

FACULDADES INTEGRADAS DE TAQUARA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PRÁTICA ASSISTENCIAL PRESTADA AO PACIENTE QUE VIVE COM HIV/AIDS
EM SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO VALE DO PARANHANA/RS**

Maisson da Silva Berg

Orientador: Prof.º Dr. Roberto Tadeu Ramos Morais

Co-orientadora: Prof. Drª. Claudia Capellari

Taquara, janeiro de 2022

FACULDADES INTEGRADAS DE TAQUARA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PRÁTICA ASSISTENCIAL PRESTADA AO PACIENTE QUE VIVE COM HIV/AIDS
EM SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO VALE DO PARANHANA/RS**

Maisson da Silva Berg

Orientador: Prof.º Dr. Roberto Tadeu Ramos Morais

Co-orientadora: Profª. Dra. Claudia Capellari

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Regional das Faculdades Integradas de Taquara, para obtenção do título de Mestre.

Taquara, janeiro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Roberto Tadeu Ramos Morais,
Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT)

Orientador

Prof.^a Dra. Claudia Capellari
Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT)

Co-orientadora

Profº. Dr. Eduardo Zilles Borba,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Profº Dr. Elton Castro Rodrigues dos Santos,
Faculdade do Cooperativismo (I.COOP/MT)

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a toda minha família e amigos, em especial,
minha mãe Marlene Bergmann da Silva, pelo exemplo de vida, educadora,
amiga e que compartilha comigo este sonho e
por todos os desafios que juntos superamos.

AGRADECIMENTOS

Aos seres espirituais que me iluminam e me concedem o discernimento necessário para entender a fluidez da vida.

Às Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT), por ser minha segunda casa desde a Graduação em Enfermagem até esse momento tão esperado, que é a conclusão do mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e o Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (PPGDR) pelo apoio.

Ao meu orientador Prof.º Dr. Roberto Tadeu Ramos Morais, pela paciência, confiança e profissionalismo durante essa trajetória.

À minha co-orientadora e supervisora do estágio de docência Prof.ª Dra. Claudia Capellari, pelos importantes ensinamentos que levarei para vida profissional como Enfermeiro e Professor.

À equipe de professores do PPGDR.

Aos colegas de turma, em especial, Gabriel Osmar Wilbert de Bortoli e Ana Cristina Tomasini pela ajuda e parceria durante o curso, principalmente durante as aulas nas disciplinas do PPGDR.

Aos colegas Profissionais de Enfermagem que estiveram na linha de frente ao combate do Coronavírus durante esse período.

Muito obrigado!

SUMÁRIO

RESUMO	10
ABSTRACT	12
1. INTRODUÇÃO	14
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 A historicidade do vírus causador da AIDS	19
2.2 Políticas públicas de prevenção ao HIV	24
2.3 Saúde e desenvolvimento regional	30
3. METODOLOGIA DA PESQUISA	39
3.1 Caracterização da pesquisa	39
3.2 Local de pesquisa	40
3.3 Procedimentos de pesquisa	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1 Gestores e os Serviços de Atendimento Especializado ao HIV/AIDS	45
4.2 Usuários e os Serviços de Atendimento Especializado ao HIV/AIDS	64
5 CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)	82
APÊNDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA	82
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO APLICADO AO PACIENTE	82
APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO APLICADO AO GESTOR	82

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Tratamento Antirretroviral

APS - Atenção Primária em Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

PrEP - Profilaxia Pré-Exposição

PEP - Profilaxia Pós-Exposição

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

PIB - Produto Interno Bruto

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

CD4 - *Cluster of Differentiation 4*

PNDU - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

INAMPS - Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social

CEIS - Complexo Econômico Industrial de Saúde

UNAIDS - É o programa das Nações Unidas criado em 1996 e que tem a função de criar soluções e ajudar nações no combate à AIDS.

HAART - *High Active Antiretroviral Therapy*

PNDST/AIDS - Programa Nacional de DST e AIDS

ONG - Organização Não Governamental

GAPA - Grupo de Apoio à Prevenção a Aids

FDA - Food and Drug Administration

AZT - Zidovudina

ONU - Organização das Nações Unidas

ITR - Inibidor da Transcriptase Reversa

ICTV - Comitê Internacional de Taxonomia Viral

CDC - Centro para Controle de Doenças

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Participou no último ano de capacitações/treinamentos sobre temática de HIV/AIDS.	48
Gráfico 2 - Conhece os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.	49
Gráfico 3 - Quais profissionais compõem o quadro colaboradores da SAE.	50
Gráfico 4 - Realização de coleta de material biológico para contagem de células TCD4 e carga viral pelo SAE.	53
Gráfico 5 - Dificuldades encontradas na implantação das práticas assistenciais no SAE.	58
Gráfico 6 - Sexo dos usuários.	60
Gráfico 7 - Escolaridade dos usuários.	61
Gráfico 8 - Renda mensal aproximada.	62
Gráfico 9 - Religião dos usuários.	62
Gráfico 10 - Estado civil dos usuários.	63
Gráfico 11 - Tempo de diagnóstico para o vírus.	64
Gráfico 12 - Tempo entre diagnóstico de HIV e início da TARV.	65
Gráfico 13 - Fatores que influenciaram para o início da TARV, após o diagnóstico.	66
Gráfico 14 - Carga viral dos usuários.	67
Gráfico 15 - Conhecimento do usuário acerca da PrEP.	68
Gráfico 16 - Utilização de preservativo pelos usuários em suas relações sexuais.	69
Gráfico 17 - Motivos que levam o usuário a procurar o SAE.	70

RESUMO

Atualmente, os dados disponíveis divulgados em relação ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), caracterizam uma epidemia, por compreender uma considerável parcela da população portadora do vírus, esses dados nos fazem refletir sobre a assistência prestada a essas pessoas. O Ministério da Saúde, conta atualmente com diversas estratégias para a prevenção e controle da propagação do vírus HIV, essas estratégias são conhecidas como “prevenção combinada do HIV” trata-se da oferta de novos métodos preventivos, distribuídos pelos Serviços de Atendimento Especializado a pessoas que vivem com o vírus. O objetivo dessa pesquisa foi analisar as práticas assistenciais prestadas aos pacientes que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em duas unidades de serviços de atendimento especializado no Vale do Paranhana/RS. Desenvolveu-se um estudo de caso múltiplo, exploratório e pesquisa bibliográfica, com caráter qualitativo e quantitativo. Foram incluídos no estudo gestores dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/AIDS no Vale do Paranhana/RS e usuários que realizam acompanhamento e tratamento para HIV nesses serviços. Nesta pesquisa foi aplicado questionário em dois gestores, representando a totalidade de gestores das SAE e em doze usuários. Sobre as características dos gestores dos Serviços de Atendimento Especializado, são unicamente composto por mulheres, que têm a enfermagem como profissão e ambas tendo mais de 4 anos de formação, atuando a mais de 2 anos nos serviços no qual fizeram parte da pesquisa. As estratégias de prevenção disponibilizadas pelos Serviços de Atendimento Especializado no Vale do Paranhana/RS, são a dispensação do Tratamento Antirretroviral para todos os usuários em acompanhamento no serviço, coleta de material biológico para contagem de carga viral e de células TCD4, disponibilização de Testes rápidos de HIV para usuários e população, dispensação de Profilaxia Pós-Exposição, disponibilização de preservativo masculino e feminino, e em apenas um dos SAE ainda dispões da dispensação da Profilaxia Pré-Exposição e busca Ativa de casos de abandono de tratamento e de parceiros sorodiferentes. O perfil sociodemográfico dos usuários foi 58,3 % deles são do sexo Masculino e 41,7 % do sexo feminino, a escolaridade foi Ensino Médio completo (41,7 %), seguido de Ensino Fundamental Incompleto e Pós Graduação que encontra-se ambas com 16,7% dos respondentes, solteiros corresponde 66,7%, seguido de separado e casado com 16,7 %. O início do tratamento antirretroviral em relação ao diagnóstico foi de 1 a 3 meses, para 50 % deles. Porém 16,7 % deles responderam que o tempo entre o início da TARV após o diagnóstico foi maior de 3 anos. Obtivemos 41,7 % deles respondendo conhecer a política de prevenção como a Profilaxia Pré-Exposição e Profilaxia Pós-Exposição e 58,3 % dos usuários ficaram entre as respostas negativas ao conhecimento. Além das características sociodemográficas dos gestores e usuários

definidas, foi possível identificar fragilidades encontrada no Serviço de Atendimento Especializado, pois os pacientes têm na SAE um local para acompanhamento do seu diagnóstico apenas, não percebendo o serviço como um local de educação em saúde, onde as estratégias traçadas pelos gestores vão além do tratamento medicamentoso da pessoa que vive com HIV e que ainda que apesar das inúmeras práticas assistenciais à saúde às pessoas com HIV/AIDS, das políticas públicas de combate à AIDS apresentarem um nível de excelência, ainda apresentam grandes desafios em sua execução, nos dos Serviços de Atendimento Especializado da região.

Palavras-chave: HIV; Aids; Assistência à Saúde; Desenvolvimento Regional; Serviço de Atendimento Especializado.

ABSTRACT

Currently, the available data released in relation to the Human Immunodeficiency Virus (HIV) characterize an epidemic, by comprising a considerable portion of the population carrying the virus, these data make us reflect on the assistance provided to these people. The Ministry of Health currently has several strategies for the prevention and control of the spread of HIV, these strategies are known as "combined prevention of HIV", which is the offer of new preventive methods, distributed by the Specialized Care Services for people living with the virus. The objective of this research was to analyze the care practices provided to patients living with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) in two units of specialized care services in the Paranhana Valley/RS. A multiple case study was developed, exploratory and bibliographic research, with qualitative and quantitative character. The study included managers of the Specialized Care Services (SAE) for HIV/AIDS in the Paranhana Valley/RS, and users who undergo follow-up and treatment for HIV in these services. In this research a questionnaire was applied to two managers, representing the totality of managers of the SAE and to twelve users. About the characteristics of the managers of the Specialized Care Services, they are only composed of women, who have nursing as their profession and both have more than 4 years of training, working for more than 2 years in the services in which they were part of the research. The prevention strategies available at the Specialized Care Services in Paranhana Valley/RS, are the provision of Antiretroviral Treatment for all users being followed at the service, collection of biological material for viral load and TCD4 cell count, availability of rapid HIV tests for users and the population, dispensing of post-exposure prophylaxis, availability of male and female condoms, and in only one of the SAEs there is still the dispensation of pre-exposure prophylaxis and active search for cases of abandonment of treatment and serodifferent partners. The sociodemographic profile of users was 58.3% of them are male and 41.7% female, the education was complete High School (41.7%), followed by Incomplete Primary Education and Post Graduation that is both with 16.7% of respondents, single corresponds 66.7%, followed by separated and married with 16.7%. The beginning of antiretroviral treatment in relation to the diagnosis was from 1 to 3 months for 50 % of them. However 16.7 % of them answered that the time between starting ART after diagnosis was more than 3 years. We obtained 41.7% of them answering to know the prevention policy as Pre-exposure Prophylaxis and Post-exposure Prophylaxis and 58.3% of users were among the negative answers to knowledge. In addition to the sociodemographic characteristics of the managers and users defined, it was possible to identify weaknesses found in the Specialized Care Service, because the patients have in the SAE a place for monitoring their diagnosis only, not perceiving the service as a place for health education, where the strategies

outlined by managers go beyond the drug treatment of the person living with HIV and that despite the numerous health care practices to people with HIV / AIDS, public policies to combat AIDS present a level of excellence, still have major challenges in its implementation, in the Specialized Care Services in the region.

Keywords: HIV; AIDS; Health Care; Regional Development; Specialized Care Service.

1. INTRODUÇÃO

A partir da experiência pessoal, durante a graduação em enfermagem nas Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT), houve a oportunidade de realizar estágio extracurricular em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), ao portador do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) no Município de Taquara/Rio Grande do Sul (RS). No SAE muito além de exercer a profissão que havia escolhido, tive a oportunidade de crescer e me desenvolver como ser humano.

Com o passar dos meses, o convívio com colegas de trabalho e principalmente usuários do serviço, os quais compartilharam comigo seus sentimentos e indignações, vividos após o diagnóstico de estar vivendo/convivendo com o vírus causador da AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), proporcionou-me uma identificação com a causa fazendo, assim, com que essa experiência se torna-se um lema para ser abordado e estudado no meio acadêmico - espaço de fala para os portadores do HIV/AIDS.

O HIV é o causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), ou *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS), doença caracterizada pela contagem de células de *LT helper Cluster of Differentiation 4+* (TCD4+) abaixo de 200/mm³ no sangue. Tais células, conhecidas como linfócitos T, que possuem uma molécula que se expressa em sua superfície, *Cluster of Differentiation 4* (CD4), são os principais alvos do vírus ao invadir o organismo humano (BRASIL, 2018).

As células de linfócitos TCD4, têm um importante papel no sistema imunológico, atuando no comando de respostas diante de agentes agressores causadores de doenças, essas células estão em constantes enfrentamentos a vírus e bactérias dentro dos complexos sistemas humano, sendo elas vital para nossa existência (BRASIL, 2018).

Atualmente, os dados disponíveis divulgados em relação ao HIV/AIDS, caracterizam uma epidemia, por compreender uma considerável parcela da

população portadora do vírus. De acordo com o último Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS (2020), divulgado pelo Ministério da Saúde.

A capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, continua no topo do *ranking* de taxas de detecção, chegando a 58,5 casos, por 100.000 habitantes, tornando-se a capital brasileira com maior número de casos de pessoas vivendo com HIV (BRASIL, 2020). Logo, esses dados nos fazem refletir sobre a assistência prestada a essas pessoas na região, sendo que o Vale do Paranhana localiza-se na região Metropolitana da Grande Porto Alegre/RS.

A partir das elevadas taxas de transmissão evidenciadas, o Ministério da Saúde discute a organização no modelo da assistência prestada ao portador do HIV/AIDS, lançando um manual para implementação do manejo da infecção pelo vírus na Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo a divulgação de práticas para o manejo da infecção no nível primário, indicando para uma mudança no modelo assistencial a essas pessoas, que até então, é centralizado em Serviços de Atenção Especializada (SAE) (COLAÇO et al., 2019).

Em recente estudo desenvolvido por Silva (2007), na construção do artigo que propôs discutir o processo de implantação e operacionalização de um Serviço de Atendimento Especializado, apresentando como possibilidade de humanização nos serviços de assistência a pessoa que vive com HIV/AIDS, uma vez que facilita o acesso do usuário a um serviço de referência no município da região que reside, elencou as principais estratégias de saúde a ser desenvolvidas dentro da SAE: instituir práticas assistenciais e mecanismos para o aumento da adesão à terapia anti-retroviral; constituir-se como unidade dispensadora de medicamentos; desenvolver instrumentos de monitoramento e avaliação dos serviços que atuem no controle, prevenção e tratamento da HIV/AIDS.

Também são entendidas como estratégias de saúde a serem desenvolvidas dentro da SAE: sensibilizar os profissionais envolvidos na SAE para a recepção e o acolhimento das pessoas que vivem com HIV/AIDS; notificação e acompanhamento do parceiro(a); encaminhamento de gestantes soropositivas ao SAE Materno-Infantil, seguindo o processo de referência e contra-referência; palestras educativas e

disponibilização do preservativo masculino e feminino; capacitação dos profissionais da equipe e participação em congressos e eventos alusivos à temática da AIDS e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) para aperfeiçoamento e troca de experiências acerca do serviço (SILVA, 2007).

O Ministério da Saúde, conta atualmente com diversas estratégias para a prevenção e controle da propagação do HIV/AIDS, as quais contribuem significativamente para a diminuição de novos casos (BRASIL, 2019). Conhecida como “prevenção combinada do HIV” (grifo do autor) trata-se da oferta de novos métodos preventivos, como profilaxias pré e pós-exposição sexual (PrEP e PEP), realização de exames de HIV e outras ISTs no Pré-Natal (ZUCCHI, 2018).

Bem como, destaca-se como estratégias para a prevenção e controle da propagação do HIV na população brasileira, a disponibilização de seringas descartáveis para usuários de drogas injetáveis, descentralização dos centros de diagnóstico e tratamento, distribuição de Tratamento Antirretroviral (TARV) para toda a população que vive com o vírus e também os métodos clássicos, realizando a distribuição de preservativos masculino e feminino (ZUCCHI, 2018).

Essas práticas assistenciais de prevenção e controle da infecção por HIV/AIDS na população brasileira devem ser estruturadas de forma sistematizada e organizada, principalmente nos SAE, por meio da implementação de estratégias que coloquem em prática essas e outras formas de controle e prevenção do vírus causador da AIDS (BARBOSA et al., 2016).

A qualidade das práticas assistenciais prestadas no SAE é determinante e fundamental para o sucesso do programa de prevenção e controle da infecção por HIV na população brasileira, de forma a contribuir para a redução da morbi/mortalidade, o aumento da sobrevida e a melhora da qualidade de vida dos pacientes atendidos nestes serviços. É imperativo dizer que a prática assistencial, se bem conduzida, pode colaborar para o controle mais efetivo da epidemia seja no território regional ou nível nacional (GUILHERME et al., 2019).

A informação, orientação e disponibilização das estratégias de prevenção e controle da infecção por HIV na população brasileira estão associadas diretamente

às práticas assistenciais prestadas aos pacientes que vivem com HIV/AIDS, dentro dos SAE, bem como ao diagnóstico precoce e tratamento dessa infecção.

Frente ao exposto, desde a década de 1980, com a Constituição de 1988 e também a retomada da democracia no Brasil, a Saúde e seus programas passaram a ser executados através de Políticas Públicas regionalizadas, pensadas através de indicadores extraídos da realidade de cada região, sendo isso recorrente a partir desta data.

O objetivo da república é garantir o desenvolvimento das regiões, sendo um princípio de ordem econômica com a redução das desigualdades regionais e sociais, as ações e serviços públicos de saúde que objetivam esse pressuposto integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Levando em consideração a peculiaridade de cada região e seus indicadores, elucidá-las de forma efetiva as políticas públicas de saúde pensadas para suas populações, nos mais diversos eixos da complexidade da saúde e organismo humano. Implementar tais políticas, como as pensadas para os SAE a pessoa que vive com HIV/AIDS, está diretamente ligada ao desenvolvimento humano das regiões de nosso país, pensando principalmente nos elementos que fazem parte do cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (PILARSKI, 2019).

Espera-se que os resultados desta pesquisa, possam contribuir para a melhoria e aperfeiçoamento das práticas assistenciais prestadas pelos profissionais de saúde dos SAE ao tratamento de HIV/AIDS. A fim de elucidar a forma como a assistência à aos portadores do HIV/AIDS ocorre a partir da percepção do usuário e gestor do serviço, bem como problematizar caminhos para uma mudança positiva.

Para tanto, o objetivo geral consiste em analisar as práticas assistenciais prestadas aos pacientes que vivem com o HIV/AIDS em duas unidades de serviços de atendimento especializado no Vale do Paranhana/RS.

Os objetivos específicos foram: a) analisar a percepção dos pacientes sobre a assistência prestada nos SAE de HIV/AIDS no Vale do Paranhana/RS; b) analisar a

percepção dos gestores dos SAE de HIV/AIDS no Vale do Paranhana/RS; c) relacionar às dificuldades, fragilidades, facilidades e potencialidades encontradas na assistência prestada.

Com isso, o estudo questionou: quais e de que forma as práticas assistenciais são prestadas aos pacientes que vivem com o HIV/AIDS nos SAE do Vale do Paranhana/RS?

Esta dissertação está dividida em 5 capítulos além desta introdução. O segundo capítulo trata da Fundamentação Teórica, que está subdividida em três eixos: o primeiro traz informações sobre a historicidade do HIV/AIDS, desde a possível contaminação do macaco para o ser humano, até os primeiros casos da doença na década de 80/90, informações importantes para entender o vírus nos dias atuais: no segundo eixo, consta as políticas públicas atualmente disponíveis para o combate ao vírus, bem como as estratégias de prevenção à novas contaminações, citando estratégias emergentes criadas pelo Ministério da Saúde para o controle do HIV/AIDS no Brasil; ainda na Fundamentação no terceiro e último eixo encontra-se as relações da saúde, o vírus e o desenvolvimento humano e regional, contextualizando como se chegou na forma de se pensar saúde nos dias atuais. E o quanto esse processo trouxe mudanças significativas e importantes para o desenvolvimento humano no nosso país, e o impacto disso tudo no dia-a-dia da sociedade.

Em seguida a Metodologia da pesquisa inicia com a caracterização da região pesquisada (Vale do Paranhana/RS), localização da mesma no mapa do Rio Grande do Sul (RS) e número de habitantes segundo informações do último censo, posterior a isso, encontra-se o método aplicado para responder o problema de pesquisa e encerrando com os procedimentos adotados para desenvolver a pesquisa e sem critérios de inclusão e exclusão.

Nos Resultados, optou-se dividir entre os Gestores e o SAE ao HIV/AIDS, discutindo as informações obtidas na pesquisa através do questionário aplicado aos gestores das SAE e também os Usuários e o SAE, fazendo um contraponto dos dados coletados pelos gestores e obtidos pelos Usuários da SAE.

