3 portadores 4 a 7 portadores
 8 a 11 portadores 12 ou mais não sei informar

17 - No primeiro atendimento ao portador de HIV/AIDS na APS você solicita exames de carga viral, CD 4, sorologia para hepatites B, C e sífilis?

- Sim
 Não, encaminho o paciente para realizar exames em unidade de referência
 Ainda desconheço a relação dos exames necessários
 Não possuo paciente com diagnóstico de infecção HIV

18 - Em relação à coleta dos exames mencionados na questão anterior:

- Coleta todos os exames na unidade
 Coleta parte dos exames na unidade, os demais são coletados em outra unidade de saúde
 Encaminha todos os pacientes para coleta em unidade de referência
 Não possuo paciente com diagnóstico de infecção pelo HIV

19 - Qual é o intervalo das consultas para os pacientes que estão no início da terapia antirretroviral?

- 7 dias 15 dias
 30 dias 60 dias
 Não possuo paciente com diagnóstico de infecção pelo HIV

20 - Em qual farmácia os portadores de HIV retiram a terapia antirretroviral? (podendo haver mais de 1 opção)

- () Na unidade de atenção primária do paciente
- () Em outra unidade da APS da AP 3.1
- () Em outra unidade do município do RJ
- () Em outra unidade do estado do RJ
- () Não possui paciente com diagnóstico de infecção pelo HIV

21 – A adesão ao tratamento antirretroviral de um paciente com HIV é avaliada predominantemente por meio de: (podendo ter mais de 1 opção)

- () Questionando sobre o uso correto dos antirretrovirais
- () Checagem de rotina em todos os atendimentos sobre dificuldades do dia a dia em tomar a medicação
- () Contagem dos medicamentos que sobraram
- () Acompanhamento pelo exame de Carga Viral
- () Monitoramento da retirada da TARV por meio do SICLOM ou outras formas de controle da farmácia
- () Não possui paciente com diagnóstico de infecção pelo HIV

22 - Em relação à coleta de citopatológico em mulheres portadoras do HIV, com qual periodicidade é realizada a coleta na APS?

- () Duas coletas anuais consecutivas, com resultados negativos, repetir com intervalo de três anos
- () Depende do resultado de exames de carga viral e CD4
- () Anual
- () Não sei
- () Não possui paciente com diagnóstico de infecção pelo HIV

23 - Em relação à realização do Prova Tuberculínica (PPD)?

- () Realiza na unidade de atenção primária do paciente

- Realiza em unidade de referência da AP 3.1
- Desconheço unidades que realizem a prova tuberculínica (PPD)
- Não possuo paciente com diagnóstico de infecção pelo HIV

24 - Em relação à aplicação das vacinas recomendadas?

- Portador de HIV recebe somente as disponíveis na APS
- Portador de HIV recebe as vacinas disponíveis na APS, e encaminhado ao CRIE quando indicado
- Ainda não encaminhei porque não tenho paciente com diagnóstico de infecção pelo HIV
- Desconheço as vacinas recomendadas para o portador de HIV

25 - Como avalia o funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no cuidado aos portadores de HIV, em relação à remoção para serviço de urgência/emergência via "vaga zero"?

- Ótimo Bom
- Regular Deficiente
- Não sei responder

26 - Como avalia o funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no cuidado aos portadores de HIV, em relação à internação eletiva?

- Ótimo Bom
- Regular Deficiente
- Não sei responder

27 - Como avalia o funcionamento dos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no cuidado aos portadores de HIV, em relação à disponibilidade de ambulatório de infectologia na AP 3.1?

- Ótimo Bom
- Regular Deficiente
- Não sei responder

28 - Como avalia o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no cuidado aos portadores de HIV, em relação a disponibilidade da terapia antirretroviral?

- Ótimo Bom
- Regular Deficiente
- Não sei responder

29 - Como avalia o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no cuidado aos portadores de HIV, em relação à atuação multiprofissional ou atuação dos profissionais do núcleo de apoio a saúde da família (NASF)?

