

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FABIANE MARQUES NEVES DITTMAR DUARTE

**ANÁLISE DA DESCENTRALIZAÇÃO DO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO
DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS (PVHA) À ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM CAMPO GRANDE, MS**

CAMPO GRANDE-MS
2023

FABIANE MARQUES NEVES DITTMAR DUARTE

**ANÁLISE DA DESCENTRALIZAÇÃO DO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO
DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS (PVHA) À ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM CAMPO GRANDE, MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Professor Dr. Alessandro Diogo De Carli

Co-orientadora: Clarice Souza Pinto

CAMPO GRANDE-MS
2023

FABIANE MARQUES NEVES DITTMAR DUARTE

**ANÁLISE DA DESCENTRALIZAÇÃO DO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO
DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS (PVHA) À ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM CAMPO GRANDE, MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Professor Dr. Alessandro Diogo De Carli

Co-orientadora: Clarice Souza Pinto

Banca Examinadora:

Nota/Conceito

AVALIAÇÃO FINAL: () Aprovação

() Reprovação

Dedico ao meu marido José Romeu Dittmar, que, além de cuidar da nossa filha e da manutenção do lar enquanto eu permanecia ocupada com este estudo, foi capaz de me incentivar todos os dias. Grata pela sua compreensão com as minhas horas de ausência. Te amo.
Dedico também à minha filha Maria Vitória, a razão do meu viver”

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração por terem oportunizado a janela que hoje vislumbro, um horizonte superior; e pela confiança no mérito e ética aqui presentes.

Ao meu orientador Prof. Dr. Alessandro Diogo De Carli e a minha co-orientadora Dra. Clarice Souza Pinto, pelo suporte no pouco tempo que lhes coube; pelas suas correções, incentivos e paciência.

Aos membros da banca, muito obrigada pelos seus comentários e avaliações.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Obrigada por me ensinarem valores como honestidade, respeito e gratidão.

Ao meu marido, José Romeu Dittmar Duarte, pelo amor, partilha, companheirismo e apoio incondicional. Agradeço a enorme compreensão, generosidade e alegria com que me brindou constantemente, contribuindo para chegar ao fim deste percurso. Sem ele, nem sempre a nossa Vivi me deixaria pensar.

E claro, à minha querida e adorada filha, Maria Vitória (Vivi), que amo incondicionalmente e que veio dar um novo colorido à minha vida. Espero compensá-la das horas de atenção e brincadeira que lhe devo. Foi ela o meu grande estímulo nesta caminhada.

Aos participantes da pesquisa, que propiciaram a coleta dos dados e contribuíram de forma singular para que a pesquisa fosse concluída.

Por fim, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, me estimulando intelectual e emocionalmente.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC/BRASIL.

“Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a beleza libertadora do intelecto para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer”. (EINSTEIN, 1933).

RESUMO

A descentralização do cuidado da pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA) na Atenção Primária em Saúde teve seu marco inicial em 2013, mas o município de Campo Grande-MS só incorporou essa diretriz em 2019, com a sistematização da assistência em 22 unidades de Atenção Primária em Saúde (APS), conhecidas também como Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM). Nesse contexto, o presente trabalho teve como objetivo analisar a descentralização do Compartilhamento do Cuidado da PVHA à APS em Campo Grande-MS. Trata-se de um estudo quantitativo, analítico que foi realizado com os profissionais médicos, enfermeiros, farmacêuticos, gerentes e usuários UDM. Os dados primários foram coletados por meio da aplicação de dois formulários estruturados. Os dados coletados foram organizados em planilha Excel e, em seguida, foram realizadas análises no programa R, considerando o nível de significância de 5%. O teste Exato de Fisher foi utilizado para analisar as associações entre as avaliações dos usuários e a vulnerabilidade dos bairros das unidades de saúde onde eles fazem o acompanhamento na APS. Os resultados foram organizados por meio de categorias, sendo considerado os quatro atributos essenciais para as ações e serviços da APS, além da avaliação dos usuários das Unidades do Compartilhamento do Cuidado da PVHA com a vulnerabilidade. Os resultados do estudo apontaram que o tempo de consulta médica para novos PVHA é de 30 a 45 minutos e o tempo das consultas de retornos de 15 a 30 minutos; o profissional médico identifica a necessidade de encaminhar PVHA para outro profissional e outros serviços; não são realizadas atividades em sala de espera; o principal motivo de procura por consulta extra é falta de medicamentos; a dispensação do ARV é realizada pelo SICLOM e, apesar de a satisfação dos usuários ser elevada, o tempo de espera pela consulta é um aspecto considerado como negativo. Entre as estratégias de atenção à saúde ofertada ao HIV na APS, o estudo apontou potencialidades de acesso ao diagnóstico e tratamento oportuno no território próximo ao domicílio da PVHA, fatores importantes para a vinculação e retenção desse usuário ao serviço público, cujo maior objetivo é a supressão viral. Não obstante, revelou um elevado grau de satisfação das PVHA que frequentam as UDM, em destaque para a organização das unidades e atendimento pela recepção e equipe de saúde. Em relação ao seguimento da PVHA, 65,05% não

apresentam doença avançada e 94,18% dignósticadas no período estão vivas. Sobre os fatores individuais e contextuais que interferem no processo saúde-doença das PVHA, três quesitos foram destacados: satisfação com a higiene, limpeza e organização da unidade; atendimento da recepção (gentileza, atenção, informações) e atendimento e tratamento recebido pela equipe de saúde. O modelo sistemático de avaliação incorporado na descentralização do Compartilhamento do Cuidado da PVHA na APS produzido neste estudo pode influenciar decisões pautadas em dados validados cientificamente e subsidiar estratégias de gestão pública e aperfeiçoamento de ações socialmente adequadas para o fortalecimento da Política de Assistência da PVHA.