Chegamos então na Conclusão da pesquisa entendeu-se que prevenir novas infecções pelo HIV e promover saúde às pessoas que vivem com o vírus, é uma forma de desenvolvimento humano, podem contribuir para aumento de indicadores que estão interligados aos indicadores de desenvolvimento humano e regional, aproximando o usuário SUS e das implementações desse programa que cada vez mais mostra sua importância para a população de nosso país. E também que as estratégias de prevenção ao HIV/AIDS prestadas pelos serviços de atendimento especializado apresentam fragilidades relacionadas principalmente à realização de ações educativas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Avaliar os serviços de atenção à saúde pública, bem como a assistência prestada, é relevante para produzir conhecimentos a respeito do funcionamento destas unidades no intuito de encontrar formas de melhorar e/ou aperfeiçoar o desempenho das instituições, colaborando para o direcionamento de políticas públicas em saúde que sejam efetivas para desenvolvimento de uma região saudável (GUILHERME *et al*, 2019).

As políticas públicas são definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regula as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Sendo, portanto, consideradas todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos que fazem parte da sociedade (MORAES, 2016).

No que se refere às políticas públicas em saúde trata-se de políticas que integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho, que tem por objetivo primordial organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (GADELHA, 2013).

Como proposta para melhor compreender as políticas públicas e a influência dos movimentos sociais sobre as mesmas, dividiu-se em três grandes tópicos para fundamentar este estudo, com informações referentes a 1) historicidade e as políticas públicas elaboradas para prevenção do HIV e promoção de saúde a pessoas que vivem com o vírus, 2) demonstrar a existência de estudos primários que envolvam a temática de políticas públicas voltadas para a prevenção de HIV, buscando analisar as abordagens presentes nessas publicações com relação à efetividade das políticas de prevenção ao vírus, causador da AIDS e também 3) descrever a saúde e o desenvolvimento, destacando os principais conceitos de

desenvolvimento e sua relação com a saúde e as políticas de prevenção ao HIV/AIDS.

2.1 A Historicidade do vírus causador da AIDS

Diversas são as dificuldades que persistem nos dias atuais e refletem sobre o cuidado e tratamentos ao indivíduo que vive com o Vírus da Imunodeficiência Humana, e essa compreensão possibilita a identificação do nascimento dos estigmas sociais e culturais, que se vivencia de forma direta ou indireta arraigada no comportamento da população, relacionado ao contexto do HIV, é necessário que se compreenda importantes momentos na historicidade do vírus.

Para essa melhor compreensão, realizou-se uma linha do tempo, trazendo fatos históricos envolvendo a temática do vírus no Brasil e no mundo, buscou-se os principais marcos desde os primórdios da história com a transmissão para o Ser Humano até os dias atuais com os avanços nas políticas públicas e no tratamento antirretroviral.

Em 1.995 um artigo do escritor e cientista Mirko Grmek, chamado “O enigma do aparecimento da AIDS” trazia as primeiras hipóteses do surgimento do vírus que posteriormente seria denominado de HIV, suas publicações sugeriam que a origem se deu no continente africano, com a transmissão do vírus para o ser humano através do abatimento de macacos por caçadores da região do Oeste da África Equatorial (GRMEK, 1995).

Com o avanço da infecção por HIV, a origem do vírus passou a ser cada vez mais questionada no meio científico, e novos estudos passaram a serem realizados. Pinto e Struchiner, publicaram no ano de 2.006 estudos que vieram ao encontro com o de Grmek (1995), porém com mais detalhes de informações referente ao surgimento do vírus causador da AIDS. Na publicação de Pinto e Struchiner (2006), duas teorias suportam a evidência do surgimento do HIV na África Equatorial, onde a maior diversidade de variantes do vírus é encontrada (Camarões, Guiné

Equatorial, Gabão e República Democrática do Congo). E, também, por ser essa região onde foi colhida a amostra soropositiva mais antiga (1959). Na década de 1990 a identificação de retrovírus de chimpanzés, revelou a questão sobre a origem zoonótica do HIV, pois ambos compartilham a mesma estrutura genômica. Associando ainda que os chimpanzés e os principais grupos de HIV compartilham a mesma região geográfica, onde historicamente a carne do animal é utilizada como alimento.

Em 5 de Junho de 1.981 o Centro para Controle de Doenças (CDC), nos Estados Unidos da América (EUA) divulgaram pela primeira vez em seu relatório um curioso caso entre cinco jovens gays, que haviam morrido por uma infecção pulmonar conhecida como pneumonia por *Pneumocystis carinii*, incomum para o perfil dos pacientes, pois era encontrado em pacientes em estágio final de câncer (CNN, 2021). Esses números aumentariam exponencialmente nos meses seguintes nos EUA e pelo mundo. A doença passaria a associar-se com outros novos sinais e sintomas, como por exemplo, Sarcoma de Kaposi, que provoca lesões na pele e gânglios linfáticos (CNN, 2021). No Brasil, os primeiros casos confirmados ocorreram em São Paulo, com pacientes acompanhados no Hospital Emílio Ribas, esses pacientes apresentavam comportamento Homo/Bissexual, sendo esse um fato histórico importante para um conceito que persiste nos dias atuais de forma preconceituosa, a doença passou a ser chamada de “Peste Gay”.

A AIDS passa a ser incluída na relação de doenças de notificação compulsória no País, pela Portaria nº 1.100 de 24 de maio de 1986. Começa também a se estruturar o movimento de combate a AIDS em nível federal, com a criação da Comissão Nacional de AIDS, que só foi efetivamente instalada e posta em prática em 1987. Embora os preceitos do PN-DST/AIDS defenderem a saúde como um direito do cidadão e responsabilidade do estado, assim como a universalização do atendimento através de ações desenvolvidas nas três esferas governamentais, infelizmente este Programa foi assumindo uma posição centralizadora, distanciando-se tanto dos programas estaduais, como da sociedade civil organizada (VILLARINHO, 2013).

Cinco anos após o primeiro registro de morte pela até então chamada de Peste Gay, ou também Doença dos 5 H, representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (denominação em inglês para as profissionais do sexo). O vírus então passou a ser chamado de Vírus da Imunodeficiência Humana ou pela sigla em inglês de *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), nomenclatura recomendada pelo Comitê Internacional de Taxonomia Viral (ICTV) (BRASIL, 2019).

A adoção de políticas públicas de saúde voltadas à epidemia da AIDS aconteceu em paralelo a mudanças políticas importantes, como a aprovação da nova Constituição Federal em 1988 e, especificamente no campo da saúde, a aprovação do SUS. Nessa época, o sistema de saúde brasileiro começou a distribuir medicamentos específicos para as doenças oportunistas e a zidovudina, mais conhecidas como AZT. Este inibidor da transcriptase reversa (ITR) abriu novas perspectivas terapêuticas ao ampliar o tempo de sobrevivência do paciente HIV positivo (VILLARINHO, 2013).

Um elemento importante no processo de desenvolvimento de estratégias para atender essa população, foi o atraso na resposta do governo federal à epidemia, que só aconteceu quando a doença já estava instalada em nosso país. Isso pela tradição histórica no enfrentamento dos problemas de saúde pública, onde não souberam avaliar a magnitude do agravo quando os primeiros casos surgiram. O que colocou a problemática da AIDS como prioritária na agenda das diversas esferas do poder público foi a pressão política e o incentivo financeiro internacional destinados (SOUSA, 2012).

Nesse período ainda é instituída a primeira Organização Não Governamental (ONG) do Brasil e da América Latina na luta contra a AIDS, instituindo o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção a Aids), sendo uma organização da sociedade civil que buscou promover acolhimento e informação acerca da Aids no Brasil (GAPA, 2000). A FDA (*Food and Drug Administration*), agência reguladora de medicamentos nos Estados Unidos, aprova a utilização de um antirretroviral conhecido como Zidovudina (AZT), para o tratamento contra a infecção por HIV, sendo o primeiro utilizado para o combate ao vírus, o medicamento era anteriormente usado para o

tratamento de pessoas com câncer. Ainda nesse ano, a Assembleia Mundial de Saúde, com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), transforma a data de 1º de Dezembro como o Dia Mundial da Luta contra a AIDS, reforçando a solidariedade, tolerância, compaixão e compreensão com as pessoas que viviam com HIV na época (BRASIL, 2020).

Em 1985 foi fundada a primeira Organização Não Governamental (ONG) com atividade em HIV/AIDS no país, o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS e criaram-se também os Programas de DST/AIDS. O Ministério da Saúde passou a veicular campanhas sobre as várias formas de prevenção da doença, recomendando o uso de preservativos; seringas, agulhas e outros instrumentos esterilizados e individuais; controle da qualidade do sangue e hemoderivados e, finalmente, campanhas de informação à comunidade (VILLARINHO, 2013).

Ainda no âmbito das políticas públicas na luta e controle da epidemia de HIV/AIDS, o Ministério da Saúde criou em 1986, o Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS), que em 2003 foi considerado referência mundial por diversas agências internacionais. O sucesso do Programa, reconhecido mundialmente, dá-se não só pela oferta universal e gratuita do Tratamento Antirretroviral (TARV), mas também por ser um programa interministerial em diálogo permanente com os movimentos sociais e com a comunidade científica (VILLARINHO, 2013).

A política brasileira de HIV/AIDS representou uma nova forma de pensar e construir políticas públicas no Brasil, isso porque resultou de esforços pioneiros de um amplo espectro de diferentes grupos e movimentos sociais. A sociedade civil representou um importante elemento no enfrentamento dessa epidemia, e talvez esse tenha sido o elemento crucial que vem conferindo credibilidade e eficácia para as estratégias de prevenção ao HIV/AIDS (SOUSA, 2012).

Em 1996, o Brasil promulgou a Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos para todas as pessoas acometidas pelo HIV/AIDS, mesmo contra as recomendações e as advertências do Banco Mundial. Tal proposta terapêutica, denominada “*High Active Antiretroviral Therapy*” (HAART), veio proporcionar grande aumento na sobrevivência dos pacientes

soropositivos. A disponibilidade dessa terapia antirretroviral de alta potência, gratuitamente, para todas as pessoas com HIV positivo, causou impacto notável na realidade da epidemia no Brasil, com redução da morbimortalidade, diminuição das internações hospitalares e progressiva mudança na maneira da sociedade e dos profissionais da saúde no cuidado aos paciente (BRASIL, 2020).

O terceiro Antirretroviral foi autorizado pela FDA e no Brasil iniciou-se o processo de aquisição e distribuição dos medicamentos para o controle do HIV no Sistema Único de Saúde (SUS). Estando disponível gratuitamente para toda população Brasileira, dando início a Era TARV (Tratamento Antirretroviral), responsável pela diminuição de mortes por AIDS em nosso país. Neste ano o Brasil somava 11.805 casos de AIDS notificados e mais de 10 milhões de infectados por HIV no mundo. O Brasil apoia o Projeto Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), sendo o primeiro país da América Latina a ofertar esse método de prevenção para sua população, realizado pela Fiocruz em parceria com o Centro de Pesquisas Clínicas da FMUSP, a Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (Manaus) e o Hospital Sanatório Partenon (Porto Alegre) o projeto é disponibilizado inicialmente para 500 pessoas sob o alto risco de infecção por HIV (BRASIL, 2012). O objetivo seria contemplar a recomendação do Organização Mundial de Saúde (OMS), que nesse ano recomendou a oferta de PrEP para populações consideradas chave na época (casais sorodiferentes; gays; homens que fazem sexo com homens; profissionais do sexo; e pessoas transgêneros) (BRASIL, 2012).

Nesse período a PrEP já é utilizada em países como Estados Unidos, Bélgica, Escócia, Peru e Canadá, onde é comercializada na rede privada, no Brasil esse método se torna política de prevenção ao vírus e está disponível para toda a população em 2017, através do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017). Em 2019 o Ministério da Saúde publicou em nota o que estudos americanos já apontavam desde 2017, reconhecendo o termo Indetectável = Intransmissível. Isso significa um grande avanço para as estratégias de prevenção ao vírus e ressalta a importância de proporcionar uma boa adesão ao tratamento antirretroviral para as pessoas que vivem com HIV (UNAIDS, 2018). Tornar o indivíduo indetectável para o vírus só é possível após meses de acompanhamento por um profissional da saúde e de

adesão à TARV. Após esse reconhecimento a comunidade científica e trabalhadores da área da saúde passam a criar fortes expectativas sobre o cuidado ao HIV e disseminação do vírus.

2.2 Políticas Públicas de Prevenção ao vírus causador da AIDS

A identificação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ocorreu no ano de 1980 em um indivíduo do sexo masculino no estado de São Paulo (BRASIL, 2019), esse foi marco inicial para história da epidemia do HIV no Brasil, sendo um período de muito preconceito e estigma, lançado sobre a pessoa que vivia com o vírus na época. Entretanto, após 40 anos do diagnóstico do primeiro caso de HIV no território nacional, ainda se vive um período onde essas pessoas sofrem diariamente com julgamentos e a falta de informação da sociedade, sobre como é viver com o vírus nos dias atuais.

O HIV é um retrovírus que ataca principalmente as células TCD4 + ou também conhecidas como Linfócitos CD4, sendo responsáveis por combater microorganismos agressores e possíveis causadores de doenças. A infecção pelo HIV causa uma disfunção imunológica crônica e progressiva devido a queda dessas células de defesa, sendo que quanto mais baixo for o índice dessas, maior a possibilidade do indivíduo desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Porém, o período entre a infecção pelo HIV e a manifestação da Aids pode levar alguns anos, favorecendo a propagação do vírus quando não associado a métodos preventivos (CANINI, 2004).

O percurso natural do vírus do HIV, sem interferência do tratamento antirretroviral, pode ser dividido em três etapas: infecção aguda, período de latência e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Na primeira etapa, logo após o indivíduo ter se exposto a infecção, há um aumento expressivo da carga viral (concentração de vírus na corrente sanguínea), que em alguns casos pode causar

sintomas, já em outros essa etapa acontece de forma assintomática (CAMPOS, 2021).

Após esse aumento inicial do vírus no organismo, com crescente nível da carga viral, o organismo do indivíduo hospedeiro consegue controlar a replicação do vírus, e por consequência disso, pode haver um longo período de infecção assintomática pelo HIV, essa etapa é conhecida como Latência clínica (BRASIL, 2020). No período de latência clínica, pode durar de 8 a 10 anos, podendo ser ainda maior, dependendo das características do Vírus e das condições clínicas do hospedeiro.

Na última etapa, a infecção pelo vírus se caracteriza uma doença, o desenvolvimento da AIDS acontece com uma agressiva degradação do sistema imunológico do hospedeiro, a etapa caracterizada pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida tem duração média de 3 anos, desde o início dos sintomas até o óbito (CAMPOS, 2021).

O crescente aumento de casos notificados na década de 1980/1990 gerou uma grande demanda para internação de pacientes portadores do vírus no Brasil, e fez-se necessária a presença de ações que compreendiam desde o credenciamento de hospitais ao desenvolvimento de Programa de Práticas Assistenciais, para a definição de condutas terapêuticas, políticas de medicamentos, assim como a capacitação de profissionais no manejo clínico dos pacientes (VILLARINHO, 2013).

No que diz respeito à rede ambulatorial de assistência aos portadores do HIV/AIDS, houve um crescimento progressivo em resposta à demanda assistencial crescente. Desta forma, o Ministério da Saúde instituiu os projetos de Serviço de Assistência Especializada (SAE), e sua implantação delegada às coordenações estaduais ou municipais (BRASIL, 2020).

Inicialmente a pandemia do HIV acometia principalmente homens, já em 1981 foram detectados os primeiros casos de AIDS em Mulheres, estes casos iniciais de de infecção por HIV em Mulheres restringiam-se apenas a usuárias ou parceiras de usuários de drogas injetáveis, parceiras de hemofílicos, bissexuais e profissionais do

sexo, mas a atenção não estava voltada para esse segmento naquele momento (FISCH, 2012).

O Ministério da Saúde, conta atualmente com diversas estratégias para a prevenção e controle da propagação do vírus, que diminuem consideravelmente a possibilidade de uma infecção pelo HIV (BRASIL, 2019). Conhecida como “prevenção combinada do HIV” (grifo do autor) trata-se da oferta de novos métodos preventivos, como profilaxias pré e pós-exposição sexual (PrEP e PEP), realização de exames de HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) no Pré-Natal, redução de danos com a disponibilização de seringas descartáveis para usuários de drogas injetáveis, descentralização dos centros de diagnóstico e tratamento, distribuição de Tratamento Antirretroviral (TARV) para toda a população que vive com o vírus e também os métodos clássicos com o uso de preservativos masculino e feminino (ZUCCHI, 2018).

No ano de 2016, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) criou 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), na qual visam alcançar as metas propostas em cada ODS até o ano de 2030, os interesses da área da saúde concentra-se no terceiro objetivo que abrange a temática “Saúde e Bem-estar”, no qual tem o propósito de promover saúde, colaborar para o bem-estar individual, coletivo e social, e também o comprometimento ousado de acabar com a epidemia de Aids (BRASIL, 2020).

Os dados apresentados nas pesquisas apontam que no período de 2016 a 2018 houve um grande número de estudos publicados na qual trouxeram a temática de políticas públicas existentes para prevenção de HIV, totalizando 45% das publicações analisadas no estudo, entre 2010 e 2020.

O Tratamento Antirretroviral (TARV) como estratégia de prevenção é um meio disponível para o controle da carga viral do indivíduo que vive com HIV, possibilitando a restauração de seu sistema imunológico através do aumento das células de TCD4+ (MYAIDA, *et al.* 2017). A utilização correta e contínua da TARV possibilita maior qualidade de vida ao portador de HIV, pois o controle da carga viral indica possibilidades de transmissão próximas a zero, condição que se faz

fundamental para evitar possíveis contaminações do vírus a terceiros (ALTHOFF, *et al.* 2016).

Há um número expressivo de estudos que abordou a Profilaxia Pré-Exposição Sexual como estratégia de prevenção para o HIV, sendo esse um recurso que se encontra no centro dos debates sobre métodos emergentes de prevenção ao vírus, e que aumenta a auto-estima de estudiosos acerca de ser uma forte ferramenta para o controle da epidemia (ZUCCHI, *et al.* 2018). A PreP consiste na combinação de dois antirretrovirais, que devem anteceder as relações sexuais visando uma proteção efetiva e segura para evitar uma contaminação pelo vírus (OLIVEIRA, *et al.* 2018).

O uso de preservativo - aqui destacando o preservativo masculino - é largamente conhecido como um método preventivo para infecções por HIV e também de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), teve um papel fundamental para redução da disseminação do vírus no Brasil. O preservativo masculino e feminino é distribuído gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto estudos apontam que a epidemia vem passando por transformações, e o preservativo se demonstrando não ser suficiente para conter o aumento da epidemia nos dias atuais (DOURADO, *et al.* 2015).

O preservativo como estratégia para a diminuição da contaminação por HIV é um importante método de prevenção. Entretanto, na atualidade da epidemia e das taxas de contaminação, o preservativo tem se demonstrado como insuficiente, havendo a necessidade de combinações de métodos de prevenção, principalmente em grupos com maior vulnerabilidade para a contaminação de HIV (REBELLO, *et al.* 2011).

A prevenção combinada, na qual abrange a utilização de mais de um método de prevenção para infecção do HIV, se demonstra nos trabalhos que compuseram esse estudo, estratégias promissoras e eficazes. Na qual visa que o indivíduo proteja-se e proteja seus parceiros (as), utilizando combinações de métodos de prevenção, não se detendo apenas no uso do preservativo, diminuindo assim consideravelmente as chances de uma contaminação (GUTIERREZ, *et al.* 2019).

Zucch (2018) aponta dificuldade de acesso e/ou implementação das políticas públicas existentes para a prevenção de HIV, no qual trás como um dos aspectos centrais para o êxito da implementação da PrEP, assegurar que os serviços sejam ambientes culturalmente diversos e livres de discriminação de forma a reduzir iniquidades no acesso aos serviços.

Nas considerações de Melo (2016), ainda pode-se perceber uma problemática com o recente processo de descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids no SUS sendo necessário ampliar as possibilidades de acesso e a qualidade do cuidado para o enfrentamento de vários desafios de ordem moral, ética, técnica, organizacional e política dos contextos que envolvem a temática do HIV/Aids para a população brasileira.

A sociedade civil em seus movimentos na luta contra a Aids, tem uma importância histórica para as conquistas e a visibilidade nas políticas públicas de prevenção ao HIV. Mas para Pereira (2010), novas necessidades são demandadas para o fortalecimento da ação coletiva que reivindicam do Estado respostas compatíveis com o enfrentamento dessas novas demandas levantadas por esses movimentos. Desafios como o levantado no estudo de Agostini (2019), reaquecem uma antiga e atual preocupação, de que o “vírus ideológico” (grifo do autor) venha a suplantar o vírus biológico, acentuando o quadro de estigma e de discriminação para as pessoas que vivem com HIV.

Existe um potencial brasileiro para o controle da epidemia de HIV/Aids, pois elencou diversas de suas políticas públicas já encontradas e executadas pelo Sistema Único de Saúde a toda a população que busca por esse serviço. Evidenciando também que há uma tendência para produção científica sobre a Profilaxia Pré-Exposição Sexual, sendo uma estratégia vista como promissora para o auxílio do controle da disseminação do vírus entre a população mais vulnerável a essa contaminação.