- Ótimo Bom
- Regular Deficiente
- Não sei responder

30 - Quantas gestantes com diagnóstico de HIV sob o seu cuidado foram encaminhadas para o Pré-natal especializado nos últimos 2 anos?

- Nenhuma 1 a 3 pacientes
- 4 a 6 pacientes 7 a 9 pacientes

31 - Quantos pacientes nos últimos 2 anos com diagnóstico de HIV foram encaminhados para atenção secundária ou terciária?

Nenhuma

1 a 3 pacientes

4 a 6 pacientes

7 a 9 pacientes

32 - Você tem sugestões para qualificação da assistência aos portadores de HIV na Atenção Primária?

13.2 APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS

E HEPATITES VIRAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **intitulada**: Ações das Equipes de Saúde da Família ao portador de HIV na Atenção Primária, Área de Planejamento 3.1, Rio de Janeiro, Brasil, dissertação de mestrado do curso de pós-graduação infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais da UNIRIO, desenvolvida pela enfermeira Raquel de Moraes Barbosa Caprio e orientada pela professora Fabiana Barbosa Assumpção de Souza. A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar as rotinas do acompanhamento prestados às pessoas vivendo com HIV, e objetivos específicos **são**: a) Descrever avaliação dos médicos em enfermeiros das equipes de saúde da família em relação ao funcionamento da Rede de Atenção à Saúde;b) identificar aspectos facilitadores e dificultadores para o acompanhamento do portador de HIV pela equipe de saúde da família.**A justificativa para realização da pesquisa é buscarmos conhecer a assistência prestada pelos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família ao portador de HIV, na AP 3.1, Rio de Janeiro.**

Gostaria de contar com sua colaboração e sua disponibilidade de tempo para responder ao questionário da pesquisa. O **risco** da pesquisa é ocasionar algum nível de constrangimento ao profissional entrevistado, e entendimento equivocado de que está sendo submetido a uma avaliação de desempenho profissional. Mas é garantido que não haverá qualquer sanção ou punição trabalhista. Suas respostas serão tratadas de **forma anônima e confidencial**, isto

é, não será divulgado o seu nome ou qualquer dado sobre você em qualquer fase do estudo. A sua participação na pesquisa é voluntária, isto é, a **qualquer momento você pode recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**.

No final da entrevista, a identificação do seu questionário será feita por um código formado pela letra E de entrevista e o número de sua entrevista, adicionado a inicial da unidade de saúde, preservando o seu anonimato em todas as fases da pesquisa. Os resultados serão divulgados apenas em meio científico. Os questionários respondidos ficarão de posse e sob a guarda do pesquisador, serão arquivados no domicílio do pesquisador por um período de cinco (05) anos, após esse período serão incinerados.

Você não terá nenhum **custo, vantagem ou desvantagem em relação a sua atuação profissional ou qualquer compensação financeira por sua participação**. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Atenção Primária à Saúde, no que diz respeito a assistência prestada pelos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família ao portador de HIV/Aids, na AP 3.1, Rio de Janeiro.

Raquel de Moraes Barbosa Caprio.

Assinatura: _____

Tel: 3868-3770. e-mail: raquelbarbosacaprio@gmail.com

Data e Local: Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2017.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do RJ

End: Rua Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja

Cinelândia. RJ Tel: 2215 - 1485

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO**CCBS - MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV**

Eu, _____ (nome do participante), fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Ações das Equipes de Saúde da Família ao portador de HIV na Atenção Primária, Área de Planejamento 3.1,” de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da garantia de que não serei identificado quando houver divulgação dos resultados, e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Declaro estar ciente do teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Nome do participante da pesquisa _____

Assinatura _____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2018.

Nome da pesquisadora: Raquel de Moraes Barbosa Caprio.