Descritores: HIV 1; atenção primária à saúde; avaliação de processos em cuidados de saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The decentralization of care for people living with HIV/AIDS (PLHA) in Primary Health Care had its initial milestone in 2013, but the municipality of Campo Grande-MS only incorporated this guideline in 2019, with the systematization of care in 22 health units. Primary Health Care (PHC), also known as Antiretroviral Medication Dispensing Units (UDM). In this context, the present work aimed to analyze the decentralization of Care Sharing from PLWHA to PHC in Campo Grande-MS. This is a quantitative, analytical study that was carried out with medical professionals, nurses, pharmacists, managers and UDM users. Primary data were collected through the application of two structured forms. The collected data were organized in an Excel spreadsheet and then analyzes were carried out in the R program, considering a significance level of 5%. Fisher's Exact test was used to analyze the associations between user assessments and the vulnerability of the neighborhoods of the health units where they receive PHC care. The results were organized into categories, considering the four essential attributes for PHC actions and services, in addition to the assessment of PLWHA Care Sharing Unit users' vulnerability. The results of the study showed that the medical consultation time for new PLWHA is 30 to 45 minutes and the return consultation time is 15 to 30 minutes; the medical professional identifies the need to refer PLWHA to another professional and other services; no activities are carried out in the waiting room; the main reason for seeking extra consultation is lack of medication; ARV dispensing is carried out by SICLOM and, although user satisfaction is high, the waiting time for the appointment is an aspect considered negative. Among the health care strategies offered to HIV in PHC, the study highlighted potential for access to diagnosis and timely treatment in the territory close to the PLWHA's home, important factors for the linking and retention of this user to the public service, whose main objective is the viral suppression. However, it revealed a high level of satisfaction among PLWHA who attend the UDM, particularly the organization of the units and the service provided by reception and the healthcare team. Regarding follow-up of PLWHA, 65.05% do not have advanced disease and 94.18% diagnosed during the period are alive. Regarding the individual and contextual factors that interfere in the health-disease process of PLWHA, three issues were highlighted: satisfaction with hygiene, cleanliness and organization of the unit; reception service (kindness, attention, information) and care

and treatment received by the healthcare team. The systematic evaluation model incorporated in the decentralization of PLWHA Care Sharing in PHC produced in this study can influence decisions based on scientifically validated data and support public management strategies and improvement of socially appropriate actions to strengthen the PLWHA Assistance Policy.

Descriptors: HIV 1; primary health care; process evaluation in healthcare; Family Health Strategy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Categoria profissional e Unidade de lotação dos profissionais participantes da pesquisa (n=144)	33
Tabela 2 - Distribuição de frequências das informações dos usuários das Unidades do Compartilhamento do Cuidado da pessoa vivendo com HIV (PVHA), participantes da pesquisa (n=59).....	34
Tabela 3 - Características demográficas das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHIV) no município de Campo Grande-MS, 2021 a 2023 (N=1013).....	36
Tabela 4 - Distribuição de frequências das respostas dos profissionais em relação ao acolhimento e encaminhamento de Pessoas vivendo com HIV - PVHA (n=144).....	40
Tabela 5 - Distribuição de frequências das respostas dos profissionais em relação às rotinas da assistência médica de Pessoas vivendo com HIV - PVHA (n=144).....	43
Tabela 6 - Distribuição de frequências das respostas dos profissionais em relação às rotinas da assistência dos outros profissionais que não médicos no atendimento de Pessoas vivendo com HIV - PVHA (n=144).....	47
Tabela 7 - Distribuição de frequências da avaliação dos usuários das Unidades do Compartilhamento do Cuidado da pessoa vivendo com HIV (PVHA) (n=59).....	52
Tabela 8 – Distribuição de frequências das respostas dos profissionais em relação à organização e gerência do serviço de atendimento a Pessoas vivendo com HIV - PVHA (n=144).....	56
Tabela 09 - Resultados das análises de associação da avaliação dos usuários das Unidades do Compartilhamento do Cuidado da pessoa vivendo com HIV (PVHA) com a vulnerabilidade dos bairros das Unidades de Saúde onde fazem o acompanhamento na Atenção Primária (n=59).....	68

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
ARV	Antiretroviral
CD4	É uma molécula que se expressa na superfície de algumas células T
ESF	Estratégia da Saúde da Família
e-SUS	Sistema de Informação da Atenção Primária em Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ONU	Organização das Nações Unidas
PVHA	Pessoa vivendo com HIV/Aids
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UDM	Unidade dispensadora de medicamento
UNAIDS	Website institucional do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
eAPP	Equipes de Atenção Primária Prisional
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
RAE	Rede de Atenção Especializada
CEM	Centro de Especialidades Médica
CENORT	Centro Ortopédico
CEAM	Centro Atendimento à Mulher
CEI	Centro de Especialidades Infantil
CRSH	Centro de referência a saúde do homem
CEDIP	Centro de doenças infecto-parasitárias
UERDA	Unidade especializada de reabilitação e diagnóstico
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial

REMUS	Rede Municipal de Saúde
LABCEN	Laboratório Central Municipal
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
CRS	Centro Regional de Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
ABCG	Associação Beneficente de Campo Grande
HRMS	Hospital Regional do Mato Grosso do Sul
HUMAP	Hospital Maria Aparecida Pedrossian
AAMI	Associação de Amparo à Maternidade e a Infância
AZT	Zidovudina
TARV	Terapia Antirretroviral
ITNR	Inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa
ITRNN	Inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa
IP	Inibidores da protease
VS	Vigilância em Saúde
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PNH	Política Nacional de Humanização