A efetivação das políticas públicas perpassam por diversas nuances e particularidades específicas de cada uma dessas estratégias, que apesar diversas a implementação das políticas públicas de prevenção ao HIV no Brasil existem

algumas lacunas que necessitam serem superadas. Neste aspecto, considera-se que a consolidação dos princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade – são fundamentais no enfrentamento dessas barreiras. O estigma e preconceito lançado sobre pessoas que vivem com o vírus, desde sua descoberta até os dias atuais foi e será sempre um debate necessário por parte de pesquisadores e também movimentos civis de combate ao HIV/Aids, pois a desconstrução social de que o HIV é um vírus mortal se faz com persistência e de forma gradativa, e cada vez mais necessária para auxiliar também no combate à epidemia.

2.3 Saúde e o Desenvolvimento Regional

Para compreender o impacto da saúde no Desenvolvimento Regional, é preciso contextualizar brevemente como se chegou na forma de se pensar saúde nos dias atuais. E o quanto esse processo trouxe mudanças significativas e importantes para o Qualidade de Vida da população de nosso país, e o impacto disso tudo no dia-a-dia da sociedade.

Durante a Ditadura Militar vivenciada no Brasil no período entre (1964 - 1985), criou-se o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), começando a privatização do setor da saúde, gerando grandes crises no sistema e na forma de promover a saúde. Pois, o acesso a utilização de consultas médicas eram por trabalhadores que possuíam carteira assinada, deixando uma parcela da população a mercê das Santas Casas que faziam atendimentos a população em situação de vulnerabilidade e que não conseguiam acesso aos demais serviços de saúde, atendendo no formato de caridade, o que fez esses estabelecimentos serem conhecidos como Santas Casas de Misericórdia (PAIM, et. al. 2011).

A partir de um cenário excludente, mobilizou-se a necessidade de renovar a forma de se pensar e prevenir doenças, como também o modo de promover saúde para a população, com a Constituição de 1988, cria-se então o Sistema Único de

Saúde Brasileiro, a saúde torna-se então uma política econômica e social, pública e universal (BRASIL, 1988). A seguir, regulamentou-se a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que “[...] dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

A Constituição de 1988, destaca a posição intervencionista da economia diante as políticas públicas de saúde, determinando que as mesmas sejam garantidas perante políticas sociais e econômicas, elaborando metas, dentre diversos setores do SUS, motivo no qual, mostrou-se o quão importante o funcionamento desse programa, abrangendo ações imprescindíveis para a manutenção e a implementação de ações em saúde pública, no território nacional, corroborando para o desenvolvimento de regiões de forma equânime (VIANNA & VILLELA, 2011).

A regionalização é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), junto com a descentralização política e participação social. Busca-se através dela, a integração sistêmica e hierarquização de um conjunto de ações e serviços de saúde segundo sua complexidade, no âmbito de um determinado recorte espacial e planejada conforme os critérios epidemiológicos e o conhecimento da população atendida (BRASIL, 2020).

A regionalização objetiva garantir os princípios constitucionais da integralidade da atenção à saúde com equidade e universalidade do acesso, além de constituir um vetor do planejamento regional mais amplo e do desenvolvimento na superação das desigualdades regionais. Logo, não deveria se limitar apenas à distribuição espacial de serviços e recursos em saúde, mas remeter a ações e políticas de desenvolvimento regional de médio e longo prazos voltadas à transformação e à superação das assimetrias históricas do território brasileiro (BRASIL, 2020).

Observamos mais concretamente a partir do estabelecimento de diversas diretrizes, entre elas: a consolidação da atenção à saúde em seus diversos níveis de complexidade e das ações de prevenção e de vigilância em saúde; a constituição de

uma rede nacional de serviços de saúde descentralizada; o fortalecimento da regulação sanitária mediante a consolidação do papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); a melhoria da regulação do segmento de saúde suplementar; a garantia de um financiamento estável; a introdução de mecanismos de gestão; o compromisso com o acesso a produtos e insumos estratégicos em saúde; e o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, fruto do reconhecimento que a saúde depende de um conjunto de políticas econômicas e sociais que extrapolam a governabilidade específica do setor (GADELHA, 2013).

Para pensar a saúde no contexto do desenvolvimento, é necessário seguir diante do cálculo realizado para obtenção do indicador de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), onde o mesmo atende as três dimensões básicas para o desenvolvimento humano: renda, educação e saúde (BRASIL, 2021). Criando um contraponto importante para um outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB), que considera somente a dimensão econômica do desenvolvimento (BRASIL, 2021). Esses indicadores possibilitam serem capazes de ampliar a percepção de desenvolvimento humano, sem excluir os outros aspectos importantes do desenvolvimento.

As relações entre saúde e desenvolvimento podem ser entendidas como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhora do padrão de vida da população. Isto pode ser observado a partir da recente institucionalização do caráter central da saúde na agenda de desenvolvimento nacional (GADELHA, 2013).

A abordagem da economia da saúde, uma vez que resume a relação entre saúde e desenvolvimento à visão de que essa deve ser apoiada por ser um elemento constitutivo dos direitos sociais ou individuais básicos e porque tem potencial para gerar um efeito indireto sobre o crescimento econômico e no desenvolvimento humano (GADELHA, 2013).

Esses indicadores vêm ao encontro com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), no qual foi elaborado através de um apelo universal para acabar com a pobreza, proteger o planeta e garantir que todas as pessoas desfrutem de

paz e prosperidade até 2030 (BRASIL, 2020). Dentro às 17 ODS, nos chamasse a atenção para o Objetivo 3, no qual abrange assuntos sobre saúde e bem-estar:

Nós demos grandes passos para reduzir a mortalidade infantil, melhorando a saúde materna e combatendo a AIDS/HIV, malária e outras doenças. Desde 1990, houve uma queda de 50 por cento no número de crianças mortas por essas doenças, resultado de iniciativas globais de prevenção. Os índices de mortalidade materna diminuíram 45 por cento em todo o planeta. Novas infecções por AIDS/HIV caíram mais de 30 por cento entre 2000 e 2013, e mais de 6.2 milhões de pessoas deixaram de ser infectadas por malária (BRASIL, 2021).

Na descrição da ODS, observa-se uma importante atenção na prevenção de HIV/AIDS, demonstrando a preocupação no controle e na propagação desse vírus e o impacto da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida na vida das pessoas e a sua contribuição para morbi/mortalidade dos seres humanos.

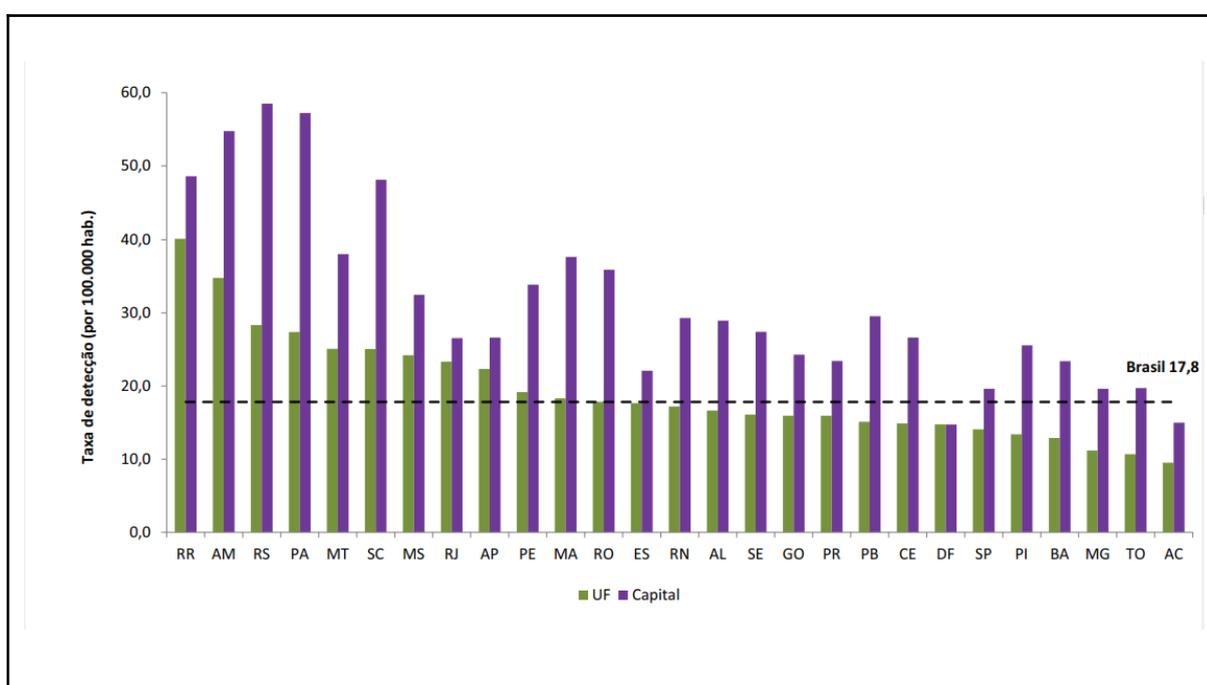
Com essa preocupação, muitos avanços são percebidos no passar dos anos, e diminuições significativas e importantes são percebidas e comemoradas, diante de reduções de doenças com um impacto avassalador, como descrito na ODS. Entretanto, ainda há muito a um longo caminho a se percorrer diante dessas temáticas:

A AIDS é a principal causa de morte entre adolescentes da África subsaariana, uma região que continua seriamente devastada pela epidemia do HIV. Essas mortes podem ser evitadas por meio da prevenção e do tratamento, educação, campanhas de imunização e cuidados de reprodução sexual. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estabelecem um comprometimento ousado para acabar com a epidemia de AIDS, tuberculose, malária e outras doenças transmissíveis até 2023. O foco é alcançar o acesso universal à saúde, fornecer acesso a medicamentos acessíveis e de qualidade e vacinas para todas e todos (BRASIL, 2021).

Esses objetivos estrategicamente pensados para doenças que acometem de forma importante pessoas em todo o mundo, no Brasil esse vírus aparece de formas diferente em diversas regiões, como mostrado Gráfico 1 retirado do último Boletim

Epidemiológico de HIV/AIDS do Ministério da Saúde (2020), corroborando para a implementação de políticas públicas de prevenção em muitos cenários.

Gráfico 1 - Taxa de detecção de aids (por 100.000 hab). segundo UF de residência.



Fonte: BRASIL, M.S (2019)

No Gráfico 1, é possível observar que o Rio Grande do Sul, encontra-se como o terceiro estado com maior número de pessoas vivendo com o vírus e também, Porto Alegre é a capital Brasileira com maior número de infecções, entre as capitais do país, estando próximo a 60,0 entre 100.000 habitantes, sendo a média nacional 17,8 casos por 100.000 habitantes. O entendimento desses indicadores, estão diretamente ligados ao Desenvolvimento Humano das regiões de nosso país, tendo em vista que os elementos que constituem o cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano (GADELHA *et al*, 2011).

Sendo notório que o impacto econômico empregado pelo SUS tem uma grande e importante repercussão social nas regiões e territórios, atendendo a população não exclusivamente no que tange o tratamento de doenças, mas também na promoção de saúde e na prevenção de agravos, sendo um instrumento tanto para qualidade de vida como para o desenvolvimento social e econômico (CORREA, 2016).

As intervenções deste programa (SUS), deixa de ser uma circunstância e passa a tornar-se um elemento fundamental, garantindo acesso equânime e universal, primando pela vida e reduzindo a desigualdade. Acabando por englobar o conceito maior de saúde, no qual se descreve saúde não somente como ausência de doença e sim um completo bem-estar físico, mental e social do ser humano (ARAUJO, *et al.* 2017).

Nesse sentido, deve-se prestar assistência em saúde para todos usuários que buscam o serviço, atendendo suas demandas de uma forma integral, perpassando os limites do entendimento popular de saúde. Pois de acordo com a Constituição Federal de 1988, artigo 196, norteia o entendimento de saúde, nos dizendo que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A partir desse conceito, entende-se a complexidade do desenvolvimento de promoção de saúde e prevenção de agravos no âmbito do Sistema Único de Saúde em nosso País para o Desenvolvimento Humano. Representando um constante desafio para a gestão do serviço público, nos mais diversos níveis, exigindo do gestor uma visão situacional constante do que se apresenta diante da intenção de seu trabalho.

Nos serviços de Saúde, o profissional enfermeiro está à frente de papéis de gestão, conforme dados disponibilizados pelo Conselho Federal de Enfermagem. E

também por essa categoria ter a gerência de instituições de saúde como uma de suas principais funções, sendo o profissional capacitado a tomar decisões diante de situações, baseado no conhecimento obtido em sua formação e na realidade no qual está inserido (COFEN, 2019).

A saúde possui forte relação com pesquisas e tecnologias, ainda sendo também de grande importância para a geração de emprego e renda para a população. “A saúde tem sua importância social como elemento estruturante do estado de bem-estar social e condição básica de cidadania para a população e também tem seu papel na geração de emprego, renda e riqueza para o País” (GADELHA, 2015), contudo, permite a reflexão sobre o papel do estado diante da garantia de acesso aos bens e serviços para a população, como também na criação e manutenção das estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos diante das demandas em saúde das pessoas.

Gadelha (2015) ainda conceitua o Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), e parte do pressuposto que além da saúde se apresentar como bem-estar social, ainda dentro desse complexo existem relações de diferentes setores em um sistema produtivo envolvendo a base industrial e os serviços. Ou seja, a caracterização do Complexo Econômico Industrial de Saúde ainda “[...] reconhece não somente a demanda da sociedade por bens e serviços como também a existência de uma base produtiva responsável pela oferta dos mesmos”. A dinâmica do CEIS é constituída por dois importantes setores dentro de nossa sociedade, setor industrial químico na produção de medicamentos e tratamentos, biotecnológica; mecânica, eletrônica e de matérias e insumos e ainda o setor de prestadores serviços em saúde, como os hospitais, ambulatórios e serviços de diagnóstico e tratamento (Como o Serviço de Atendimento Especializado a pessoa que vive com HIV/AIDS) (GADELHA, 2015).

O CEIS associa esses setores à formação, distribuição e consumo de tecnologias e a dinâmica das instituições dentro do sistema universal de saúde no Brasil, atualmente elencados no Sistema Unidade de Saúde, que garante acesso universal para a população em todo o território nacional, evidenciado pelo papel do Estado como mediador dos interesses envolvidos na relação entre saúde e

desenvolvimento, atendendo às diferentes demandas regionais em um país com tantas diferenças (NUSKE, et al. 2017). O Complexo Econômico Industrial de Saúde favorece a atividade produtiva dos serviços de saúde dentro do nosso País, mas também devemos considerar que há uma grande vulnerabilidade econômica na área da saúde no Brasil, onde escancara a fragilidade do setor prestador de serviços em saúde, principalmente na rede pública (GADELHA, 2015).

Como citado anteriormente, os serviços de assistência à saúde que antecederam o Sistema Único de Saúde eram hegemonicamente baseados nos serviços privados dominados pelas Santas Casas, consultórios médicos, pequenas clínicas e hospitais financiados com recursos públicos, destinados aos que tinham condições para custear; e/ou aqueles trabalhadores filiados à Previdência Social, os demais segmentos da população ficavam a mercê da caridade e da filantropia (PAIM, et. al. 2011).

Para Souza *et al* (2017), a saúde como um direito universal e igualitário para todos sempre esteve em disputa e, mesmo com intensas resistências ao modelo de privatização da saúde no Brasil, através do Movimento pela Reforma Sanitária, a Lei 8.080 expressa em seu Art. 21 “[...] a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (SOUZA, *et al.* 2017). A criação dessa Lei se tornou um marco importante para entendermos saúde como nos dias atuais, possibilitando um acesso à saúde de forma universal, garantindo a equidade na assistência em saúde da população Brasileira.

Na contramão da universalidade dos direitos sociais e acesso à saúde, o neoliberalismo encontra respaldo para a expansão da privatização na saúde e para os ataques às Política de Estado, gerando um subfinanciamento do setor ampliando a precarização dos serviços de saúde. Essa precarização pode aparecer como financiamento insuficiente para manter os serviços de saúde com estrutura capaz de suprir por completo as demandas de saúde e necessidades da população nas diferentes regiões do País (SOUZA, *et al.* 2017).

A precarização dos serviços públicos pode apresentar-se de diferentes formas como, grandes vazios assistenciais e deficiência na infraestrutura dos

serviços de assistência à saúde, equipamentos e insumos nos serviços existentes; falta de pessoal e instabilidade nos vínculos trabalhistas dos trabalhadores, ausência de concursos públicos, terceirizações e graves problemas de gestão e gerenciamento dos processos (NUSKE, et al. 2017).

Desde a implementação do Sistema Único de Saúde, o Brasil acaba enfrentando vários obstáculos para garantir serviços públicos de saúde resolutivos para todos, essas dificuldades encontradas na prestação do serviço público, acarreta uma atenção à saúde voltada a ações imediatistas, com ênfase no atendimento aos casos agudos, comprometendo a prevenção e a promoção de saúde, bem como a consolidação da integralidade do cuidado em todas as esferas da assistência (SOUZA, et al. 2017).

Para Pilarski (2019), em seu estudo onde fez uma análise orçamentária do programa de fortalecimento do SUS no Ministério da Saúde, apresentou em seus resultados que o Brasil não consegue efetivar a universalidade em seu território, sendo ela princípio primário do sistema público de saúde, determinado pela legislação constitucional e ordinária. O autor ainda ressalta em que pese a política econômica intervencionista na política de saúde, onde determina valores mínimos a serem empregados, mostra-se com esta comparação que, de fato, na economia, não há um impacto representativo, à revés daquilo que é realizado em países em desenvolvimento, que têm a mesma lógica do sistema (PILARSKI, 2019).

3. METODOLOGIA

Neste capítulo são descritos os caminhos metodológicos utilizados para a construção deste trabalho, a classificação da pesquisa, bem como sua natureza, os participantes que integraram a amostra do estudo, os procedimentos metodológicos e a análise de dados realizada.

3.1 Caracterização da pesquisa

Foi um estudo de caráter qualitativo e quantitativo de casos múltiplos, exploratório com a aplicação de questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas.

Estudo Quantitativo, está ligado a dados imediatos, podendo realizar a quantificação dos dados coletados e realizar a comprovação de uma determinada teoria, validando-a ou não. A quantificação dos dados pode estar ligada na experimentação, na mensuração e controle dos fatos pesquisados, caracterizado principalmente pela passividade e neutralidade do autor diante dos achados da pesquisa, pois buscará medir opiniões e informações utilizando métodos estatísticos (KNECHTEL, M. R., 2014).

Estudo Qualitativo, tem como objetivo compreender e possibilitar aprofundar-se em um determinado conhecimento sobre o objeto de estudo, desde a percepção dos participantes da pesquisa da realidade que o rodeia, com base em experiências, percepções, opiniões e significados, de modo a expor a sua subjetividade (MINAYO, 2014). Para YIN (2015), o estudo qualitativo relaciona-se em cinco dimensões, sendo a primeira estudar o significado das condições de vida real das pessoas; representar a opinião das pessoas ante um estudo; abranger o contexto social, cultural, econômico, relacional etc que as pessoas vivem; contribuir

com revelações sobre conceitos que podem ajudar a explicar o comportamento social humano e o esforço em utilizar múltiplas fontes de evidência.

Estudos de caso múltiplo, podem ser aplicados em diversas situações, na investigação de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, políticos e sociais, que permitem aos pesquisadores focar em um caso sob uma perspectiva holística e num contexto real. Classificam-se em estudo de caso único ou estudo de casos múltiplos, sendo este segundo tipo aquele que envolve mais do que um único caso podem ser apresentados com combinações de métodos qualitativos e quantitativos (YIN R. K., 2015).

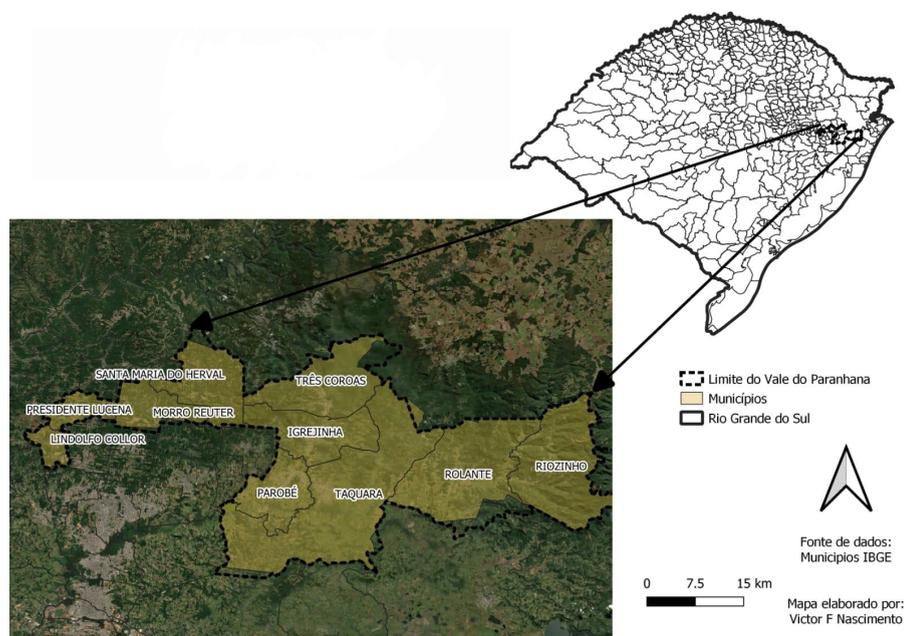
Estudo exploratório, visa realizar uma descrição precisa da situação estudada, buscando descobrir relações existentes entre os elementos da pesquisa, tornar o problema explícito, possibilitando conhecê-lo melhor e com maior profundidade (GIL, 1999).