Telefone: 3868-3770. e-mail: raquelbarbosacaprio@gmail.com

Assinatura _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Rua Evaristo da Veiga, 16, sobreloja – Cinelândia, Rio de Janeiro. Tel: 2215 - 1485.

13.3 APÊNDICE 3: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Ações das equipes de saúde da família da área de planejamento 3.1, ao portador de HIV/Aids

Pesquisador: RAQUEL DE MORAES BARBOSA CAPRIO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 63973517.4.0000.5279

Instituição Proponente: Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.033.676

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado: Ações das equipes de saúde da família da área de planejamento 3.1, ao portador de HIV/Aids, que será desenvolvido pela pesquisadora responsável: RAQUEL DE MORAES BARBOSA CAPRIO.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Investigar a assistência prestada às pessoas vivendo com HIV/Aids pelo médico e enfermeiro da equipe de saúde da família, na AP 3.1, Rio de Janeiro, Brasil.

Objetivo Secundário:

-Identificar aspectos facilitadores e dificultadores para o acompanhamento do portador de HIV/Aids pela Equipe de Saúde da Família e Descrever as práticas de cuidado da equipe de saúde da família voltadas aos portadores de HIV/Aids.

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.033.676

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

-Risco de constrangimento do profissional e equivocada percepção de avaliação de desempenho profissional.

Benefícios:

-Pesquisa que visa avaliar e aprimorar o cuidado do médico e enfermeiro da equipe de saúde da família ao portador de HIV/aids, na área de planejamento 3.1, Rio de Janeiro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A coleta de dados será realizada mediante questionário estruturado que será aplicado de forma presencial a todos os médicos e enfermeiros que atuam nas equipes de saúde da família da AP 3.1. Com 204 equipes de saúde da família, distribuídas em 34 Unidades de Atenção Primária, entre Clínicas da Família e Centro Municipais de Saúde, abrangendo os bairros de Manginhos, Bonsucesso, Ramos, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Vigário Geral, Cordovil, Parada de Lucas, Jardim América, bairros da Ilha do Governador, Complexo da Maré e Complexo do Alemão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os Termos de apresentação obrigatória.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa encontra-se aprovada, será desenvolvida na AP 3.1. Com 204 equipes de saúde da família, distribuídas em 34 Unidades de Atenção Primária, entre Clínicas da Família e Centro Municipais de Saúde, abrangendo os bairros de Manginhos, Bonsucesso, Ramos, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Vigário Geral, Cordovil, Parada de Lucas, Jardim América, bairros da Ilha do Governador, Complexo da Maré e Complexo do Alemão.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a).

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.033.676

Outros	Declaracao_custos.pdf	20/03/2017 12:08:25	CAPRIO	Aceito
Outros	Curriculo_Raquel_Barbosa.pdf	20/03/2017 12:05:58	RAQUEL DE MORAES BARBOSA CAPRIO	Aceito
Outros	Questionario_pesquisa.docx	20/03/2017 12:05:09	RAQUEL DE MORAES BARBOSA CAPRIO	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	20/03/2017 11:41:44	RAQUEL DE MORAES BARBOSA CAPRIO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_orientador.jpg	20/03/2017 11:40:31	RAQUEL DE MORAES BARBOSA CAPRIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_HIV.docx	12/01/2017 21:58:51	RAQUEL DE MORAES BARBOSA CAPRIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

13.4 APÊNDICE 4: ORÇAMENTO

As despesas relacionadas à pesquisa serão custeadas pela pesquisadora.

Previsão dos gastos:

Folha A4 - 1248 folhas	R\$ 66,00
Cartucho de tinta para impressão, marca HP.	R\$ 61,80
Xerox do TCLE e questionários	R\$ 62,50
Caneta esferográfica cor azul ou preta, marca BIC.	R\$ 34,10
Média de gasto com transporte público. Descrição: Passagem em média 3.80, ida e volta para as unidades de saúde.	R\$ 258,40
Total: R\$ 482, 80	