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3 OBJETIVOS.....	27
3.1 Objetivo geral.....	27
3.2 Objetivos específicos.....	27
4 MATERIAL E MÉTODO.....	28
4.1 Tipo e período da pesquisa.....	28
4.2 Local da pesquisa.....	28
4.3 Critérios de inclusão e participantes da pesquisa.....	28
4.4 Critério de exclusão.....	28
4.5 Coleta de dados.....	29
4.5.1 <u>Aplicação do instrumento de coleta de dados</u>	29
4.5.2 <u>Variáveis do estudo</u>	29
4.5.3 <u>Dados secundários</u>	30
4.6 Organização e análise dos dados.....	30
4.7 Aspectos éticos.....	31
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
5.1 Caracterização demográfica, clínica-epidemiológica das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHIV) e a categorização profissional e de unidades de saúde (dados primários e secundários).....	33
5.1.1 <u>Categorização geral dos resultados com dados primários</u>	33
5.1.2 <u>Categorização geral dos resultados com dados secundários</u>	36
5.2 Acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde.....	39
5.3 Longitudinalidade do cuidado a PVHA.....	42
5.3.1 <u>Organização e rotinas da assistência médica</u>	42
5.3.2 <u>Organização e rotinas da assistência de enfermagem</u>	48
5.3.3 <u>Organização e rotinas da assistência do farmacêutico</u>	49
5.4 Integralidade na assistência.....	49
5.5 Coordenação de atenção a PVHA.....	55
5.6 Avaliação dos usuários das Unidades do Compartilhamento do Cuidado da pessoa vivendo com HIV (PVHA) com a vulnerabilidade...66	66

6 CONCLUSÃO.....	73
7 RELEVÂNCIA, APLICABILIDADE E IMPACTO NA SAÚDE DA FAMÍLIA..	75
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE A	84
APÊNDICE B	86
APÊNDICE C.....	88
APÊNDICE D.....	92

1 INTRODUÇÃO

A ocorrência do HIV/Aids pode ser considerada uma epidemia com mais de 40 anos de esforços e investimentos internacionais e nacionais para o controle da transmissão e da eliminação da doença no mundo. Desde a sua descoberta, mais de 40 milhões de pessoas foram a óbito vítimas da Aids, segundo o relatório 2023 *United Nations Programme on HIV/Aids* –(UNAIDS).

Segundo Silva *et al.* (2005), desde o começo da epidemia, nos anos 1980, até o início dos anos 2000, todo o cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) foi conduzido pelo médico infectologista, em unidades de saúde diferenciadas, classificadas como secundárias e terciárias dentro das redes assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Até o século XX, o HIV/Aids era classificado como doença aguda, concentrada em grupos populacionais específicos que sofriam por estigmas e preconceitos sociais. A partir do século XXI, com a mudança do perfil epidemiológico do HIV/Aids, o acometimento deixou de ser em populações específicas tidas como de grande vulnerabilidade e passou a atingir todos em todas as faixas etárias, bem como a população geral (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001).

No Brasil, a transição demográfica contribuiu para o envelhecimento populacional e esses dois processos estão associados à transição epidemiológica, que consiste na mudança do perfil de morbi-mortalidade, cuja incidência de doenças crônicas e degenerativas assumem um maior peso (OLIVEIRA, 2015).

Devido a essa demanda diferenciada, é indispensável o fortalecimento da APS no que tange aos atributos essenciais de acesso, integralidade e vínculo longitudinal e coordenação do cuidado, tanto para as PVHA quanto para outras doenças crônicas (BRASIL, 2012b).

Os avanços contra a Aids foram uma grande conquista em saúde pública. O investimento em novas terapias antirretrovirais para o HIV mostrou progressos notáveis em anos e qualidade de vida das PVHA. Nesta mesma linha, as estratégias de prevenção se consolidaram como ferramentas complementares para a resposta à epidemia, como a prevenção combinada, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) (BRASIL, 2017b).

Todas essas ações, para atingirem a população-alvo, devem ser descentralizadas nos diversos serviços de saúde, buscando a acessibilidade e a

democratização do uso como forma de prevenção e controle do HIV/Aids (BRASIL, 2017).

No município de Campo Grande, no ano de 2018, o HIV/Aids apresentava um quadro epidemiológico preocupante, fato que chamou a atenção da gestão federal e estadual pelo elevado coeficiente de mortalidade do município em 2017 (8,7 óbitos por 100.000 hab.), muito acima do coeficiente de mortalidade nacional (4,8 óbitos por 100.000 hab.) no mesmo período (BRASIL, 2019).

O diagnóstico tardio, caracterizado por doenças oportunistas avançadas, o tratamento centralizado na figura do médico infectologista, aliado às altas taxas de letalidade e mortalidade do município, levaram os gestores a pensar numa política de prevenção e tratamento do HIV/Aids a partir da APS. Essa passou a ser a porta de entrada para os novos casos diagnosticado com o HIV, modelo esse, concretizado em 2019 em 22 Unidades de Saúde da APS de Campo Grande. Diante da recente descentralização da assistência dos pacientes HIV/Aids para a APS, ainda não existe um modelo sistemático de avaliação que considere as diferentes vertentes dessa estratégia, o que pode impactar na continuidade da proposta, tanto do ponto de vista da gestão quanto do usuário (BRASIL, 2019).

Com tais inquietações, acredita-se oportuno o presente estudo, uma vez que se propôs a analisar aspectos contextuais e gerenciais relacionados à descentralização das ações de saúde às PVHA para a APS, em uma capital de médio porte do centro-oeste brasileiro.