Pesquisa bibliográfica, constitui como elemento básico para estudos e pesquisas no qual procura explicar o problema de pesquisa através de trabalhos publicados em artigos, livros, dissertações e teses. E busca explicar, conhecer e analisar as contribuições científicas com a temática a ser estudada (CERVO, A. L. et al., 2006).

3.2 Local

O cenário escolhido (Figura 1) para o estudo é o Vale do Paranhana, formado pelas cidades de Igrejinha (31.660 hab.), Parobé (51.502 hab.), Riozinho (4.330 hab.), Rolante (19.485 hab.), Taquara (54.630 hab.) e Três Coroas (23.848 hab.). Segundo o censo do IBGE de 2010, a região conta com um total de 195.751 habitantes.

Figura 1 - Mapa do Vale do Paranhana/RS



Fonte: Google Maps (2020).

Nesta região, conforme dados da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde encontram-se dois Serviços de Atendimentos Especializados (SAE) em acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana, que, juntos, atendem em média 500 pacientes por mês.

3.3 Procedimentos de pesquisa

Os participantes atendidos nos referidos SAE do Vale do Paranhana/RS incluídos no estudo foram 12 pacientes e 2 gestores. Amostra não probabilística intencional (gestores) e não probabilística por acessibilidade (pacientes). Os mesmos forneceram dados através da aplicação de um questionário semiestruturado com perguntas fechadas (Apêndice B) e os participantes gestores dos SAE do Vale do Paranhana/RS fornecerão dados através da aplicação de um

questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas (Apêndice C).

Foram incluídos no estudo, pacientes atendidos em ambos os Serviços de Atendimento Especializado (SAE Taquara e SAE Parobé) e também os gestores destes serviços. A participação foi voluntária. Todos os participantes forneceram consentimento informado antes de qualquer questionamento do estudo, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Integraram o estudo os participantes de pesquisa que preencheram todos os critérios de inclusão e nenhum critério de exclusão, conforme descrito:

Critério de Inclusão dos Pacientes:

- Ser paciente nos Serviços de Atendimento Especializado em HIV/AIDS no Vale do Paranhana/RS ou ser gestor nos Serviços de Atendimento Especializado em HIV/AIDS no Vale do Paranhana/RS.
- Ser maior de 18 anos.
- Fornecimento de consentimento informado.

Critério de Exclusão:

- Incapacidade de compreender os procedimentos do estudo.

Critério de Inclusão dos Gestores:

- Ser gestor nos Serviços de Atendimento Especializado em HIV/AIDS no Vale do Paranhana/RS.

- Não estar no período de férias.
- Fornecimento de consentimento informado.

Critério de Exclusão:

- Incapacidade de compreender os procedimentos do estudo.

Coleta de dados com os gestores

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e o instrumento utilizado para a obtenção dos dados foi um questionário semiestruturado, com questões abertas e fechadas para os gestores dos Serviços de Atendimento Especializado ao HIV/AIDS do Vale do Paranhana/RS. Os questionários foram aplicados aos gestores de forma eletrônica, com o preenchimento através da ferramenta do Google, chamada *Google Forms*, o qual foi encaminhado para os gestores dos serviços via e-mail e/ou Whatsapp, conforme sua preferência, no período de Julho de 2021 a Dezembro de 2021.

Coleta de dados com os pacientes

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e o instrumento utilizado para a obtenção dos dados foi um questionário semiestruturado, unicamente com questões fechadas para os pacientes dos Serviços de Atendimento Especializado ao HIV/AIDS do Vale do Paranhana/RS. Os questionários foram aplicados aos pacientes de forma eletrônica, com o preenchimento através da ferramenta do Google, chamada *Google Forms*, o qual

foi encaminhado para os pacientes dos serviços via e-mail e/ou Whatsapp, conforme sua preferência, no período de Julho de 2021 a Dezembro de 2021.

Análise dos dados

Para a análise de dados que correspondem ao questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas foram utilizados os princípios da análise de conteúdo, a partir de uma categorização (Caracterização do gestor, Serviço de Atendimento Especializado, Práticas assistenciais) no instrumento de coleta que foi aplicado aos participantes do estudo e para a análise dos dados quantitativos foi através do uso da estatística.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi realizada respeitando o estabelecido pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). A referida resolução norteia as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais no Brasil. Deste modo, o projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT), tendo sido aprovado.

Durante toda a execução da pesquisa, foi respeitada a dignidade, a autonomia e anonimato dos participantes da pesquisa e garantindo sua vontade por meio de manifestação expressa, livre e esclarecida, podendo o sujeito escolher participar da pesquisa, assim como permanecer ou não na mesma.

Foram ponderados riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e garantindo que os danos fossem evitados. O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa resultará no aprofundamento da

temática de práticas assistenciais prestadas ao paciente que vive com HIV/AIDS o que poderá gerar utilização em outros estudos. Os riscos ou danos possíveis foram minimizados ao máximo para os participantes da pesquisa. Entretanto, riscos mínimos poderiam ocorrer como invasão de privacidade, constrangimento, entre outros. Todavia, não ocorreram danos decorrentes da pesquisa.

Para iniciar a pesquisa dentro dos serviços de Atendimento Especializado dos municípios pertencentes na amostra estudada, foi disponibilizado pelas Secretarias de Saúde a carta de anuência com a autorização da coleta dos dados com os participantes do estudo.

Os questionários foram enviados conforme a preferência dos participantes, via correio eletrônico ou Whats App. A participação dos usuários foi confirmada após a leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – cabendo este consentimento somente aos participantes que compuseram a população em estudo. Os dados produzidos durante a pesquisa foram utilizados somente para as finalidades previstas nessa pesquisa. Os dados obtidos ficaram salvos na nuvem da plataforma utilizada para aplicação do questionário.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Optou-se apresentar os resultados desta pesquisa juntamente com a discussão, para uma melhor compreensão do leitor, os resultados estão apresentados através de duas categorizações, trazendo as respostas dos questionários aplicados aos gestores e aos usuários dos Serviços de Atendimento Especializado do Vale do Paranhana/RS em diferentes grupos (4.1 Gestores e os Serviços de Atendimento Especializado ao HIV/AIDS e 4.2 Usuários e os Serviços de Atendimento Especializado ao HIV/AIDS).

A descrição desses resultados e a discussão acerca dos achados foi elaborada através da análise de conteúdo, dividindo-se em pré-análise, exploração do material e interpretação (BARDIN, 2017). Os gestores entrevistados no qual foi obtido resultados através do questionário com perguntas abertas, estão apresentados através da nomenclatura adotada, como Gestor A e Gestor B, não realizando menção ao serviço e cidade que está vinculado, havendo também representações gráficas para demonstrar as respostas obtidas através da aplicação de questionário com perguntas fechadas.

A análise descritiva das respostas obtidas pelos usuários dos serviços estudados, estão representados unicamente em formato de gráficos e tabelas, por representar respostas coletadas através do questionário de perguntas fechadas, conforme representados nas descrições a seguir.

4.1 Gestores e os Serviços de Atendimento Especializado ao HIV/AIDS

Primeiramente foi possível identificar e traçar brevemente o perfil dos 2 gestores dos Serviços de Atendimento Especializado, que compuseram a totalidade da amostra pesquisada, sendo unicamente composto por mulheres, que têm a enfermagem como profissão e ambas tendo mais de 4 anos de formação, atuando

há mais de 2 anos nos serviços no qual fizeram parte da pesquisa, essas profissionais tiveram níveis e áreas diferentes de especialização.

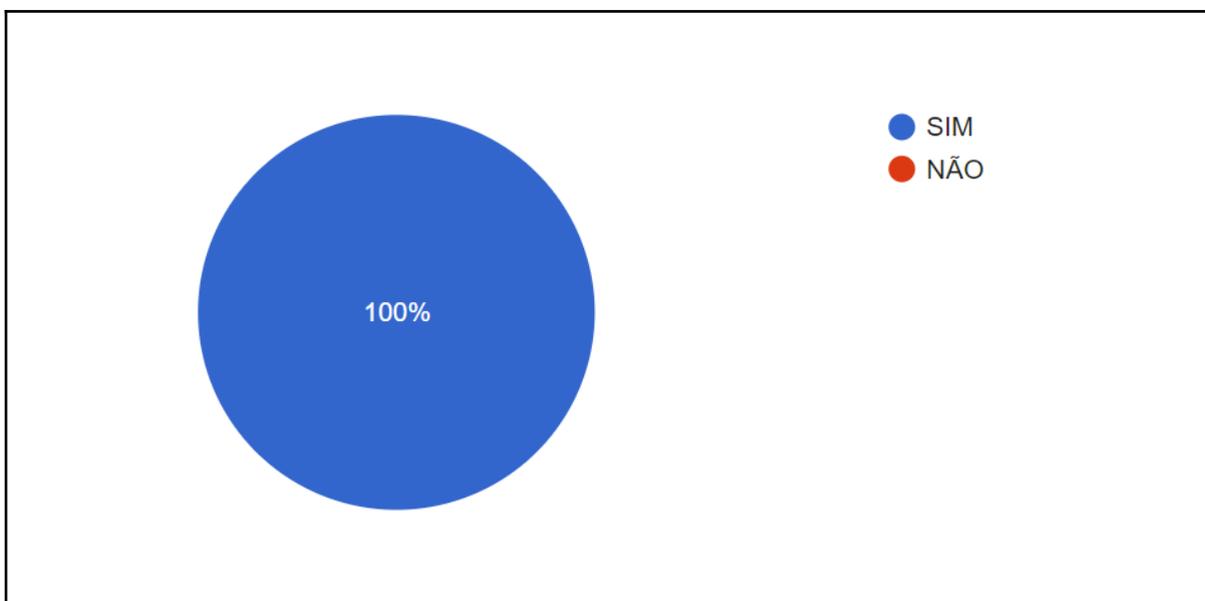
Encontrar profissionais de enfermagem assumindo funções de gestão nos serviços de saúde está diretamente ligados a dados já conhecidos e comumente encontrados em pesquisas com temática de gestão de serviços de saúde pública, relacionando-se com o fato da Enfermagem ser uma área predominantemente feminina, onde cerca de 84,6% são mulheres (COFEN, 2019).

O Gestor A, informou especialização nas áreas Estratégia de Saúde da Família; Gestão de Políticas de HIV/AIDS/Hepatites virais e Tuberculose. No qual faz uma forte relação com seu atual campo de atuação, principalmente por sua segunda especialização. Já o Gestor B, informou a especialização, Vigilância em Saúde.

Os SAE as pessoas vivendo com HIV/AIDS no vale do Paranhana, localizam-se na cidade de Taquara e Parobé/RS, esses serviços desenvolvem assistência no contexto da atenção secundária à saúde, dentro do Sistema Único de Saúde desses municípios, tendo como diretriz para desenvolver seu processo de trabalho a universalidade, integralidade e equidade, conforme disposto na Lei. 8.080/1.990.

Os gestores desses serviços (Gestor A e Gestor B), quando questionados sobre capacitações/treinamentos sobre temas relacionados a HIV/AIDS no último ano, ambos tiveram SIM como resposta, conforme apresentado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Participou no último ano de capacitações/treinamentos sobre temática de HIV/AIDS.

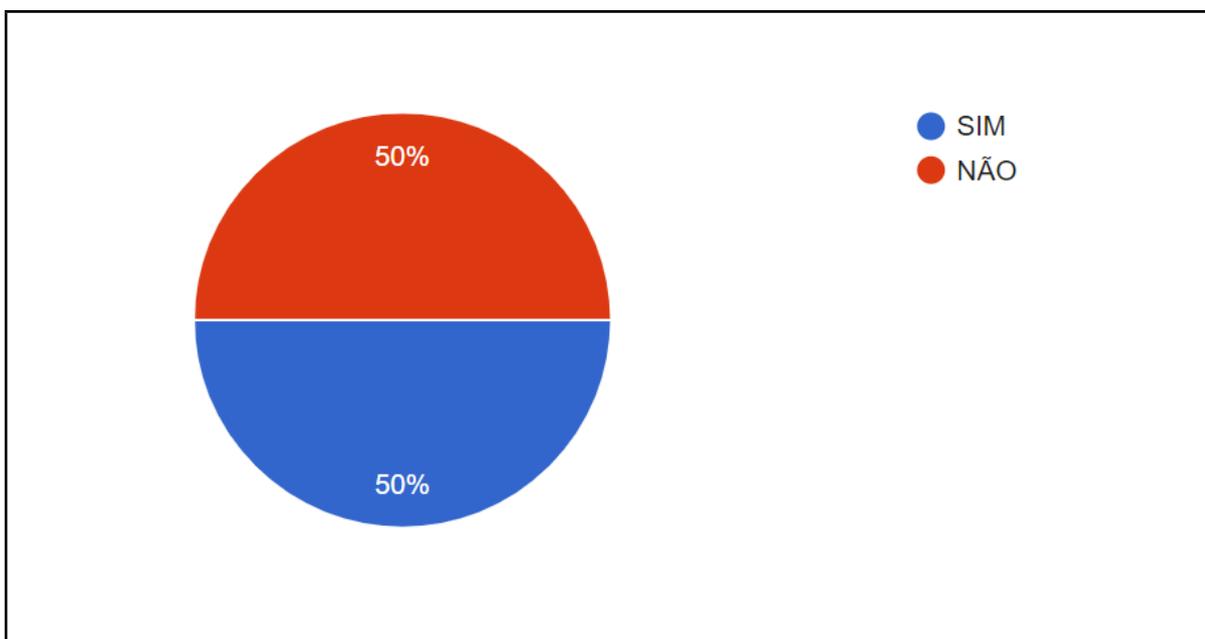


Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Quando questionado o gestor sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, na qual visam alcançar as metas propostas em cada ODS até o ano de 2030, obteve-se em uma das respostas o desconhecimento da informação (Gráfico 2). Esse dado faz refletir ser um dificultador para que o Objetivo 3 seja alcançado, pois acabar com a epidemia de AIDS representa ser um grande desafio por parte dos serviços de saúde e principalmente de seus gestores (BRASIL, 2020).

No questionário, Gestor B refere não conhecer os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, sendo esse um apelo universal para acabar com a pobreza, proteger o planeta e garantir que todas as pessoas desfrutem de paz e prosperidade até 2030 (BRASIL, 2020). Através da resposta obtida (Gestor B) surge também reflexões sobre a forma que se está sendo trabalho e infundido a temática das ODS na região, pois sabe-se a importância de alcançarmos esses objetivos proposto e o quanto o Serviço de Atendimento Especializado pode colaborar para tal façanha, por estar diretamente ligado ao usuário que vive com HIV e ser essa uma das principais temáticas do Objetivo 3.

Gráfico 2 - Conhece os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

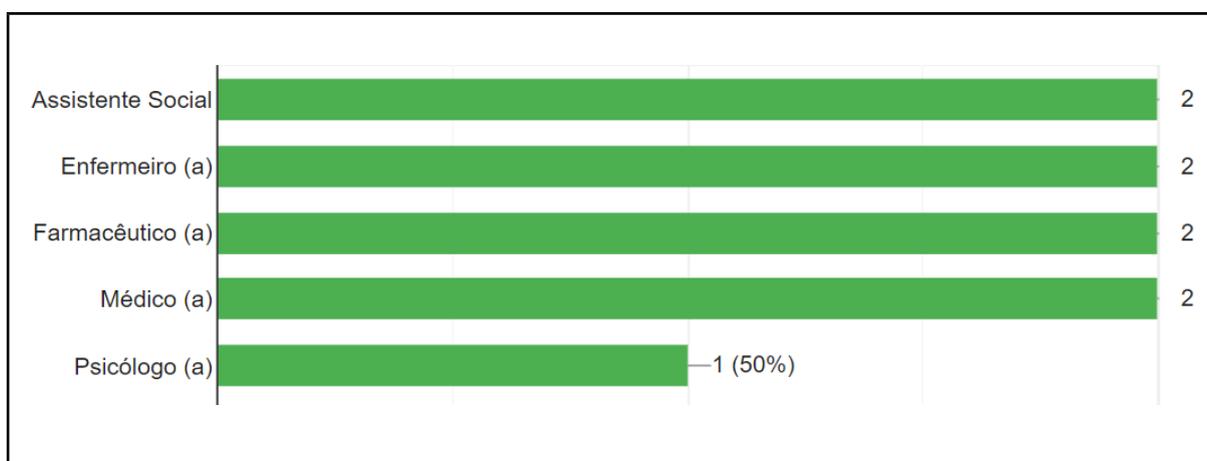


Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A partir do gráfico 3, as informações obtidas nos questionários estão voltados para o Serviço de Atendimento Especializado, estrutura e Práticas Assistências prestadas por eles, bem como políticas públicas de saúde implementadas.

O quadro de profissionais que atuam na SAE apresentou-se multidisciplinarmente (Gráfico 3), tendo em sua composição diferentes categorias de profissionais, onde divergiu-se apenas o profissional de Psicologia entre os serviços, compondo no quadro de colaboradores dessas instituições: Assistente Administrativo, Assistente Social, Enfermeiro, Farmacêutico, Médico, Técnico de Enfermagem, e em uma delas Psicólogo (Equipe do Gestor A obtém psicólogo em sua composição).

Gráfico 3 - Profissionais que compõem o quadro colaboradores da SAE.



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Esses profissionais estão diretamente ligados à implementação das políticas de prevenção ao vírus causador da AIDS nos Serviços de Atendimento Especializado, prestando suporte social a partir das vulnerabilidades encontradas e que permeiam a temática do HIV no âmbito da saúde, como descrito por Rebello, *et al.* (2011).

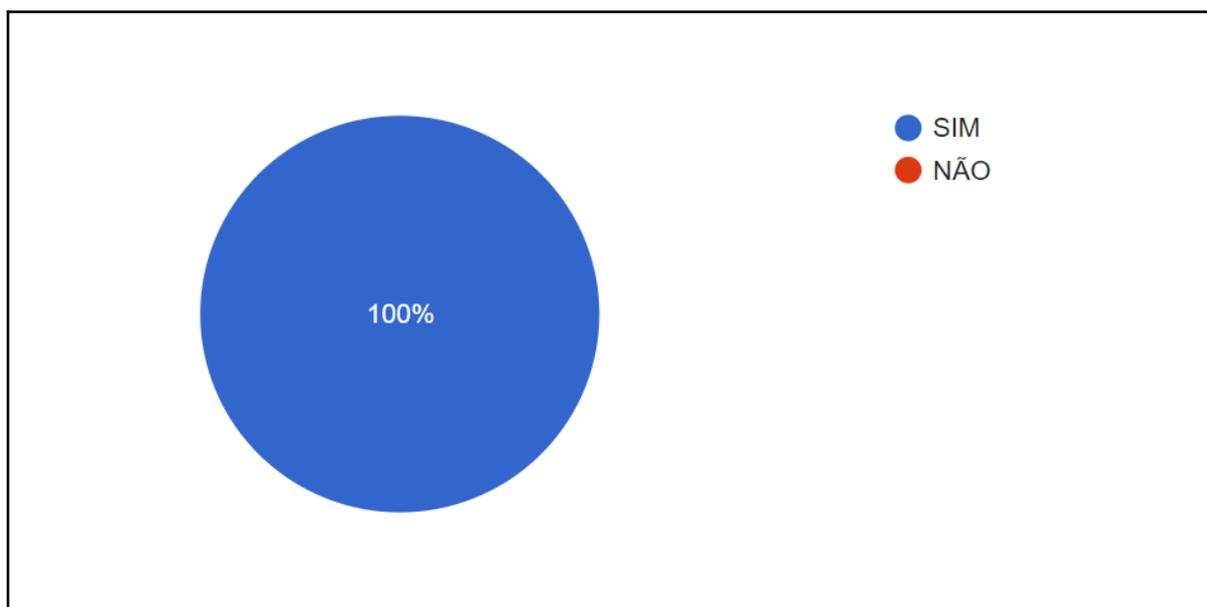
Ao questionar ao Gestor sobre as práticas assistências prestadas pelo SAE ao atender pessoas que vivem com HIV no Vale do Paranhana/RS, a pesquisa obteve respostas iguais, respondido pelos diferentes gestores em muitas dessas implementações, como quando questionado sobre a disponibilização do Tratamento Antirretroviral para todos usuários que vivem com HIV e são atendidos no serviços.

O Tratamento Antirretroviral (TARV) é uma das principais estratégias de prevenção ao HIV, sendo esse o meio disponível para o controle da carga viral do indivíduo que vive com HIV, possibilitando a restauração de seu sistema imunológico através do aumento das células de TCD4+. A utilização correta e contínua da TARV possibilita maior qualidade de vida ao portador de HIV, pois o controle da carga viral indica possibilidades de transmissão próximas a zero, condição que se faz fundamental para evitar possíveis contaminações do vírus a

terceiros.