Os resultados do compartilhamento do cuidado da PVHA poderão subsidiar decisões pautadas em dados validados cientificamente e subsidiar estratégias de gestão socialmente adequadas para o fortalecimento da política de assistência à PVHA. Além disso, podem impactar positivamente o controle da doença e, conseqüentemente, os indicadores de morbidade e mortalidade do município, considerando também o usuário como sujeito ativo da estratégia e suas necessidades como norteador da dinâmica e do processo de trabalho nos serviços descentralizados.

O objetivo deste estudo foi analisar a descentralização do compartilhamento do cuidado da PVHA à APS em Campo Grande-MS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA/Aids), descoberta em 1984 (GALLO *et al.*, 2003), é o estágio mais avançado da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causada por um retrovírus que infecta principalmente os linfócitos T CD4+ e é transmitido por vias sexual, vertical (gestação, parto ou amamentação) e sanguínea (transfusão de hemoderivados do sangue, compartilhamento de seringas ou acidentes com perfuro cortantes), apresentando-se como um enorme desafio para a saúde pública mundial pela alta morbi-mortalidade (BRASIL, 2018a).

O mundo se uniu em pesquisas, ações e metas com o propósito de eliminar a doença, principalmente por acometer principalmente adultos jovens em idade produtiva, afetando o desenvolvimento da economia dos países (DEEKS *et al.*, 2015).

A comunidade científica mundial investiu em pesquisas com pessoas acometidas pelo vírus do HIV, principalmente em relação ao comportamento viral e as formas de transmissibilidade, prevenção e controle da doença. A partir dessas pesquisas, surgiu o primeiro tratamento com medicamento para a Aids, denominado de Zidovudina (AZT), que reduz a carga viral do HIV circulante e, conseqüentemente, aumenta a quantidade de células TCD4 (CECCATO *et al.*, 2004).

A descoberta da Zidovudina (AZT) foi considerada um marco científico e tecnológico importante no contexto da Aids e, a partir desse medicamento, surgiu uma nova classe medicamentosa, os inibidores da protease, que representaram o aumento da sobrevivência dos indivíduos com Aids (CECCATO *et al.*, 2004).

Os antirretrovirais existentes e disponíveis até o momento para a realização das terapias antiretrovirais (TARV) se dividem em seis grupos: inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) e inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN), que atuam impedindo a replicação do RNA viral dentro das células TCD4+; inibidores da protease (IP), que agem impedindo a enzima que fragmenta as proteínas virais sintetizadas na célula hospedeira; inibidores da integrase (INI), que atuam inibindo a enzima que integra o RNA viral no DNA da célula hospedeira; inibidor de fusão (IF), que impede a fusão da membrana viral com a membrana celular humana; e inibidor da CCR5, que inibe a proteína de membrana, que se liga ao HIV e não permite a infecção na célula hospedeira. Atualmente, são disponibilizados gratuitamente pelo Ministério da Saúde

21 medicamentos para o controle da infecção pelo HIV na rede pública, agindo de forma distinta conforme a ação do ciclo do HIV no organismo (VENANZI *et al.*, 2019).

As TARV têm se mostrado capazes de reduzir, ou mesmo de tornar indetectável, a carga viral do HIV, impactando nos indicadores de morbidade e mortalidade da doença (BONOLO *et al.*, 2007) e ampliando significativamente a expectativa e qualidade de vida das PVHA (POLEJACK; SEIDL, 2010). Esses resultados têm sido associados a benefícios marcantes na saúde física dos indivíduos com PVHA, permitindo que essas pessoas retomem e concretizem seus planos de vida (BASTOS, 2006).

O Programa das Nações Unidas em HIV/Aids (*United Nations Programme on HIV/Aids – UNAIDS*), no último relatório de 2023, apresentou estatísticas globais informando que 39 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com HIV, sendo que 1,3 milhão de pessoas foram recém-infectadas pelo vírus e, no mesmo ano, ocorreram 630.000 óbitos relacionadas à Aids (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2023).

Segundo o último boletim epidemiológico de HIV/Aids, de 2007 até junho de 2021, foram notificados 381.793 casos de HIV com diagnóstico de 32.701 novos casos no Brasil. Em relação ao sexo, 266.360 (69,8%) casos em homens e 115.333 (30,2%) casos em mulheres, ou seja, 28 homens para cada dez mulheres, predominantes na faixa de 20 a 34 anos (BRASIL, 2021).

Em 2020, os casos notificados de Aids atingiram a 29.917 casos, com uma taxa de detecção de 14,1/100 mil habitantes, totalizando, no período de 1980 a junho de 2021, 1.045.355 casos detectados no país (BRASIL, 2021).

Diante do cenário mundial de epidemia, foram pactuadas no ano de 2021 as metas 95-95-95 propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU), cujos objetivos são que 95% das pessoas com HIV sejam diagnosticadas, 95% destas pessoas estejam em tratamento e, dentre estas, 95% tenham carga viral indetectável até o ano de 2025, com o fim de erradicar a epidemia de Aids até 2030 (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2023). Nesse sentido, a adesão a TARV é considerada imprescindível à resposta terapêutica, o que implica em desafios para sua manutenção (POLEJACK; SEIDL 2010).

Mesmo com a disponibilidade dos medicamentos de forma gratuita, vários fatores influenciam a adesão ao tratamento e, dentre eles, destacam-se o acesso aos serviços, a frequência e a realizações de exames laboratoriais, consultas, retiradas da

TARV, entre outros, tornando-se assim, um processo interativo, dinâmico e contínuo (CARACIOLO, 2007).

A percepção da infecção pelo HIV como condição crônica e, conseqüentemente, o aumento de PVHA implicou na reorganização na modalidade operacional de resposta da Redes de Atenção à Saúde (RAS), com destaque para a APS por ser ordenadora da atenção à saúde e desenvolver ações coletivas e singulares ao indivíduo com o foco no cuidado integral e centrado na pessoa no quesito promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, bem como por possuir a responsabilidade de desempenhar ações que quebram a cadeia de transmissão do HIV/Aids (BRASIL, 2012b).

Antes, o cuidado das PVHA era restrito apenas à assistência especializada (AE) na figura do médico infectologista. O compartilhamento do cuidado da PVHA na APS permitiu a otimização dos recursos financeiros, a ampliação de pontos de acesso aos estabelecimentos de saúde do SUS, o aumento da resolutividade das equipes da APS com responsabilidade e qualificação à assistência prestada de forma compartilhada com o médico especialista por meio do apoio matricial (MELO, MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Starfield (2002) ressalta que a APS caracteriza-se pelo acesso de primeiro contato, longitudinalidade e integralidade da atenção e coordenação da assistência no sistema de saúde, atributos essenciais que devem ser centrados na família, com a garantia da orientação e da participação da comunidade e da competência cultural dos profissionais. Isso diz respeito à capacidade do nível primário de absorver as demandas mais frequentes da população, rompendo com a lógica centrada na doença, ao pensar a assistência a partir do contexto de cada usuário, prestando cuidados continuados e facilitando o acesso aos demais serviços que compõem a rede.

Na ótica da integralidade, é imprescindível que a equipe da ESF, mesmo diante da necessidade de referenciar o usuário para atendimentos especializados, mantenha-se articulada com esses serviços, acompanhando o itinerário do usuário na RAS para a manutenção de cuidado eficiente e integrado no sistema de saúde. Um serviço pode ser considerado provedor da APS quando estiverem presentes os quatro atributos essenciais; e pode ser considerado potencial de interação com os usuários e comunidade quando estiverem presentes os atributos derivados (STARFIELD, 2002).

Os atributos essenciais propostos por Starfield (2002) são: acesso de primeiro contato: acessibilidade e utilização do serviço a cada nova necessidade; longitudinalidade: cuidado em saúde ao longo do tempo, com formação de vínculo serviço-população; integralidade: possibilidade de acesso aos serviços disponíveis e identificação adequada dos problemas em tempo oportuno; coordenação do cuidado: continuidade do cuidado e ações de saúde. Os atributos derivados focam: família: conhecer as relações familiares no processo saúde-doença; orientação comunitária: entender as necessidades da território para implementações dos serviços e; conhecimento cultural: conhecer as especificidades culturais.

E ainda, a atenção voltada à família só acontece quando há integralidade fundamentada na atenção à saúde do usuário, à família e ao ambiente. Já na orientação comunitária, a saúde é reconhecida por meio do perfil epidemiológico e do contato direto com a população.

Vale ressaltar que a avaliação da APS deve ser orientada por seus atributos (essenciais e derivados), uma vez que a sua presença promove melhoria nos indicadores de saúde, satisfação do usuário, menores custos e maior equidade e, por conseguinte, impacta positivamente no estado de saúde das pessoas (STARFIELD, 2002).

É importante considerar também que, no contexto da atenção à saúde, a colaboração das PVHA não deve ser restrita apenas a organizações não governamentais (ONGs) e/ou movimentos sociais, mas, em caráter participativo no planejamento e execução de ações, enriquece o vínculo com os profissionais de saúde, permitindo uma melhor estruturação dos serviços em resposta às necessidades dos usuários (BRASIL, 2010a).

Segundo Merhy (1997), a APS, por sobressair como um território estratégico de intervenção para a construção do SUS, é de suma importância à avaliação das práticas em saúde nesse espaço para a implantação do modelo de atenção da vigilância à saúde (VS) e dos princípios do SUS.

Faria e Bertolozzi (2010) apontam uma proposta de vigilância ampliada na APS, na tentativa de superação das práticas tradicionais de vigilância, incluindo o monitoramento de doenças, agravos e situações de saúde, assim como o entendimento das condições do território sob responsabilidade do serviço de saúde. Para tal, faz-se necessário o trabalho em equipe e a inovação em instrumentos de trabalho e da intersectorialidade.

Segundo a *United Nations Programme on HIV/Aids* (2014), entre os anos de 2011 e 2012, o Ministério da Saúde investiu em novas tecnologias diagnósticas na APS e, entre elas, destacam-se os testes rápidos para triagem de Sífilis e Hepatites B e C, e de diagnósticos para o HIV. No ano seguinte, estabeleceu diretrizes e recomendações de incentivo ao acompanhamento das PVHA na APS dos municípios, por meio da descentralização do cuidado. A APS, por meio da estratégia de saúde da família (ESF), unidades de saúde móveis e parceria com a sociedade civil, deve abordar diferentes estratégias da prevenção, ampliando, unificando e incorporando, na rede pública, ações para PEP e PrEP, entre outras da mandala da prevenção combinada. No campo da atenção, qualquer PVHA está elegível para o tratamento antirretroviral e a adoção do tratamento com prevenção combinada, a incorporação da dose fixa combinada como primeira linha de tratamento e a inclusão de novos medicamentos.

Para Schaurich, Coelho e Motta (2006), o uso ininterrupto da TARV reduz a morbimortalidade das PVHA, dando à infecção a conotação de uma doença crônica, o que exige estratégias de atenção que corroboram estimular a vinculação aos serviços de saúde, profilaxias para infecções oportunistas e adesão à terapia antirretroviral, o que melhora a qualidade de vida na dimensão psicossocial do adoecimento.

Para tanto, a periodicidade de consultas médicas é uma estratégia que deve ser adequada de acordo com condição clínica da PVHA e com o estágio do tratamento, que prevê um período mínimo de 6 meses para a vinculação e retenção da PVHA ao tratamento na unidade de saúde (BRASIL, 2008).