Nesse contexto, é possível entender a importância dessa política pública, diante da atual epidemia de HIV/AIDS instalada no Estado do Rio Grande do Sul e na região Metropolitana de Porto Alegre, sendo esta a região de abrangência do Vale do Paranhana, área de pesquisa. A disponibilização do Tratamento Antirretroviral pelos Serviços no Vale do Paranhana contribui significativamente para o controle desse vírus e controle da carga viral, sendo a coleta de material biológico para contagem das células de TCD4 e carga viral, outra estratégia disponível por ambos os serviços, conforme exposto no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Realização de coleta de material biológico para contagem de células TCD4 e carga viral pelo SAE.



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A interpretação dos resultados dos exames de carga viral e das células de defesa dentro do SAE é realizada principalmente pelo profissional médico, sendo esse profissional responsável por identificar o antirretroviral mais adequado para o usuário. Questionou-se para os gestores a disponibilização de consultas médicas

para os pacientes que buscam o serviço, obtendo a resposta que ambos os serviços disponibilizam desse profissional para atendimento ao paciente.

Questionou-se também se o serviço disponibiliza de testes rápidos para pacientes que buscam atendimento e desejam conhecer sua sorologia, conforme recomendações do Ministério da Saúde (2019), a testagem para HIV deve ser realizadas pela população anualmente, e essa estratégia deve estar presente na assistência dos Serviços de Atendimento Especializado de HIV/AIDS. Ao questionar aos gestores a disponibilização da testagem, ambos os serviços responderam que prestam essa assistência aos usuários que buscam a SAE.

Questionou-se aos gestores dos Serviços de Atendimento Especializado sobre resultados positivos na testagem e como é realizado o aconselhamento dos resultados dos testes rápidos.

O aconselhamento pré teste é realizado durante a execução do teste rápido e o pós-teste é realizado na entrega do resultado do teste. É realizado por todos profissionais. Os técnicos de enfermagem também realizam, quando sentem dificuldade ou o resultado é reagente eles solicitam a presença da enfermeira (Gestor A).

Através de instrumento norteador formulado com base no manual do ministério da saúde, o Enfermeiro e ou técnico (*de enfermagem*) podem realizar a testagem, em caso positivo quando o técnico (*de enfermagem*) realiza o exame eu (*enfermeira*) sou chamada (Gestor B).

Conforme exposto pelo Gestor B, os profissionais que estão habilitados a realizar a testagem para HIV no Sistema Único de Saúde são os que compõem a equipe de enfermagem, necessitando o técnico de enfermagem de supervisão do Enfermeiro (BRASIL, 2016). Quando resultado positivo/reagente para o vírus durante a testagem, o profissional que deve informar o resultado do teste é o enfermeiro e, após, fazer os encaminhamentos necessários para o início do tratamento e acompanhamento.

O teste rápido para HIV pode informar em poucos minutos se o usuário é

portador ou não do vírus causador da AIDS, a partir da identificação de anticorpos contra o vírus HIV, que pode ser feito tanto a partir da saliva quanto de uma pequena amostra de sangue (BRASIL, 2019).

A Profilaxia Pós Exposição (PEP), demonstra ser uma política pública de prevenção importante para prevenção ao HIV, principalmente em casos de violência sexual desprotegida, conforme Zuucchi (2018). Sendo essa mais uma estratégia de prevenção disponibilizada nos SAE do Vale do Paranhana/RS.

Além da PEP, que é uma estratégia profilática de prevenção para exposições ao vírus, após o contato, temos a PrEP, que é uma profilaxia que antecede a exposição, no Brasil apoia o Projeto PrEP, foi o primeiro país da América Latina a ofertar esse método de prevenção para sua população (BRASIL, 2016).

O Gestor B informou que a Profilaxia Pré Exposição ao HIV não faz parte das estratégias de prevenção ao HIV disponíveis em seu Serviço de Atendimento Especializado à pessoa que vive com o vírus do HIV.

Conforme Oliveira *et al.* (2018) a PreP consiste na combinação de dois antirretrovirais, que devem anteceder as relações sexuais visando uma proteção efetiva e segura para evitar uma contaminação pelo vírus. E a disponibilização dessa estratégia para as populações consideradas de maior vulnerabilidade é uma ferramenta chave para o controle do HIV/AIDS nas regiões pandêmicas.

Questionou-se aos gestores qual o fluxo para a dispensação da Profilaxia Pré Exposição ao HIV e caso ela não aconteça, qual seria o dificultador para a implementação dessa importante estratégia de prevenção em seu serviço.

O paciente é acolhido no serviço, consulta com o médico, que avalia a indicação, orienta e prescreve. Não possuímos fluxo construído, pois está em fase de implementação (Gestor A).

A PrEP não é disponibilizada aqui na SAE. Já tivemos procura, mas para disponibilizarmos por aqui, precisamos ter um curso de aperfeiçoamento, que ainda não realizamos (Gestor B).

Nos relatos se observa que na PrEP há uma estratégia de prevenção ao HIV ainda não totalmente consolidada nas práticas assistenciais, que mesmo no serviço do Gestor A, que faz dispensação dessa profilaxia, a prática ainda está desestruturada, não havendo fluxos determinados.

A PrEP é uma política pública recentemente adotada no Brasil, e que há um número expressivo de estudos que abordou a Profilaxia Pré-Exposição Sexual como estratégia de prevenção para o HIV, sendo esse um recurso que se encontra no centro dos debates sobre métodos emergentes de prevenção ao vírus, e que aumenta a auto-estima de estudiosos acerca de ser uma forte ferramenta para o controle da epidemia, conforme Zucchi, *et al.* (2018).

No questionário encontrou-se uma segunda divergência entre estratégias de prevenção disponibilizadas pelos gestores nos Serviços de Atendimento Especializados do Vale do Paranhana/RS. Apenas o Gestor A respondeu que realiza Busca Ativa para usuários que vivem com HIV e abandonaram o tratamento.

A Busca Ativa é uma estratégia de prevenção que busca fazer um resgate do paciente que abandonou o Tratamento Antirretroviral, pensando na importância da adesão ao tratamento medicamentoso para o controle da carga viral e a prevenção de novas transmissões do vírus. E muito além de prevenir novas contaminações proporciona ao indivíduo que vive com o vírus causador da AIDS uma qualidade de vida, o afastando de doenças oportunistas (ALTHOFF, *et al.* 2016).

Esse método pode ser realizado também para o parceiro (a) da pessoa que vive com o vírus, no intuito de apresentar os métodos de prevenção disponíveis e que possibilitam uma vida sexual segura ao casal (BRASIL, 2018). Ao questionar para os gestores a forma que realizam a Busca Ativa a parceiros de usuários em acompanhamento nas SAE onde atuam, o estudo obteve as seguintes respostas.

Em caso de parceiro fixo, na consulta é solicitado que o parceiro compareça ao serviço. A principal dificuldade é que às vezes o paciente não deseja comunicar o parceiro, sobre sua condição e/ou não possui parceiro fixo (Profissionais do sexo) (Gestor A).

Não realizamos busca ativa, apenas acompanhamos os parceiros negativos quando os mesmos procuram a SAE. Muitos pacientes positivos que acompanham a gente não tem parceiros, e quando tem não querem que o parceiro saiba (Gestor B).

É possível perceber que a maior dificuldade em realizar a Busca Ativa dos parceiros (as) das pessoas que vivem com HIV nos SAE pertencentes ao estudo, é a dificuldade do usuário comunicar os pares. Podendo isso estar muito fundamentado no estigma social e preconceito que engloba essa temática, ainda nos dias atuais, dificultando inclusive a atuação de profissionais de saúde.

De acordo com o estudo de Agostini (2019), discursos ainda presente na nossa sociedade, reacrescem uma antiga e atual preocupação, de que o “vírus ideológico” venha a suplantar o vírus biológico, acentuando o quadro de estigma e de discriminação para as pessoas que vivem com HIV.

Para completar os questionamentos quanto às práticas assistenciais ofertadas na SAE para prevenção de HIV, questionou-se sobre o mais antigo e conhecido método de prevenção ao HIV, o preservativo (Gráfico 10), altamente difundido na sociedade e que volta a ser alvo de estudos, pois começa-se a perceber que apesar de seguro, não se torna mais tão eficaz (GUTIERREZ, *et al.* 2019).

A não utilização do preservativo e ter múltiplos parceiros, configura um forte comportamento de risco para a contaminação de HIV, esse comportamento independe do sexo/genero do individuo, e necessita de atenção diante das políticas públicas de saúde emergentes, como a PrEP.

Observa-se que ambos os gestores responderam que os serviços oferecem preservativo aos seus usuários. Apesar disso, estudos como o de Dourado, *et al* (2015) apontam que a epidemia vem passando por transformações, e o preservativo está se demonstrando não ser suficiente para conter o aumento de novos casos nos dias atuais.

O SAE também apresenta um importante papel de elaborar e desenvolver

estratégias e ações educativas para prevenção de HIV e conscientização acerca do estigma e preconceito que ainda existe sobre o vírus (BRASIL, 2021). Uma das formas de educação em saúde questionada aos gestores foi a realização de grupos terapêuticos de convivência e troca de experiências com os usuários (Gráfico 11) que são acompanhados pelo Serviço.

Os grupos terapêuticos exercem dentre suas funções a de empoderar a pessoa que vive com HIV, de informações confiáveis sobre o vírus, podem assim se proteger e proteger terceiros de doenças oportunistas. Ainda no grupo terapêutico o usuário troca suas experiências de vida com outras pessoas que se encontram na mesma condição, podendo assim juntos se apoiarem e superar essas dificuldades (ARAÚJO, 2017).

No questionário aplicado aos Gestores, questiona-se ainda se não é realizada ações educativas dentro do Serviço de Atendimento Especializado à pessoa que vive com HIV no Vale do Paranhana/RS, qual seria o dificultador para a elaboração e implementação dentro do serviço, questionou-se o gestor.

Neste momento a pandemia que nos dificulta a construção do grupo de convivência (Gestor A).

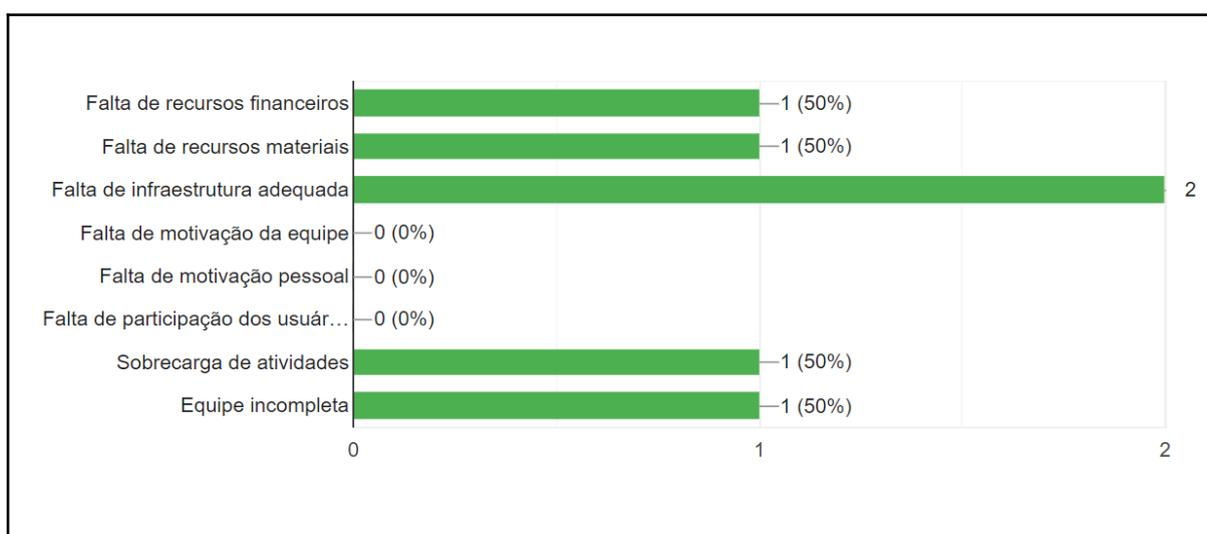
Na breve resposta obtida pelo Gestor A, observamos que a preocupação e ações para contenção da disseminação do novo coronavírus foi o motivo pela não realização dos grupos terapêuticos na SAE. Presente na resposta do Gestor B, podemos observar um ponto de vista diferente sobre a implantação dos grupos.

A ausência de um enfermeiro assistencial específico para atuar na SAE e indisponibilidade de uma área física adequada (Gestor B).

Podemos observar na resposta desse gestor (Gestor B), que ele aponta a necessidade de um enfermeiro assistencial específico para a SAE, isso pode estar relacionado a uma sobrecarga de atividades, no qual o enfermeiro quando atuando frente a um papel de gestor precisa desenvolver.

Para finalizar as questões realizadas para os gestores, através de uma pergunta de múltipla escolha, podendo assinalar mais de uma resposta, os gestores poderiam apontar as respostas que melhor se enquadram nas dificuldades encontradas por eles, na implementação das práticas assistenciais dentro do serviço onde atuam, demonstrado no gráfico 12.

Gráfico 5 - Dificuldades encontradas na implantação das práticas assistenciais no SAE.



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Falta de recursos financeiros, falta de recursos materiais, sobrecarga de atividades e equipe incompleta, foi citado apenas uma vez pelos gestores. Falta de infraestrutura adequada ambos (Gestor A e Gestor B) sinalizaram em suas respostas.

Esses achados vêm ao encontro com as deficiências no financiamento do

Sistema Unidade Saúde no Brasil, como reforçado por Souza *et al.* 2017, Paim, *et al.* 2011, Nuske, *et al.* 2017 e Pilarski, 2019. A falta de recursos financeiros e materiais precarizam o ambiente de trabalho no Serviço de Atendimento Especializado, sendo um grande dificultador enfrentado pelos trabalhadores desses ambientes.

A falta de infraestrutura adequada foi citada pelos dois gestores dos serviços pesquisados, sendo que a infraestrutura faz parte do ambiente dos serviços de saúde, uma importante diretriz para o acolhimento e humanização para o atendimento dentro dos ambientes de trabalho e atenção à saúde (SOUZA, *et al.* 2017).

Um ponto importante citado foi a sobrecarga de trabalho, no ambiente de trabalho a sobrecarga pode desencadear doenças como a Síndrome de Bournout, trazendo diversos danos para a saúde do indivíduo. Essa sobrecarga citada pelo gestor pode desencadear uma falta de motivação ao prestar assistência ao usuário ou como o gestor, ser um dificultador para encontrar planejamentos do seu ambiente de trabalho que facilite e desenvolva o serviço.

Esse achado vem de encontro com o próximo ponto do Gráfico 12, que seria a equipe incompleta, pois a equipe incompleta pode acarretar essa sobrecarga de trabalho, tendo que o profissional exercer além de suas funções, também tarefas que não compete necessariamente ao seu papel dentro da equipe de saúde.

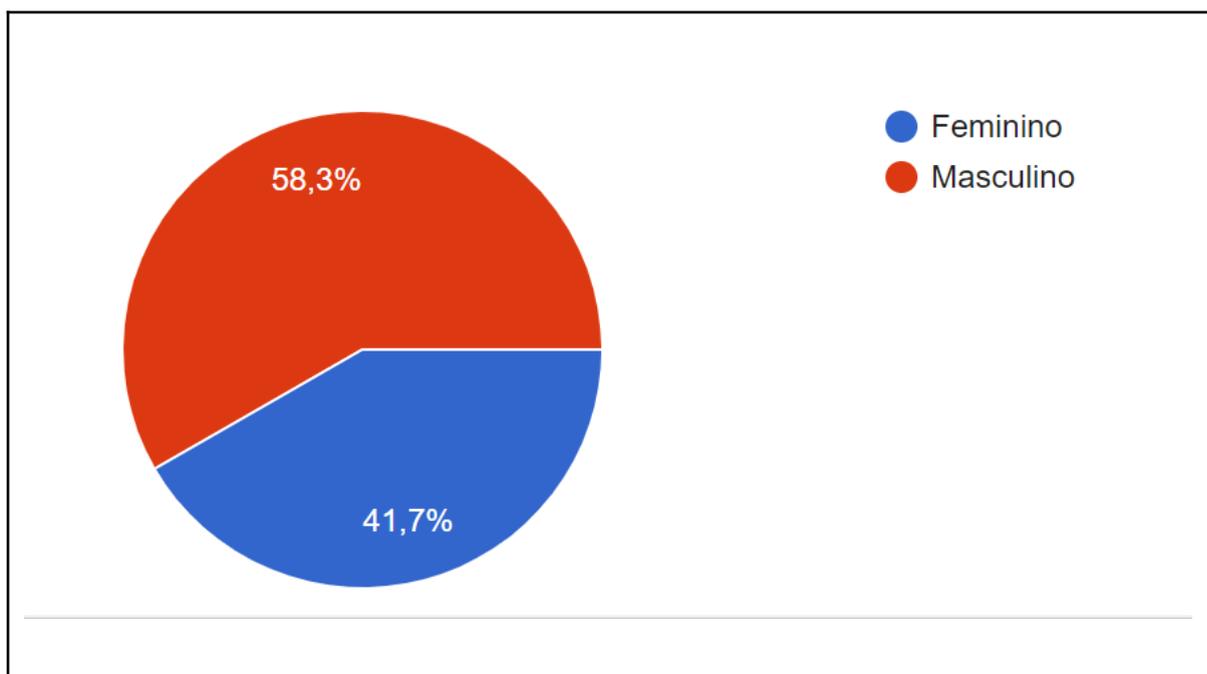
Pontos como falta de motivação da equipe, falta de motivação pessoal, não foram pontos considerados como um dificultador no seu ambiente de trabalho, citado pelos gestores na pesquisa. Porém os achados anteriores podem posteriormente, com o passar do tempo, se tornar um forte fator de risco para a desmotivação com o trabalho, tanto por parte do gestor como de sua equipe.

4.2 Usuários e os Serviços de Atendimento Especializado ao HIV/AIDS

Aplicar o questionário nos usuários dos Serviços de Atendimento Especializado ao HIV/AIDS do Vale do Paranhana/RS, nos permite realizar um contraponto com os dados coletados através das pesquisas com os gestores. Entender a percepção dos beneficiados com as práticas assistenciais prestadas pelo SAE é uma forma de compreendermos de maneira mais clara, até mesmo as próprias práticas prestadas por esses gestores e de que forma elas chegam e impactam a realidade dessas pessoas.

Iniciamos com a descrição do perfil sociodemográfico dos 12 usuários que responderam o questionário e fizeram parte da amostra pesquisada. Quando questionado o sexo desses usuários, 58,3 % deles são do sexo Masculino e 41,7 % do sexo feminino, como podemos observar no Gráfico 13.

Gráfico 6 - Sexo dos usuários.



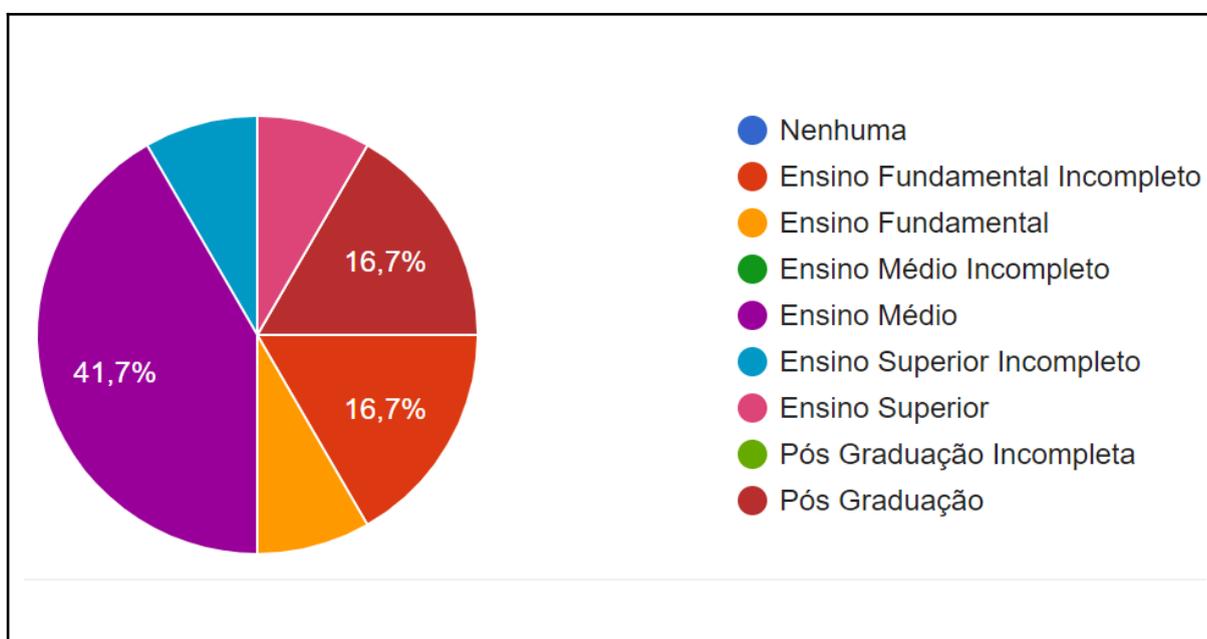
Fonte: Dados da pesquisa (2021)

No Gráfico 14, podemos observar que a escolaridade que prevalece entre esses usuários é o Ensino Médio completo (41,7 %), seguido de Ensino

Fundamental Incompleto e Pós Graduação que encontra-se ambas com 16,7% dos respondentes.