Segundo Naufel Junior (2022, p. 87):

Compete ao gestor, em comum acordo com o médico, a padronização de agendas médicas em unidades do Sistema Único de Saúde de maneira individualizada, levando em consideração o perfil dos usuários, o grau de complexidade da consulta, a série histórica do tempo praticado pelo profissional e o índice de absenteísmo e que o tempo de 15 a 20 minutos por consulta e o atendimento de 12 a 16 consultas por quatro horas de trabalho parecem ser o consenso entre aqueles que labutam o serviço público de saúde.

Neste contexto, para Ribeiro (2019), o profissional farmacêutico possui uma importante função na luta para a erradicação do HIV, visto que atua na atenção farmacêutica, por meio da dispensação de fármacos antirretrovirais nas unidades dispensadora de medicamentos (UDM), associada ao Sistema Logístico de Medicamentos (SICLOM), que é responsável pela logística e ressuprimento da TARV

na RAS.

Marques (2004) traduz a UDM como um importante local para sensibilização da adesão ao tratamento, sendo a retirada do medicamento o último contato do PVHA com os serviços de saúde, onde o paciente tem acesso facilitado. Ele retira a TARV mensalmente e pode-se oportunizar a intervenção do farmacêutico (com formação específica para dispensação de TARV) e de sua equipe, os quais são capacitados para auxiliar a potencializar a efetividade da terapia antirretroviral, minimizar os efeitos colaterais, bem como melhorar a qualidade de vida dos pacientes em tratamento.

Logo, a avaliação da qualidade do cuidado e a VS de PVHA incluem medidas de desempenho específicas para o HIV, tais como: adesão do paciente ao tratamento, contagem de CD4+, monitoramento da carga viral, prescrições TARV, supressão virológica e profilaxia para tuberculose. E ainda: rastreamento para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), dentre as quais as autoras mencionam exames para condições mórbidas e imunobiológicos para influenza, hepatite B e pneumococos (KELLER *et al.*, 2014).

Como dispositivo do cuidado a PVHA, a consulta de enfermagem é um instrumento indispensável na construção da relação de empatia, confiança e vínculo com a PVHA. É nesse momento que o profissional orienta e passa as informações sobre a doença, possíveis complicações durante o tratamento, vida sexual, boas práticas de alimentação, dentre outros. Na consulta de enfermagem, o profissional deve repassar com clareza à PVHA a relevância da adesão ao TARV, ressaltando a importância do uso correto da medicação, como também de um planejamento saudável para os hábitos alimentares. (MACEDO; SENA; MIRANDA 2013).

Ressaltar os cuidados para as PVHA durante o tratamento é essencial para a prática de enfermagem, pois é uma característica fundamental por meio da qual a equipe de enfermagem auxilia a PVHA na recuperação da doença. Os cuidados de enfermagem prestados para a PVHA possibilitam o reconhecimento e o enfrentamento dos medos, das dificuldades e dos problemas do cotidiano que ela vivencia, auxiliando-a a encontrar e aplicar propostas para intervenções bem-sucedidas (SANTOS *et al.*, 2013).

Sendo assim, cabe à enfermagem desenvolver planos de ação por meio da inspeção, obtenção de resultados dos registros analisados, mapeamento de cuidados e diretrizes a serem pactuadas com a PVHA. No entanto, uma avaliação não contínua sobre os sinais e sintomas da PVHA pode trazer sérias complicações e dificultar o

tratamento, principalmente no que tange à retenção e vinculação da cascata do cuidado da PVHA (TAKEMOTO *et al.*, 2011).

De acordo com Grangeiro *et al.* (2006), os resultados positivos da experiência brasileira e a eficácia desenvolvida no Brasil para o enfrentamento da epidemia do HIV têm reconhecimento mundial e um dos fatores preponderantes para esses resultados é a política do acesso universal aos medicamentos antirretrovirais instituído na Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996.

As regiões Sul e Sudeste foram as pioneiras a instituírem as diretrizes para o cuidado da PVHA na APS, sendo os estados de Curitiba e Rio de Janeiro os precursores dessa política, por apresentarem uma APS estruturada, fator esse que facilitou o processo. Apesar de as ações de promoção e prevenção sobre HIV já estarem instituídas nas equipes da ESF, o acesso aos casos novos de HIV e principalmente o seguimento do tratamento dos usuários com diagnóstico positivo são modelos de assistência inovadores muito recentes, cercados de contestação e ainda pouco estudados (MELO; MAKSUD; AGOSTINI 2018).

Melo, Maksud e Agostini (2018) frisam os desafios da relação entre APS e a atenção especializada quanto à descentralização do cuidado para APS, relativamente às questões de acesso, estigma e confidencialidade, bem como modo de organização e funcionamento das equipes da ESF, notadamente a vinculação formal entre moradores a equipes. Destacam ainda o enfrentamento de vários desafios relacionados à moral (relativos ao tema da sexualidade e ao estigma relacionado a práticas sexuais), à ética (relativos ao sigilo e à confidencialidade num contexto de trabalho em equipe territorializada), à técnica (manejo clínico e formação dos profissionais), à organização interna (flexibilidade da APS para adaptar seus modos de organização, considerando necessidades e expectativas dos usuários), à organização externa (suporte e interação de médicos de família com infectologistas da atenção especializada) e à política (condução da agenda e diálogo entre diferentes atores e perspectivas).

Alves, Lago e Engstrom (2022) salientam, em seu estudo sobre a proposta do cuidado descentralizado, influências das normativas nacionais sobre a reforma da APS no município do Rio de Janeiro, bem como as preocupações entre protagonista do processo, em especial gestores, médicos da APS, infectologistas e PVHA.

Zambenedetti e Silva (2016) ressaltam as tensões e as potencialidades existentes na descentralização da atenção em HIV/Aids. Entre os problemas

identificados, citam: equipes incompletas e rotatividade de profissionais; desconfiança em relação ao teste rápido; percepção de sobrecarga de trabalho; e aspectos concernentes ao aconselhamento e comunicação diagnóstica. Porém, as potencialidades favoráveis para a efetivação do processo foram identificadas, a saber: sensibilidade em relação aos dados epidemiológicos; perspectiva de trabalho segundo princípios do SUS e da saúde da família; orientação pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) destacadas pelo: a) acolhimento; b) clínica ampliada; c) valorização do trabalho e do trabalhador; d) cogestão; e) defesa dos direitos do usuário e f) ambiência (BRASIL, 2008).

O acolhimento para o serviço deve ser uma diretriz norteadora de funcionamento, pois, na grande maioria, o profissional de saúde deve estabelecer vínculo com a PVHA e atendê-la, de prontidão, com escuta qualificada, pois essa atitude valoriza a singularidade dos sujeitos que procuram os serviços (PASCHÉ, 2009).

A clínica ampliada se dá por meio do apoio matricial ou matriciamento, que são modos operantes de produzir saúde entre especialidade e equipes da APS, num processo de construção compartilhada, capaz de criar propostas de intervenções pedagógico-terapêutica com o compartilhamento de saberes, potencializando a resolutividade nos territórios (BRASIL, 2011).

O compartilhamento do cuidado da PVHA na APS utiliza-se do apoio matricial como tecnologia leve e proposta de intervenção pedagógica para o manejo clínico como resposta de inovação em dispositivos de quebra da cadeia de transmissão do vírus da HIV contemplados na Mandala de Prevenção do HIV fomentada pelo Ministério da Saúde. O processo de educação permanente possibilita atualizar os conteúdos e modificar reflexivamente a prática profissional, em uma leitura ampliada de produção de cuidado, com acolhimento e responsabilização (STARFIELD, 2002).

Carvalho *et al.* (2020) apontam, em sua pesquisa sobre o compartilhamento do cuidado da PVHA em Florianópolis, que o apoio matricial da infectologia para a APS, no que se refere ao acesso e à qualidade do cuidado das PVHA, trouxe grande avanço para o município.

Existem diversos entendimentos sobre saúde e suas práticas e a cada um deles associam-se diferentes definições e técnicas de avaliação, que vêm sendo desenvolvidas e aplicadas, dependendo do enfoque adotado, o qual varia desde a avaliação do cuidado individual até a avaliação de complexos sistemas nacionais de

saúde (MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

Segundo Pena *et al.* (2013), aferir a satisfação das PVHA nas instituições de saúde é algo apontado como indispensável, uma vez que a percepção da qualidade está relacionada às expectativas dessas pessoas com base em suas experiências.

Meirelles *et al.* (2018) enfatizam que a satisfação da PVHA no que se refere à qualidade de ações e serviços para o cuidado dessa condição ainda é um aspecto pouco estudado no contexto nacional, embora seja considerado um indicador importante para a avaliação das práticas em saúde.

Villarinho e Padilha (2016) salientam o cenário histórico de estigmatização no atendimento a PVHA e o sentimento de exclusão pelo marginalização do HIV/Aids.

Meirelles *et al.* (2018) revelam em sua pesquisa que a assistência prestada com base na percepção das PVHA que utilizam os serviços de saúde, ao atingir as carências e perspectivas dessas pessoas com êxito, estão promovendo serviços de qualidade e os propósitos de fatores relacionados à satisfação das PVHA, podendo facilitar para os profissionais e gestores dos serviços de saúde a implementação de práticas de cuidado inovadoras.

Figueiredo *et al.* (2017) frisam que os fatores de percepção de satisfação das PVHA em relação à qualidade dos serviços prestados podem influenciar no resultado, dentre os quais mencionam: sexo, idade, tempo de diagnóstico, tempo de uso de TARV, parcerias, educação, doutrina, condições socioeconômicas.

Johnston *et al.* (2015) enfatizam que a avaliação da qualidade do atendimento para PVHA foi verificada por aspectos atrelados à satisfação dessas pessoas e que as oportunidades de fala sobre necessidades de cuidado do HIV/Aids e a sugestão de melhorias no serviço são fatores primordiais para o alcance dessa satisfação.

Segundo Reis (2019), o autor mais citado em avaliação da qualidade dos serviços de saúde é Avedis Donabedian (1980), que utiliza três componentes para a avaliação em saúde: estrutura-processo-resultado, destacando que a avaliação da estrutura implica indicadores organizacionais, os quais sinalizam a existência de recursos que padronizam os procedimentos e sistemas de informação na produção dos serviços, incluindo recursos humanos, estrutura arquitetônica e insumos permanentes.

Na avaliação de processo, o autor sinaliza indicadores que espelham a forma de atuação, a qual consiste em incorporar, inspecionar e garantir a qualidade do processo de prestação de serviços de acordo com padrões de excelência técnica.

Já os resultados são expressos quantitativamente, geralmente por intermédio de números absolutos ou percentagens, permitindo conhecer as ações implantadas, o contingente populacional e a maneira como atuam os serviços no aspecto gerencial-administrativo. E, por fim, considerando a tríade de Donabedian, os resultados retratam os indicadores das medidas implementadas e/ou adotadas na saúde da população e refletida em alterações dos perfis epidemiológicos.