Uma baixa escolaridade entre as pessoas que vivem com HIV/AIDS nos permite fazer uma reflexão diante das demandas por conhecimentos específicos sobre a doença, e facilita o entendimento dos riscos de contágio quando as informações são providas por meio da mídia, familiares, ONGs e serviços.

Gráfico 7 - Escolaridade dos usuários.

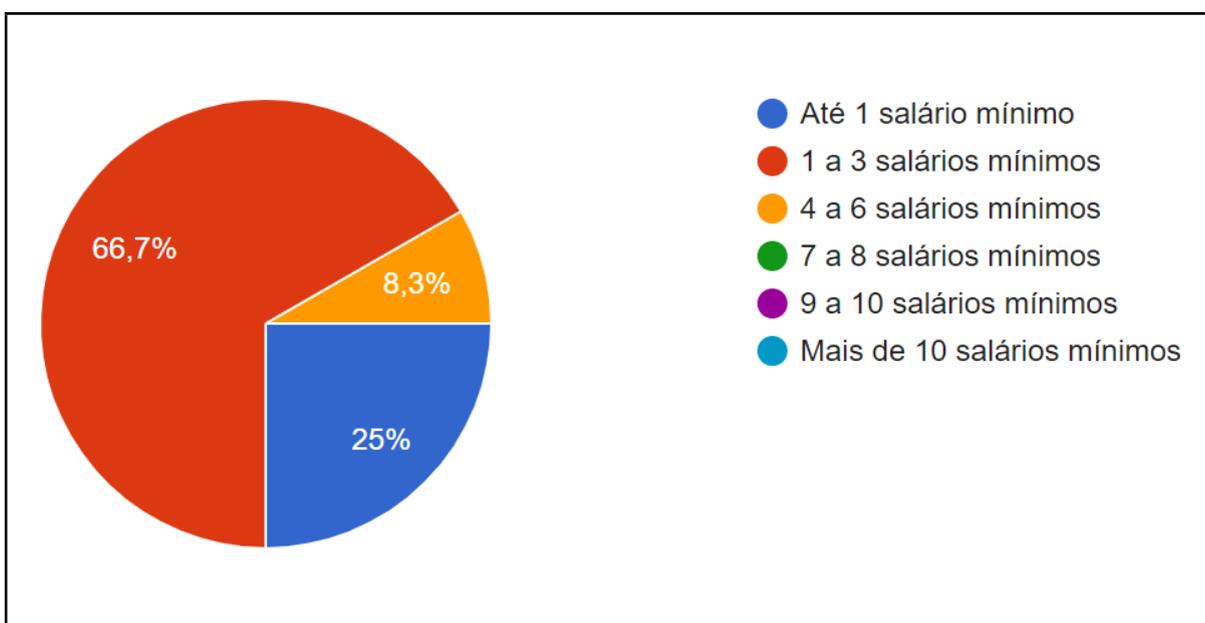


Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A renda aproximada (Gráfico 15) podemos observar que a maioria dos usuários que participaram da pesquisa possuem entre 1 e 3 salários mínimos de renda mensal, correspondendo a 66,7 % deles.

Uma renda mensal baixa e a contaminação por HIV, nos faz refletir sobre esse fato ser um problema multidimensional que vai além de questões econômicas. Nesse contexto de fragilidade torna o indivíduo mais vulnerável devido à carência dos insumos necessários para o seu desenvolvimento, podendo se tornar suscetíveis às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

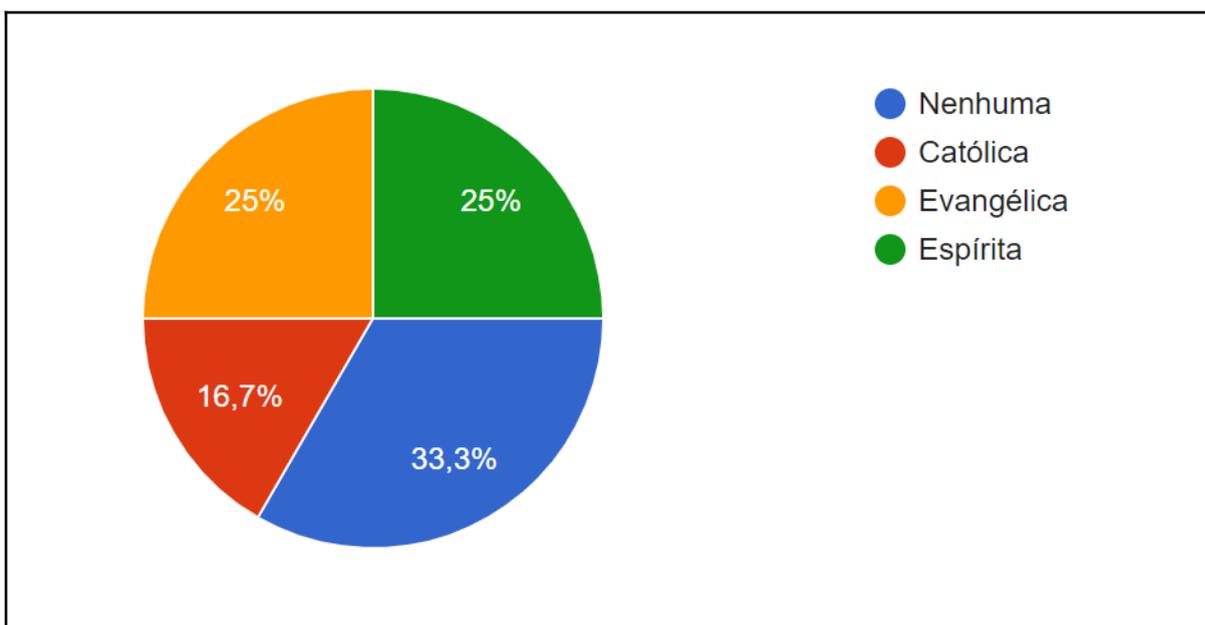
Gráfico 8 - Renda mensal aproximada.



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Quando questionado sobre a religião, obtivemos respostas homogeneamente distribuídas entre as opções, que são Nenhuma religião (16,7 %), Católica (33,3 %), Evangélica (25 %), Espírita (25 %), como podemos observar no gráfico 16.

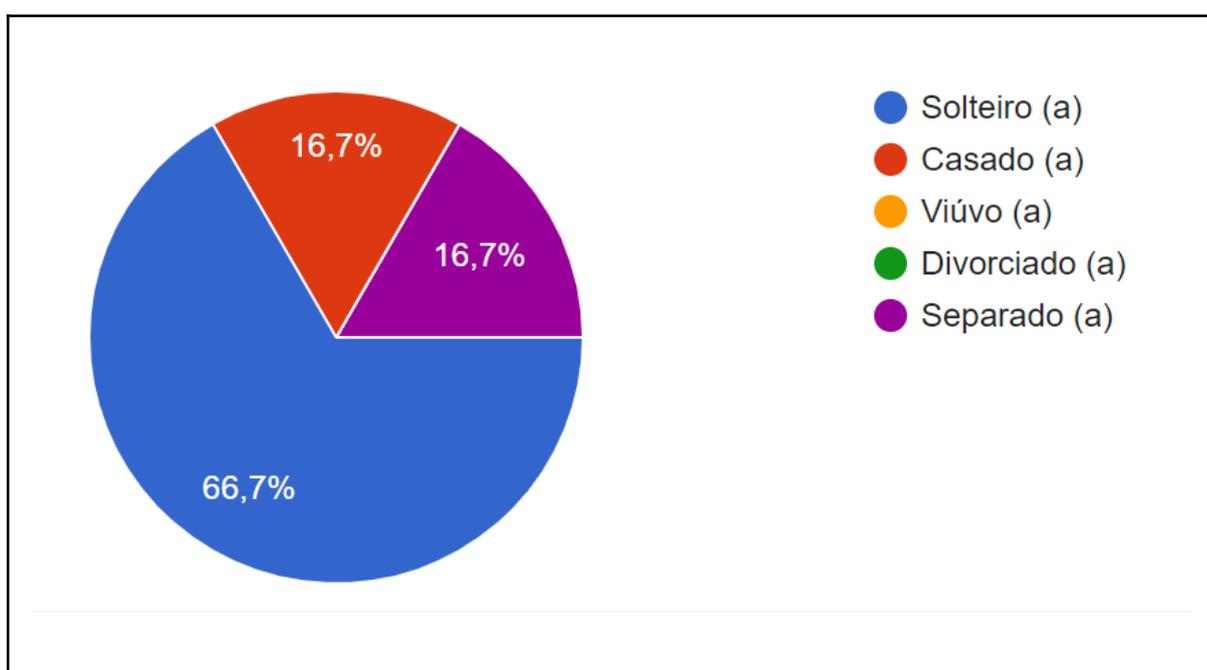
Gráfico 9 - Religião dos usuários.



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

No estado civil, a prevalência é a opção solteira entre os respondentes que corresponde a 66,7%, seguido de separado e casado com 16,7 % (Gráfico 17). A dificuldade de estar e de se manter em um relacionamento sorodiferente, que corresponde ao fato de apenas um dos parceiros (as) viver com o vírus, já foi discutido por Canini (2004), que faz uma relação entre o viver com vírus e os estigmas e preconceitos que rodeiam essa temática, entendendo que o vírus impacta diretamente na vida afetiva do indivíduo.

Gráfico 10 - Estado civil dos usuários.

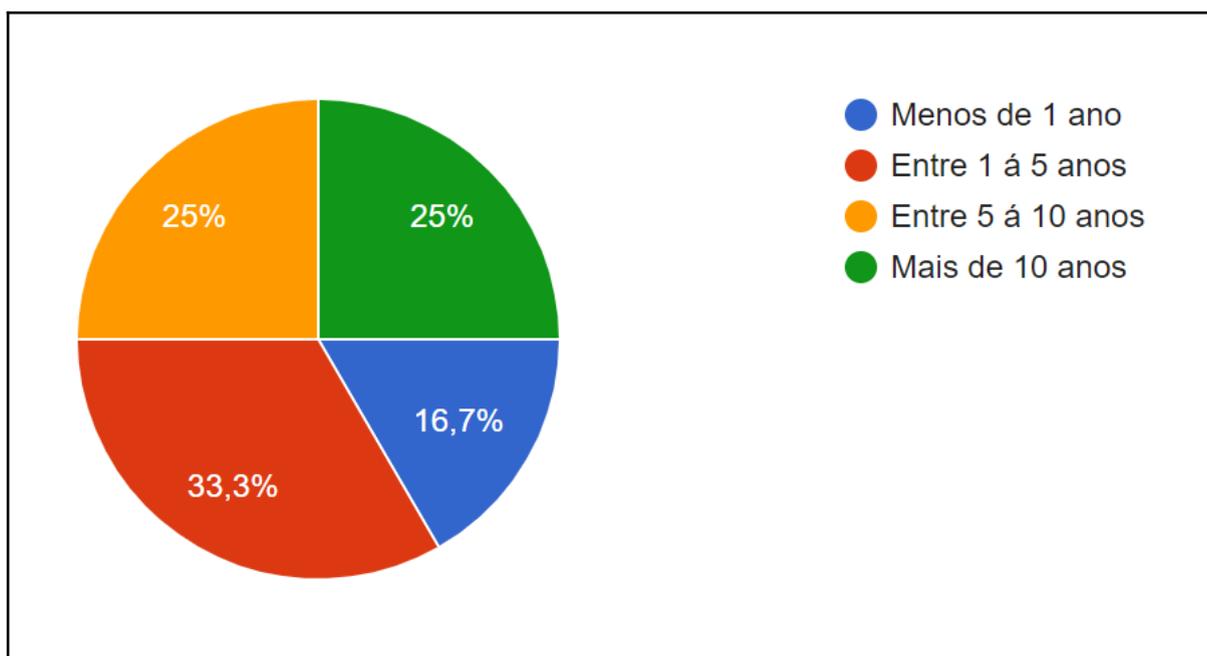


Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Foi questionado aos usuários, a quanto tempo você recebeu o diagnóstico positivo para HIV, entendendo que para o sucesso terapêutico existe uma forte relação do diagnóstico positivo e o tempo, pois o tempo necessário para Tratamento Antirretroviral conseguir reduzir a carga viral e aumentar as células de TCD4 (MYAIDA, *et al.* 2017). Como o tempo de tratamento é importante na criação de vínculo com o serviço de atendimento especializado no qual o usuário realiza seu acompanhamento, como também no combate ao preconceito e estigmas relacionado ao vírus quando recebe o diagnóstico (ZUCCHI, *et al.* 2018).

No gráfico 18, podemos observar que a maioria dos usuários entrevistados possuíam mais de 1 ano de diagnóstico, sendo que 25 % deles possuíam mais de 10 anos de tempo de diagnóstico positivo para o vírus.

Gráfico 11 - Tempo de diagnóstico para o vírus.



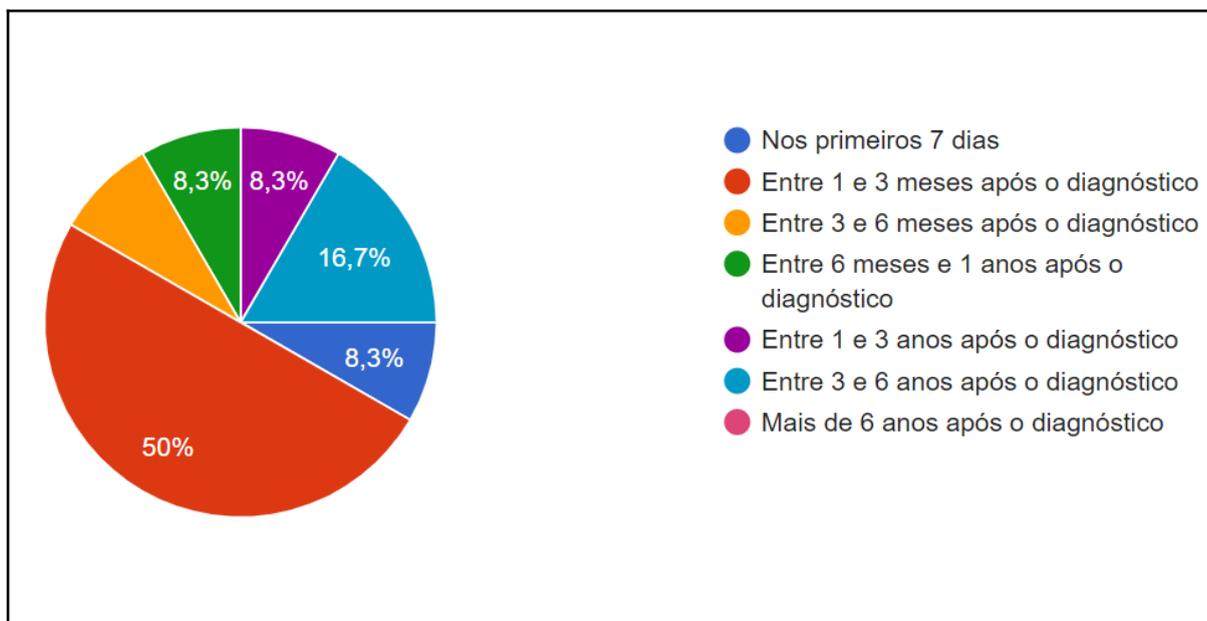
Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Essa relação do tempo com o tratamento antirretroviral citada por Myaida, *et al.* (2017), também está associada ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, que não necessariamente podem estar próximos um do outro. Pois a relação do preconceito do indivíduo quando o próprio diagnóstico, faz com que o mesmo passe por uma fase chamada por Zucchi, *et al.* (2018) de fase de negação ou auto aceitação, que resultando no adiamento do início da TARV, possibilitando que a carga viral continua a subir degradando o sistema imunológico desse usuário.

Entre os respondentes, o início do tratamento antirretroviral em relação ao diagnóstico foi de 1 a 3 meses, para 50 % deles. Porém 16,7 % deles responderam que o tempo entre o início da TARV após o diagnóstico foi maior de 3 anos. O que

nos leva a refletir sobre o comportamento sexual desse usuário dentro desse período, podendo ou não ter transmitido para inúmeras outras pessoas.

Gráfico 12 - Tempo entre diagnóstico de HIV e início da TARV.

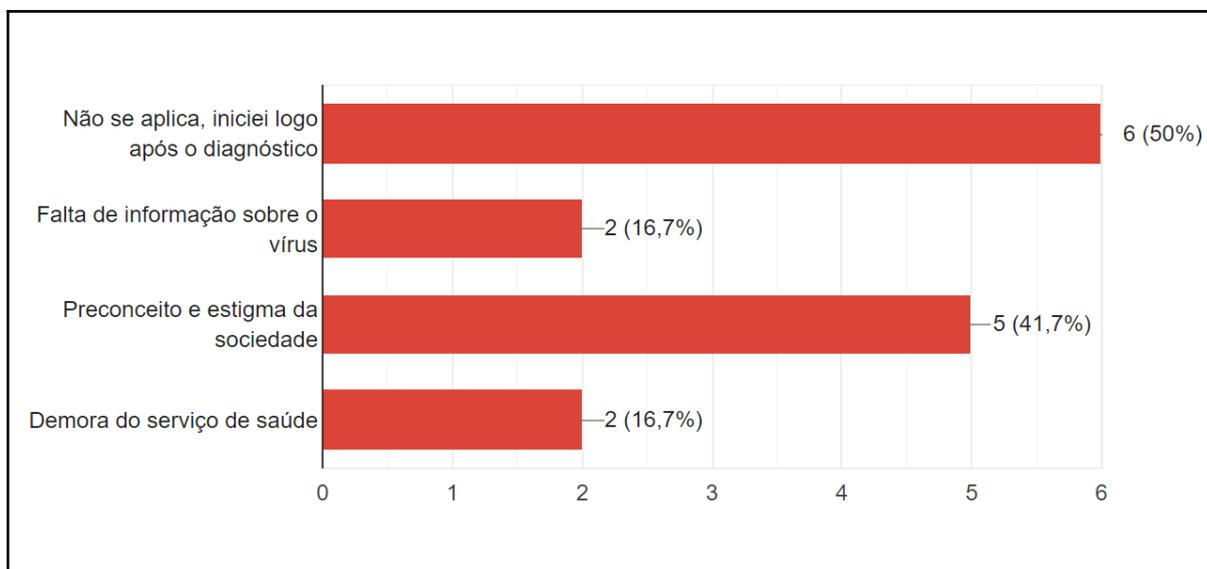


Fonte: Dados da pesquisa (2021)

O tempo entre o início da terapia antirretroviral após receber o diagnóstico de viver com o vírus causador da AIDS, além de preconceito e estigmas como os citados por Zucchi, *et al.* (2018), também pode haver outros fatores importantes e que podem ser trabalhados e discutidos entre os gestores dos serviços, como por exemplo a falta de informação do usuário quanto o que é o vírus da imunodeficiência adquirida e também a espera causada pelo próprio serviço de saúde.

Essas relações e fatores que podem estar associadas ao tempo entre o início da TARV e o diagnóstico foi questionado aos usuários através de uma pergunta de múltipla escolha, onde o respondente poderia selecionar mais de uma das respostas citadas, como podemos observar no Gráfico 20.

Gráfico 13 - Fatores que influenciaram para o início da TARV, após o diagnóstico.

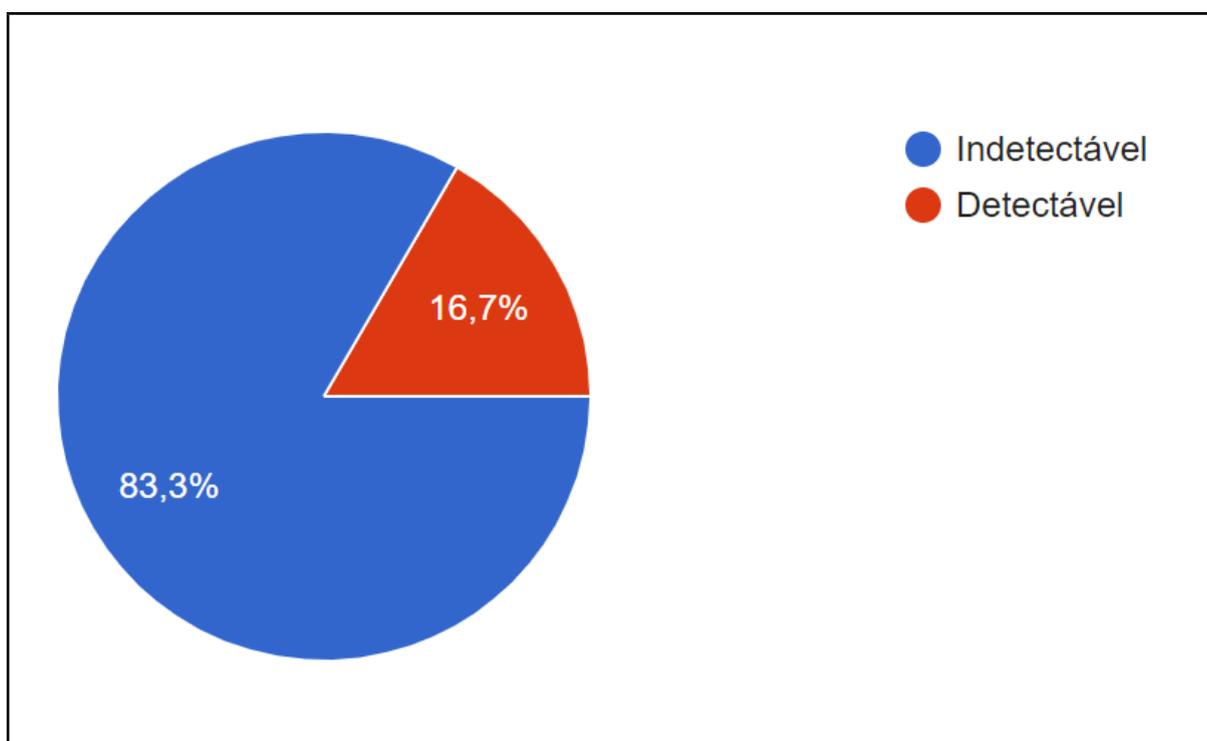


Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Podemos observar que para 50 % deles as opções não se aplica, devido ao fato de terem iniciado rapidamente seu tratamento, em relação ao diagnóstico (Gráfico 19), mas para 41,7 % deles o preconceito e estigma da sociedade tiveram relação com a tempo, para o usuário iniciar seu tratamento e acompanhamento para o vírus na SAE. Seguido de 16,7 % que afirmam que essa relação está entre a falta de informação sobre o vírus e a demora do serviço de saúde.

Conseguir controlar a carga viral, tornando-a indetectável é objetivo principal do tratamento antirretroviral, como consequência o aumento das células de defesa (T-CD4+) isso faz com que o indivíduo mantém uma vida saudável, principalmente quando associado a TARV a alimentação saudável e atividade física (UNAIDS, 2018). No gráfico 21, podemos observar que 83,3 % dos usuários respondentes da pesquisa possuem carga viral indetectável, que corresponde uma boa adesão ao tratamento medicamentoso e o controle da carga viral.

Gráfico 14 - Carga viral dos usuários.

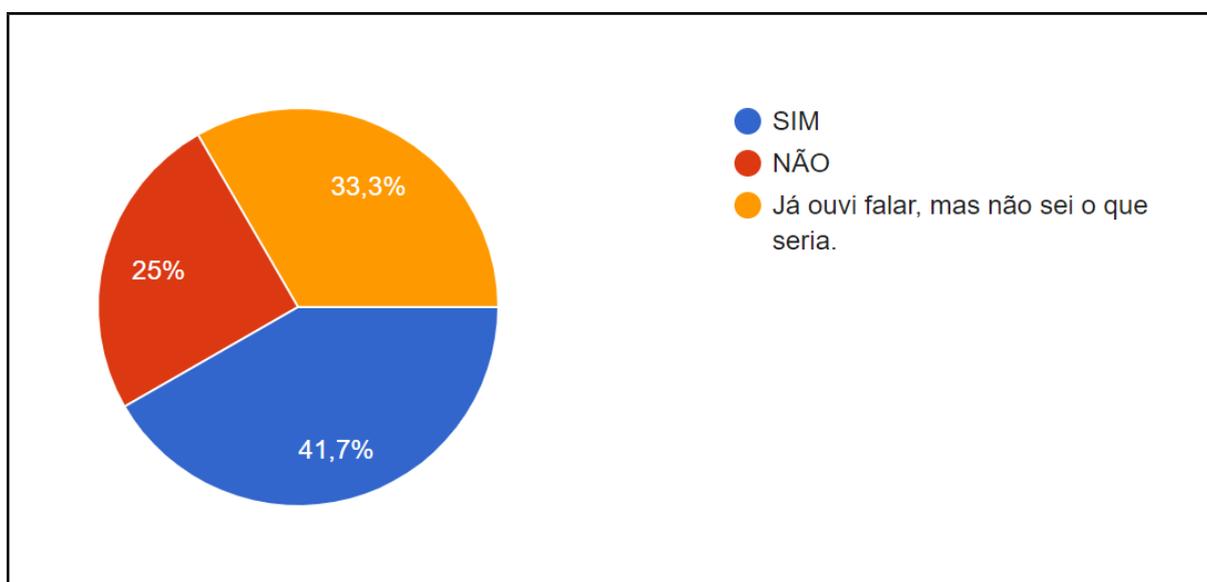


Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Conforme apresentado no Gráfico 8, onde os Gestores responderam sobre a dispensação da PrEP na SAE, questionou-se também os usuários sobre o conhecimento acerca dessa profilaxia e prática assistencial emergente entre as políticas públicas de prevenção ao HIV (ZUCCHI, *et al.* 2018). Isso evidencia a sua importância frente ao controle da epidemia de HIV que vivemos nos dias atuais.

Entre os pacientes, as respostas ficaram entre as opções, **sim** (quando conhecer o que seria a PrEP), **não** (quando desconhecer o que seria a PrEP) e **já ouvi falar, mas não sei o que seria** (opção para apontar um conhecimento insuficiente frente a essa estratégia). Obtiveram 41,7 % deles respondendo conhecer a política de prevenção e 58,3 % dos usuários ficaram entre as respostas negativas ao conhecimento, como podemos observar no gráfico 22.

Gráfico 15 - Conhecimento do usuário acerca da PrEP.



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

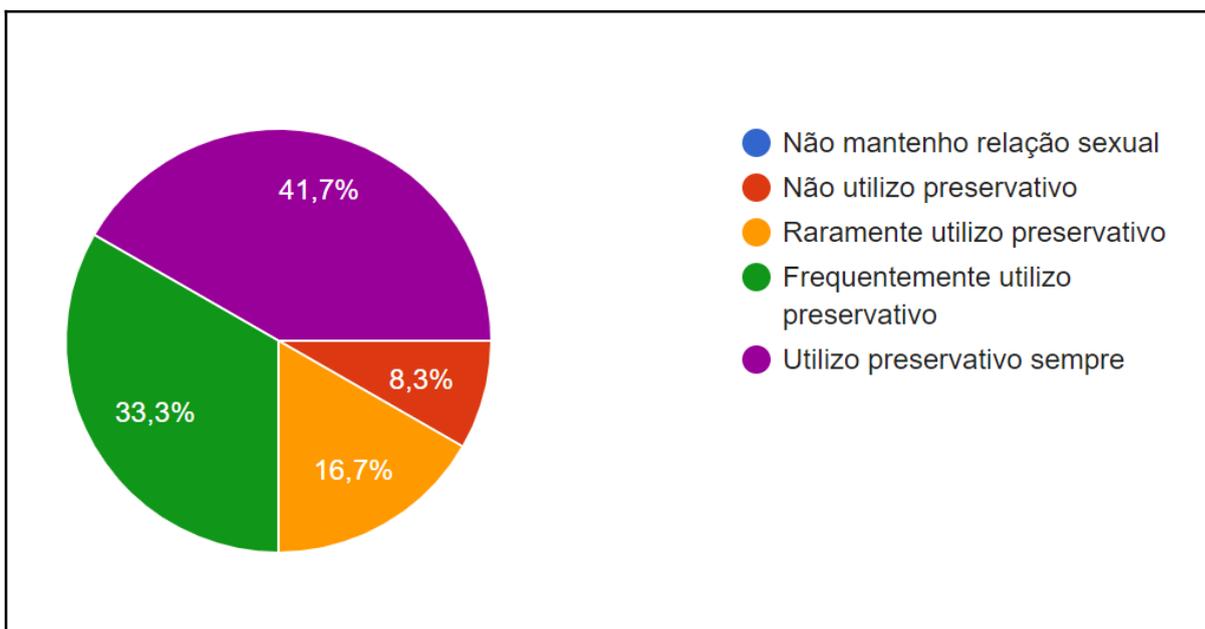
A disseminação de informações como a disponibilização da PrEP, sendo uma política pública de prevenção ao HIV nos serviços de atendimentos especializados, entre os usuários que realizam acompanhamento no serviço de saúde, reforça o compromisso entre o profissional de saúde com a pessoa que vive com o vírus, bem como a preocupação com o controle da disseminação e contaminação de novos casos.

A PrEP se caracteriza por ser uma política pública de prevenção a novos casos através de um antirretroviral, causando uma proteção sistêmica no organismo humano contra a contaminação de HIV (BRASIL, 2019). Diferente do preservativo, que cria uma barreira mecânica/física contra secreções e fluidos sexuais potencialmente contaminados pelo vírus causador da AIDS (DOURADO, et al. 2019).

No gráfico 23 consta as respostas dos usuários referente ao uso do preservativo em suas relações sexuais, podemos observar que 41,7 % afirmaram utilizar preservativo em todas as relações sexuais, 33,3 % frequentemente utilizam

preservativo, 16,7 % raramente utilizam esse método de prevenção e 8,3 % responderam não utilizar preservativo.

Gráfico 16 - Utilização de preservativo pelos usuários em suas relações sexuais.



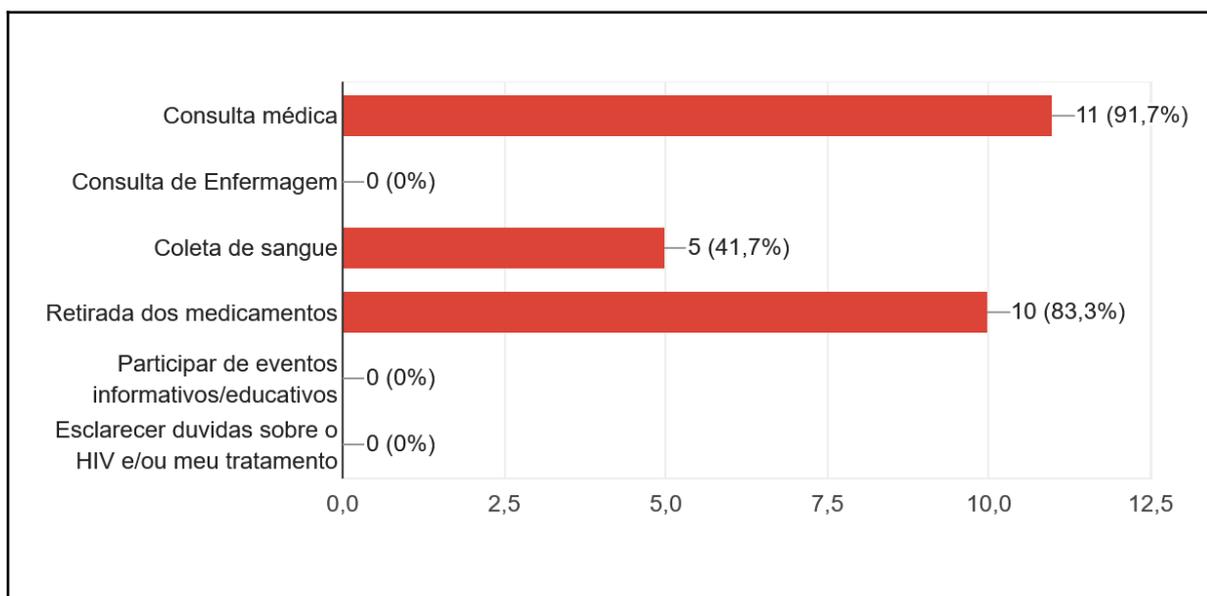
Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Nesse sentido, a compreensão e entendimento do usuário quanto a importância da adesão às estratégias de prevenção disponíveis nos Serviços de Atendimento Especializado, parte através de uma fomentação dessas estratégias durante ações educativas desenvolvidas para essa população dentro dos serviços.

O usuário ao buscar atendimento no serviço de saúde onde realiza seu acompanhamento, pode participar de consultas médicas, consultas de enfermagem, coleta de sangue para análise e contagem de carga viral e TCD4, retirada do seu tratamento antirretroviral, participar de eventos informativos/educativos e ainda esclarecer dúvidas sobre o vírus e seu tratamento.

No Gráfico 24, consta as respostas dos usuários referente aos motivos que os fazem procurar o SAE.

Gráfico 17 - Motivos que levam o usuário a procurar o SAE.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Os motivos que levam os pacientes que fazem acompanhamento na SAE em estudo, a buscar a unidade de saúde, conforme gráfico 24, não são aqueles voltados à educação em saúde, grupos terapêuticos ou consultas com profissionais de enfermagem. A compreensão de que o Serviço de Atendimento Especializado, é um espaço para buscar informações confiáveis e aprender novos métodos e formas de prevenção ao HIV, além da aplicação de tecnologias duras em saúde, como a coleta de exames de sangue para acompanhamento viral, deve permear as práticas prestadas (GUILHERME *et al*, 2019).

Como consta na descrição do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, que apresenta informações acerca da Saúde e Bem estar: As mortes podem ser evitadas por meio de prevenção, tratamento, educação em saúde, campanhas e

cuidados de reprodução sexual, a educação em saúde também está presente nas estratégias de prevenção de doenças e promoção de saúde à população.

É importante discutir a relação do papel do enfermeiro como protagonista da educação em saúde, principalmente em cenários com populações de maior vulnerabilidade, como o de pessoas que vivem com HIV. Na pesquisa os gestores em estudo tinham como profissão a Enfermagem, onde nos permite refletir sobre o empoderamento enquanto profissionais enfermeiros na educação em saúde dentro desses serviços.

O Conselho Federal de Enfermagem (2018), destaca que entre as atribuições do enfermeiro está a consulta de enfermagem, sendo essa, uma função privativa desta categoria. E dentro da consulta de enfermagem o enfermeiro aborda, entre outros, a educação em saúde, fazendo orientações que empoderam o usuário frente ao seu autocuidado e de terceiros (COFEN, 2018).

A ausência da participação do usuário que vive com HIV na participação de eventos e ações educativas dentro do Serviço de Atendimento Especializado do Vale do Paranhana, como podemos observar no Gráfico 24, quando associado a não procura por consultas de enfermagem dentro do mesmo serviço, nos mostra que essa população pode estar deficitária diante dessas ações.

Diante da importância da utilização dessa ferramenta como forma de orientar/informar/educar aos usuários e comunidade, diante de temáticas associadas à saúde e a inexistência da aderência/oferta das mesmas no SAE em estudo é possível identificar uma fragilidade importante desses serviços.

5. CONCLUSÃO

A escrita deste trabalho e o interesse pela temática só foi possível devido a oportunidade de estar próximo ao atendimento a pessoa que vive com HIV/AIDS, e realiza acompanhamento em SAE, durante minha trajetória acadêmica em 2015 e 2016. Os aprendizados possibilitados pela vivência no SAE e a troca de experiências com os funcionários e usuários despertaram motivação para explorar os dados trabalhados nesta dissertação.

Cabe ressaltar, que em parte, a motivação foi desencadeada por experienciar a rotina de um serviço que se esforça para atender a uma população estigmatizada e em situação de vulnerabilidade social. Além disso, desenvolvi o interesse especificamente sobre a temática das práticas assistenciais prestadas às pessoas vivendo com HIV/AIDS por ser ainda desafiante para o gestor, atuar diante da temática e o quanto as estratégias traçadas por ele impactam diretamente na vida dos indivíduos acompanhados nos serviços.

A revisão da literatura realizada na primeira parte deste trabalho buscou abranger aspectos importantes para a compreensão da historicidade do vírus e elencar as atuais estratégias de prevenção ao HIV, adotadas pelo Ministério da Saúde para a distribuição no SUS e ainda fazer uma relação entre o controle da pandemia e o desenvolvimento humano e regional.

A literatura sobre a temática do HIV, destaca os estigmas e preconceitos, lançados sobre o vírus advindo da historicidade da AIDS no Brasil e no mundo. Também elenca as políticas públicas de saúde de prevenção emergentes para o controle da pandemia, como a PrEP e PEP. E o quanto o controle da pandemia de HIV pode relacionar-se aos indicadores de saúde das regiões e contribuir a partir disso para o desenvolvimento humano e regional.

Como principal achado da pesquisa, destaca-se que os SAEs no Município do Vale do Paranhana/RS, adotam as seguintes estratégias de prevenção e controle do vírus causador da AIDS, como: dispensação do TARV para todos os usuários em

acompanhamento no serviço, coleta de material biológico para contagem de carga viral e de células TCD4, disponibilização de Testes rápidos de HIV para usuários e população, dispensação de PEP, disponibilização de preservativo masculino e feminino. E, cabe dizer, que em apenas um dos SAE ainda dispões da dispensação da PrEP e busca ativa de casos de abandono de tratamento e de parceiros sorodiferentes.

A partir da identificação dessas estratégias de prevenção prestadas pelos SAE da região do Vale do Paranhana/RS, os dois serviços que fizeram parte da pesquisa oferecem para os usuários que vivem com HIV/AIDS estratégias de acompanhamento para o vírus - capaz de proporcionar ao usuário uma melhor qualidade de vida e controle de sua carga viral, sendo esses o principal objetivo da TARV oferecida.

A execução das políticas públicas de prevenção ao HIV encontradas nos SAE de HIV/AIDS do Município do Vale do Paranhana/RS, corroboram em uma melhor adesão ao TARV e acompanhamento regular dos usuários na unidade de saúde. Sendo considerada essa uma grande potencialidade do serviço, a adesão a TARV e o acompanhamento da carga viral e TCD4+ são de suma importância para o controle da transmissão do vírus pelas pessoas que vivem com HIV.

Foi possível identificar ainda que os SAE a pessoas que vivem com HIV na região estudada, possuem fragilidades como a dificuldade de implementação de ações educativas em saúde. Essas fragilidades são encontradas tanto na implementação dessas estratégias para os usuários dos serviços; como grupos terapêuticos, grupos de convivência e ações informativas, mas também, não foi identificado ações realizadas para usuários da rede em atenção a saúde dos municípios, como divulgação de métodos de prevenção, eventos de debate e fala sobre o vírus.

Pois na totalidade dos questionamentos realizados para os gestores, não foi possível identificar estratégias de prevenção voltada para a informação da população, acerca da divulgação dos métodos disponíveis na SAE para a prevenção de HIV. Como também as ações de saúde esperadas pelo Ministério da Saúde como

papel fundamental do serviço frente ao combate ao estigma e preconceito existente sobre a temática.

A partir das respostas dos usuários foi possível também identificar essa fragilidade encontrada no SAE, pois os pacientes têm no serviço um local para acompanhamento do seu diagnóstico apenas, não percebendo o serviço como um local de educação em saúde, onde as estratégias traçadas pelos gestores vão além do tratamento medicamentoso da pessoa que vive com HIV.

Concluimos com isso, que apesar das inúmeras práticas assistenciais à saúde às pessoas com HIV/AIDS, das políticas públicas de combate à HIV/AIDS apresentarem um nível de excelência, ainda apresentam grandes desafios em sua execução, nos dos SAE da região do Vale do Paranhana/RS.

Espera-se então que com essa pesquisa possam surgir novos estudos acerca da temática dentro desses serviços, buscando, assim, estabelecer estratégias que visem auxiliar os gestores na identificação de lacunas a serem preenchidas para alcançar uma assistência que se aproxima dos princípios do SUS.

E sugere-se aos gestores, buscar infundir na população informações acerca das práticas assistenciais oferecidas dentro de seus serviços, realizar campanhas de educação em saúde em lugares estratégicos dentro de seus municípios, como praças e áreas públicas.

Também se sugere como estratégias para atendimento a pessoa que vive com HIV/AIDS utilizar da mídia local, como uma ferramenta de espalhar informação sobre o vírus do HIV – a fim de combater o preconceito e o estigma social e, - dentro das SAE possibilitar momentos de convivência e troca de saberes entre os usuários que buscam o serviço.

LIMITAÇÃO DO ESTUDO

No decorrer do estudo e durante a coleta de dados, a pesquisa deparou-se com um dificultador não planejado pelo pesquisador, a Pandemia da Covid-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) que se apresentou como um dos maiores desafios sanitários em escala global. Visto o fato, de haver conhecimento científico insuficiente sobre o SARS-CoV-2. Situação essa que se tornou um problema ainda maior frente ao cenário de desigualdade social que o Brasil apresenta.

Desta forma, a Pandemia do COVID-19 devido às restrições sanitárias, de isolamento social, necessárias para combater o SARS-CoV-2 acabou por afastar os usuários dos serviços de saúde e também forçar os SAE do Município Vale do Paranhana/RS a criar estratégias para acompanhamento dos usuários *online* - de forma que não houvesse a necessidade do comparecimento do usuário frequente no serviço.

Resultando, assim, na inclusão de uma amostra aquém da esperada de usuários na pesquisa, alcançando um número total de 12 (n=100%) de usuários portadores do HIV/AIDS que eram/são atendidos nas diferentes unidades de saúde do Município Vale do Paranhana/RS. Espera-se, que pesquisas futuras, possam dar continuidade ao estudo para aprimoramento dos resultados da pesquisa e aprimoramento das potencialidades e fragilidades das práticas assistenciais prestadas aos pacientes que vivem com o HIV/AIDS no Município do Vale do Paranhana/RS.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, C. P. Políticas públicas de saúde e bem-estar social: fronteiras entre o financiamento público e privado no Brasil e em Portugal. Estudos de Sociologia. v. 1, n. 23. Recife - 2017.

AGOSTINI, R. et al. **A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise.** Ciência & Saúde Coletiva, 2019.

ALTHOFF, K. N. et al. **A picture is worth a thousand words: maps of HIV indicators to inform research, programs, and policy from NA-ACCORD and CCASAnet clinical cohorts.** Journal of the International AIDS Society 2016.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** Secretaria de Vigilância em Saúde - Dezembro de 2019.

BRASIL, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** Disponível em: www.br.undp.org/content/brazil/home/sustainable-development-goals Acessado: 07/09/2020 às 19:23 hrs.

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV. Secretaria de vigilância em saúde. Brasília - DF, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 12 de dezembro de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. História da Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo#:~:text=Hist%C3%B3ria%20da%20Aids%20%2D%201982&text=Adota%2Dse%20temporariamente%20o%20nome,para%20as%20profissionais%20do%20sexo>). Acesso em: 03/11/2021 às 14:25 hr.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica manual para a equipe multiprofissional. Brasília - DF, 2017.

BRASIL, PNUD. Índice de Desenvolvimento Humano. Desenvolvimento Humano e IDH. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>. Acesso em: 18/12/2021.

CANINI, S. R. M. S. *et al.* **Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão da literatura**. Rev Latino-americana de Enfermagem - Dezembro de 2004.

CAMPOS, J. R. N. Políticas públicas para o enfrentamento do HIV / AIDS em países com sistema universal e gratuito de saúde: uma análise segundo a UNAIDS. Research, Society and Development, v. 10, n. 2, - 2021.

CERVO, A. L. *et al.* Metodologia científica. 6 ed. São Paulo. Person Prentice Hall, 2006.

COFEN, Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html#:~:text=A%20equipe%20de%20enfermagem%20%C3%A9,presen%C3%A7a%20de%2015%25%20dos%20homens. Acesso em: 02/11/2021 às 17:03 hr.

CNN Brasil. Há 40 anos, primeiros casos de Aids eram relatados nos EUA. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/ha-40-anos-primeiros-casos-de-aids-eram-relatados-nos-eua/>. Acesso em: 03/11/2021 às 10:37 hr.

CORREA, M. A. O impacto do investimento em saúde pública no desenvolvimento econômico e social: análise do município de Paraná. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão e Desenvolvimento Regional de Mestrado da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. UNIOESTE. Francisco Beltrão - 2016.

COSTA, L. S. *et al.* Saúde e desenvolvimento: um diálogo com o pensamento de Celso Furtado. Ciência & Saúde Coletiva - 2017.

DOURADO, L. *et al.* **Revisitando o uso do preservativo no Brasil**. Revista Brasileira de Epidemiologia, Setembro, 2015.

FAZITO, E. L. Causes of death among people living with HIV/AIDS in Brazil. Centers for Disease Control and Prevention, Global Aids Program Brazil. Março - 2010.

FISCH, P. Diagnóstico de HIV/AIDS e o uso de Antirretrovirais em mulheres usuárias do Serviço de Atendimento Especializado de Porto Alegre. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Programa de Pós Graduação em Epidemiologia. Dezembro - 2012.

FONSECA, E. M.; BASTO, F. I. Evolution of HIV/AIDS response in Brazil: Policy innovations and challenges in the fourth decade of the epidemic. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Grant/Award Number: 2015.

GADELHA, C. A. G. *et al.* Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo - 2011.

GADELHA, C. A. G.; COSA, L. S. A saúde na política nacional de desenvolvimento um novo olhar sobre os desafios da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde. Rio de Janeiro - 2013.

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

GUTIERREZ, E. B. et al. **Fatores associados ao uso de preservativo em jovens – inquérito de base populacional**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2019.

KNECHTEL, Maria do Rosário. Metodologia da pesquisa em educação: uma

abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes, 2014.

SOUZA, J. M. *et al.* **Precarização dos Serviços de Saúde e suas implicações no processo de trabalho em saúde na atenção primária à saúde em Fortaleza.** Universidade Federal de Maranhão - UFMA. Maranhão - 2017.

MYAIDA, S. *et al.* **Treatment adherence in patients living with HIV/AIDS assisted at a specialized facility in Brazil.** Rev Soc Bras Med Trop, September-October, 2017.

MIRKO GRMEK; O enigma do aparecimento da Aids, Estudos Avançados - 1995.

MORAES J. T., NASCIMENTO R. L. F. **Planejamento estratégico e implantação dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais em uma capital brasileira: relato de experiência.** Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, jan./mar., 2016.

OLIVEIRA, M. I .C. *et al.* **Fatores associados à submissão ao teste rápido anti-HIV na assistência ao parto** Ciência & Saúde Coletiva, 23(2):575-584, 2018.

ONG. Grupo de Apoio à Prevenção à Aids: Quem somos. Disponível em: <https://www.vivaogapa.minhaportoalegre.org.br/#block-3157>. Acesso em: 03/11/2021 às 14:40 hr.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, [online] 9 May, 2011.

PINTO, M. E., STRUCHINER, C.J; A diversidade do HIV-1: uma ferramenta para o estudo da pandemia - Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 473-484, mar, 2006.

PILARSKI, M. M. MYSZCZUK, A. P. Políticas Públicas, Saúde Universal e Desenvolvimento Regional: Análise orçamentária do programa de fortalecimento do Sistema Unidade de Saúde do Ministério de Saúde de 2015 a 2018. G&DR. V. 15, N. 6, Edição Especial, P. 78-92, nov/2019. Taubaté, SP, Brasil.

REBELLO, L.E.F.S.; GOMES, R.; SOUZA, A.C.B. **Homens e a prevenção da aids: análise da produção do conhecimento da área da saúde.** COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.15, jan./mar. 2011.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.403 412, 2015.

RIBEIRO, L. H. L. *et al.* Elementos para o Planejamento Regional em Saúde. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

SILVA, C. G. S. Serviço de Assistência Especializada (SAE): Uma Experiência Profissional. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2007.

SOUSA, A. M. *et al.* A política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. J Manag Prim Health Care - 2012.

SUFFI, Sahid. Desenvolvimento Regional: Uma Abordagem Através De Cluster da Saúde. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. UFSC. Florianópolis, 2002.

VIANNA, S. B.; VILLELA, A. O pós-Guerra (1945-1955). In: GIAMBIZZI, F. *et al.* Economia Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: Elsevier - 2011.

VILLARINHO, M. V. *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. Rev Bras Enferm, Brasília - març. 2013.

UNAIDS. Indetectável = Intransmissível, saúde pública e supressão da carga viral do HIV. 2018.

ZUCCHI, E. M., et al. **Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade.** Cad. Saúde Pública 2018.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado Participante, você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa PRÁTICA ASSISTENCIAL PRESTADA AO PACIENTE QUE VIVE COM HIV/AIDS EM SERVIÇOS ESPECIALIZADOS, desenvolvida pelo Mestrando Maisson da Silva Berg, aluno (a) de Mestrado em Desenvolvimento Regional, sob orientação do Professor (a) Drº. Roberto Tadeu Ramos Morais e coorientação do Professor (a) Drº Claudia Capellari.

O objetivo central do estudo é: Analisar as práticas assistenciais prestadas aos pacientes que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em unidades de serviços de atendimento especializado de HIV/AIDS da área de abrangência da 1º Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul.

Este estudo justifica-se por poder contribuir para a melhoria e aperfeiçoamento das práticas assistenciais prestadas pelos profissionais de saúde dos Serviços de Atendimento Especializado ao Tratamento de HIV/AIDS.

O convite a sua participação se deve ao papel desempenhado por você dentro dos Serviços de Atendimento Especializado de HIV/AIDS.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: Não será citado na pesquisa o nome do participante e o serviço a qual pertence.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa você estará amparado pela Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A sua participação consistirá em responder perguntas do questionário ao pesquisador do projeto. O tempo de duração para responder ao questionário a ser aplicado é de aproximadamente 15 á 20 minutos.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa resultará no aprofundamento da temática de práticas assistenciais prestadas ao paciente que vive com HIV/AIDS o que poderá gerar utilização em outros estudos.

O presente estudo apresenta riscos mínimos relacionados ao possível desconforto ao responder algumas perguntas pertinentes ao tema. Mas, se eventualmente isso ocorrer, poderá se manifestar para o (a) mestrando (a) pesquisador (a) e/ou seu/sua orientador (a) conforme explicitado neste termo.

Se você desejar saber sobre o resultado final da pesquisa da qual foi participante, contate com o pesquisador responsável cujos dados estão neste documento: após a coleta e finalização da pesquisa, os dados serão disponibilizados aos serviços de atendimento especializado de HIV/AIDS e/ou ao gestor participante em forma de infográfico.

Desde já agradeço sua disponibilidade na participação deste trabalho e coloco-me à disposição para quaisquer informações adicionais que possam ser necessárias. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua participação ou sobre a pesquisa ao pesquisador. Ao final da leitura do TCLE você deve tirar um print (instantâneo) da tela, de forma a armazenar a via do participante.

Nome do(a) mestrando(a) pesquisador: Maisson da Silva Berg

Telefone: 51 99996-1600

Nome do(a) orientador(a): Profº. Drº. Roberto Tadeu Ramos Morais

Telefone: 51 3541-6649

Nome do(a) coorientador(a): Profº. Drº Claudia Capellari

Telefone: 51 3541-6600

ANEXO B
CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o(a) pesquisador(a) **Maisson da Silva Berg** a desenvolver o seu projeto de pesquisa **PRÁTICA ASSISTENCIAL PRESTADA AO PACIENTE QUE VIVE COM HIV/AIDS EM SERVIÇOS ESPECIALIZADOS**, cujo objetivo é Analisar as práticas assistenciais prestadas aos pacientes que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em unidades de serviços de atendimento especializado de HIV/AIDS do Vale do Paranhana/RS.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, por parte do pesquisador, dos requisitos da Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados, o protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). Credenciado pelo sistema CEP/CONEP.

Assinatura do responsável:

_____.

Data: _____ / _____ / _____.

ANEXO C

QUESTIONÁRIO APLICADO AO PACIENTE

1 - Sexo:

- Feminino
- Masculino
- Outro:

2 - Escolaridade:

- Nenhuma
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior
- Pós Graduação Incompleta
- Pós Graduação

3 - Renda mensal aproximada:

- Até 1 salário mínimo
- 1 a 3 salários mínimos
- 4 a 6 salários mínimos
- 7 a 8 salários mínimos
- 9 a 10 salários mínimos
- Mais de 10 salários mínimos

4 - Religião:

- Nenhuma
- Católica
- Evangélica
- Espírita
- Outro:

5 - Estado Civil:

- Solteiro (a)
- Casado (a)
- Viúvo (a)
- Divorciado (a)

Separado (a)

6 - Qual seu município de residência:

Igrejinha/RS

Parobé/RS

Riozinho/RS

Rolante/RS

Taquara/RS

Três Coroas/RS

Outro:

7 - No Serviço de Atendimento Especializado (SAE) onde você faz seu acompanhamento, qual profissional de saúde você considera ter mais vínculo para falar sobre seu tratamento?

Assistente Social

Enfermeiro (a)

Farmacêutico (a)

Médico (a)

Psicóloga (a)

8 - Com que frequência você costuma procurar o SAE?

3 vezes ao mês

2 vezes ao mês

1 vez ao mês

A cada 2 meses

A cada 3 meses

A cada 6 meses

1 vez ao ano

Outro:

9 - Quais os principais motivos que levam você a ir ao SAE?

Consulta médica

Consulta de Enfermagem

Coleta de sangue

Retirada dos medicamentos

Participar de eventos informativos/educativos

Esclarecer dúvidas sobre o HIV e/ou meu tratamento

10 - Você conhece a Profilaxia Pré-Exposição Sexual (PreP) ao HIV?

SIM

- NÃO
- Já ouvi falar, mas não sei o que seria.

11 - Você conhece a Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEP) ao HIV?

- SIM
- NÃO
- Já ouvi falar, mas não sei o que seria.

12 - Antes do diagnóstico de viver com HIV, você tinha o hábito de fazer os testes rápidos disponibilizados nos Serviços de Saúde?

- Não sabia da existência dos testes
- Nunca havia feito testes
- Sim, fiz 1 vez.
- Sim, fazia 1 vez ao ano
- Sim, fazia a cada 6 meses
- Sim, fazia a cada 3 meses

13 - Como você considera a adesão do seu tratamento medicamentoso?

- Muito ruim
- Ruim
- Bom
- Muito bom

14 - Em suas relações sexuais, com que frequência você utiliza preservativo?

- Não mantenho relação sexual
- Não utilizo preservativo
- Raramente utilizo preservativo
- Frequentemente utilizo preservativo
- Utilizo preservativo sempre

15 - Com que frequência você participa de ações educativas (Palestras, rodas de conversas, grupos terapêuticos, dias de orientações) no SAE?

- Não tenho o conhecimento de haver essas ações
- Nunca participo
- Raramente participo
- Frequentemente participo
- Sempre participo

16 - Quais profissionais você costuma conversar e esclarecer dúvidas sobre o HIV e/ou seu tratamento?

- Assistente Social
- Enfermeiro (a)
- Farmacêutico (a)
- Médico (a)
- Psicólogo (a)

17 - Qual o seu interesse em participar de ações educativas sobre HIV (prevenção/tratamentos) ?

- Não tenho interesse
- Tenho pouco interesse
- Tenho interesse
- Tenho muito interesse

18 - Na sua percepção, qual o papel da SAE (Pode marcar mais de uma resposta)?

- Entregar os medicamentos
- Coletar exames laboratoriais
- Local para consulta médica
- Local de testagem para o HIV
- Local para esclarecer dúvidas sobre HIV
- Local para aprender meios de prevenção ao HIV
- Local que promove ações educativas em saúde

ANEXO D

QUESTIONÁRIO APLICADO AO GESTOR

1 - Sexo:

- Feminino
- Masculino
- Outro:

2 - Formação:

- Assistente Social
- Enfermeiro (a)
- Farmacêutico (a)
- Médico (a)
- Psicólogo (a)
- Outro:

3 - Tempo de formação:

- Até 1 ano
- De 1 ano a 4 anos
- 4 anos ou mais

4 - Possui alguma especialização? Se sim, qual (is)?

5 - Há quanto tempo atua no Serviço de Atendimento Especializado (SAE)?

6 - Você participou de alguma capacitação/treinamento sobre temas relacionados ao controle do HIV/ AIDS nos últimos 5 anos?

- SIM
- NÃO

7 - Você conhece os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável proposto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento?

- SIM
- NÃO

8 - O Serviço de Atendimento Especializado (SAE) existe há quanto tempo no município?

- Menos de 1 ano
- Entre 1 a 4 anos

- Entre 5 e 10 anos
- Mais de 10 anos

9 - Quantos usuários são cadastrados no SAE que você atua?

10 - O quadro de profissionais no SAE é composto por:

- Assistente Social
- Enfermeiro (a)
- Farmacêutico (a)
- Médico (a)
- Psicólogo (a)
- Outro:

11 - Quais municípios são atendidos pelo SAE?

- Igrejinha/RS
- Parobé/RS
- Riozinho/RS
- Rolante/RS
- Taquara/RS
- Três Coroas/RS
- Outro:

12 - Todas as pessoas com diagnóstico positivo para HIV/AIDS nos municípios de abrangência são referenciadas para o SAE?

- SIM
- NÃO

13 - Quais serviços são oferecidos no SAE?

- Dispensação do Tratamento Antirretroviral (TARV)
- Coleta de material biológico para exames laboratoriais
- Consultas médicas
- Serviços de testagem para HIV
- Acolhimento
- Realização de ações de educação em saúde
- Grupos terapêuticos
- Dispensação de Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEP)
- Dispensação de Profilaxia Pré-Exposição Sexual (PrEP)
- Outro:

14 - É realizado o acolhimento e avaliação inicial das pessoas diagnosticadas com HIV na área de abrangência da Unidade de Saúde? *

- SIM
- NÃO

14.1 - Quem realiza o acolhimento e avaliação inicial das pessoas diagnosticadas com HIV?

15 - A unidade de saúde disponibiliza de material para realização dos testes rápidos para HIV/AIDS? *

- SIM
- NÃO

15.1 - Qual o profissional que realiza o teste rápido para HIV/AIDS? *

16 - O teste rápido ou sorológico é ofertado a todas as pessoas com sintomas sugestivos de HIV/AIDS que procuram a unidade de saúde? *

- SIM
- NÃO

17 - Pessoas sugestivas de infecção por HIV que procuram a unidade têm a oportunidade de realizar o teste diagnóstico no mesmo dia? *

- SIM
- NÃO

18 - É realizada busca ativa aos parceiros(as) quando o diagnóstico do HIV/AIDS foi positivo? *

- SIM
- NÃO

18.1 - Em caso positivo, descreva como a busca ativa é realizada.

19 - O teste rápido é ofertado aos parceiros de pessoas diagnosticadas com HIV/AIDS? *

- SIM
- NÃO

20 - É realizada busca ativa das pessoas cujo diagnóstico do HIV foi positivo e não retornaram para a unidade? *

- SIM
- NÃO

21 - Realiza-se aconselhamento pré-teste e pós-teste rápido para HIV/AIDS? *

- SIM
- NÃO

21.1 - Em caso positivo, como é realizado o aconselhamento e quem o realiza?

22 - É realizada a notificação de IST (infecção sexualmente transmissível) e agravos no SINAM (sistema de informação de agravos de notificação)? *

- SIM
- NÃO

23 - Na entrega da preservativo é realizada alguma orientação para seu uso? *

- SIM
- NÃO

23.1 - Se sim, quem oferece essa orientação?

24 - Os usuários da unidade de saúde são orientados para os hábitos sexuais saudáveis? *

- SIM
- NÃO

24.1 - Se sim, em que momento ocorre essa orientação e qual profissional a realiza?

25 - Usuários de drogas injetáveis têm acesso a seringas novas/estéreis ofertadas pela unidade? *

- SIM
- NÃO

26 - A unidade dispõe de materiais didáticos para realização de ações educativas? *

- SIM
- NÃO

27 - A unidade possui um espaço físico adequado para a realização de atividades educativas? *

- SIM
- NÃO

28 - São realizadas, na área de abrangência da unidade de saúde, campanhas informativas e de sensibilização acerca dos comportamentos de risco para infecção por HIV? *

- SIM
- NÃO

29 - São realizadas campanhas informativas e de sensibilização para prevenção por HIV/AIDS na região de abrangência da unidade de saúde? *

- SIM
- NÃO

29.1 - Se sim, quais meios são utilizados? Pode responder mais de uma alternativa:

- Mídias sociais (facebook, instagram, whatsapp ou similar)
- Rádio
- Jornal
- Revistas
- Informativos (folders, panfletos)
- Cartazes ou faixas
- Palestras
- Encontros
- Grupos
- Ações em praças
- Outro:

30 - Com qual frequência são realizadas ações educativas pelo SAE? *

- Não são realizadas ações educativas
- Anualmente
- Semestralmente
- Trimestralmente
- Mensalmente
- Semanalmente
- Outro:

31 - As ações educativas acerca do HIV/AIDS são desenvolvidas sem dificuldades/entraves? *

- SIM
- NÃO

32 - Quais as principais dificuldades encontradas para a realização de ações educativas? *

33 - É disponibilizado espaço físico adequado para o serviço de farmácia? *

- SIM

NÃO

34 - Usuários que demonstram interesse no uso da PrEP, conseguem acesso dessa forma de prevenção no SAE? *

SIM

NÃO

35 - Em casais sorodiferentes, ambos são acompanhados pelo SAE? *

SIM

NÃO

36 - Para casais sorodiferentes, o SAE disponibiliza alguma estratégia de acompanhamento do parceiro negativo para HIV além da disponibilização de preservativo? *

SIM

NÃO

37 - As(os) profissionais do sexo, os homossexuais e os usuários de drogas são identificados como grupos vulneráveis à infecção por HIV/AIDS? *

SIM

NÃO

38 - Para profissionais do sexo, o SAE realiza alguma estratégia de aconselhamento específico para esse grupo? *

SIM

NÃO

39 - Para usuários transexuais, o SAE utiliza o nome social no prontuário? *

SIM

NÃO

40 - O SAE realiza grupos terapêuticos de convivência e troca de experiências para os usuários? *

SIM

NÃO

41 - Quais principais dificuldades encontradas na implementação de práticas assistenciais? (assinale até três alternativas) *

Falta de recursos financeiros

Falta de recursos materiais

- Falta de infraestrutura adequada
- Falta de motivação da equipe
- Falta de motivação pessoal
- Falta de participação dos usuários
- Sobrecarga de atividades
- Equipe incompleta
- Outro:

42 - Qual o fluxograma para a disponibilização da Profilaxia Pré-Exposição Sexual (PrEP) no seu trabalho? Caso não seja disponibilizado, o que impossibilita a aplicação dessa estratégia de prevenção no Serviço de Atendimento Especializado?

43 - O acompanhamento de casais sorodiferentes pela SAE é realizado através de busca ativa? Em caso negativo, como acontece esse processo? Caso não haja esse acompanhamento, qual o dificultador?

44 - Quais estratégias de prevenção ao HIV e promoção de saúde ao indivíduo que vive com o vírus são ofertadas pelo SAE?