Segundo Machado (2015), os resultados identificados na avaliação em saúde pela tríade de Donabedian que necessitam ser modificados ou implementados são ferramentas potentes e estratégicas para sensibilizar os atores envolvidos no cuidado, na tentativa de modificar as ações em saúde, buscando aproximar a gestão do território de práticas e ainda promover o cuidado centrado nas necessidades do usuário.

Os resultados da avaliação devem contribuir para definições de metas e objetivos para os componentes da rede de saúde refletirem sobre o dia a dia no campo das políticas, gestão e práticas profissionais num contato dialético com a sociedade/comunidade (MAGAJEWSKI, 2016).

O apoio institucional é considerado pelo próprio Ministério da Saúde como uma função gerencial de co-gestão, que reformula o modelo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, vislumbrando promover a análise e a gestão compartilhadas do trabalho (BRASIL, 2012a).

No contexto da avaliação do modelo descentralizado do cuidado da PVHA na APS, Melo, Maksud e Agostini (2018) enfatizam que o modelo descentralizado progrediu heterogeneamente, avançando mais nas áreas de prevenção, diagnóstico e assistência farmacêutica e menos em atenção integral e coordenação do cuidado, com a conotação de que o colóquio entre os diferentes atores e esferas de gestão é potencialmente positivo para PVHA na perspectiva de ampliação das possibilidades de acesso e qualidade do cuidado, e para a APS, na probabilidade da qualificação para esse novo modelo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a descentralização do compartilhamento do cuidado da PVHA à APS em Campo Grande -MS.

3.1 Objetivos específicos

- a) caracterizar os profissionais e as unidades de saúde que compartilham o cuidado da PVHA na APS;
- b) verificar a caracterização sociodemográfica das PVHA que são assistidas nas unidades do compartilhamento do cuidado na APS;
- c) investigar o processo de descentralização do compartilhamento do cuidado da PVHA na perspectiva dos profissionais;
- d) analisar a estrutura das unidades de saúde e a descentralização do compartilhamento do cuidado do HIV na perspectiva da PVHA, por meio da satisfação dos usuários;
- e) identificar a associação de fatores individuais e contextuais ao processo saúde-doença das PVHA.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo e período da pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, analítico, do tipo transversal, realizado no município de Campo Grande-MS, no período de 2021 a 2023, por meio de coleta de dados de fonte primária e secundária.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em 22 unidades de saúde que compartilham o cuidado da PVHA na APS, distribuídas em 7 regiões de saúde, o que corresponde a uma cobertura de 30 % do nível primário de assistência.

4.3 Critérios de inclusão e participantes da pesquisa

Os participantes dessa pesquisa foram divididos em dois grupos: profissionais de saúde e usuários PVHA.

Como representantes do grupo de profissionais de saúde, participaram da pesquisa os seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, farmacêuticos e gerentes das 22 unidades do compartilhamento do cuidado da PVHA na APS.

Representando os usuários da rede municipal de saúde (REMUS), participaram as PVHA que concordaram em responder ao formulário proposto.

4.4 Critério de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os profissionais de saúde que estavam de férias ou licença médica, os que se recusaram a participar da pesquisa e os profissionais de saúde pertencentes às unidades de saúde da APS que não possuem UDM.

Do grupo de usuários, foram excluídos menores de 18 anos, gestantes e indígenas.

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados em duas fontes, a saber: dados primários com a aplicação de formulários de pesquisa estruturados aos públicos alvo; e dados secundários, por meio do acesso aos Sistemas de Informações nacionais, os quais serão detalhados nos subitens 4.5.1 e 4.5.2.

4.5.1 Aplicação do instrumento de coleta de dados

Os dados primários foram coletados por meio da aplicação de dois formulários estruturados, sendo o primeiro adaptado do QualiAids (BRASIL, 2016), que foi disponibilizado via link do Google forms e preenchido pelos profissionais durante as visitas realizadas pela pesquisadora (Anexo A)

O segundo formulário foi de autoria da pesquisadora (Apêndice C), que foi entregue impresso e preenchido pelas PVHIV no momento da retirada da medicação com o farmacêutico da UDM.

Para a construção e a adaptação desses formulários, foram contempladas variáveis pertinentes ao estudo, que estão descritas no subitem 4.5.2.

4.5.2 Variáveis do estudo

O formulário respondido pelos profissionais contemplou as seguintes variáveis:

- a) identificação dos participantes; modalidade de assistência (eixo A: organização e rotinas da assistência médica; tempo de consultas médicas; intervalo entre consultas médicas; vínculo; trabalho dos médicos infectologistas e clínicos; atendimento médico para não agendados; eixo B: organização e rotinas da assistência de enfermagem; atividades do enfermeiro; eixo C: organização e rotinas da assistência de outros profissionais; rotina de atendimento do farmacêutico; eixo D: organização geral do trabalho; convocação de faltosos; padronização de condutas; fluxo de encaminhamento entre profissionais; eixo E: orientações e aconselhamento; atividades em sala de espera; orientações sobre o uso de retrovirais; eixo F: atividades específicas de adesão ao tratamento; adesão-

- rotinas e orientações para o uso de antirretrovirais);
- b) modalidade: gerenciamento técnico do trabalho (eixo A: coordenação do trabalho; reuniões de equipe; resolução de problemas e dificuldades; eixo B: registros, avaliação, monitoramento e planejamento; registro rotineiro de dados e avaliações; notificação compulsória; critério de abandono; critério e distribuição dos antirretrovirais; planejamento de atividades; eixo C: atualização dos profissionais; capacitação e experiência dos profissionais);
- c) modalidade: disponibilidade de recursos (eixo A: recursos humanos; capacitação e experiência dos infectologistas e clínicos; perfil e formação dos gerentes; exames de CD4 e carga viral).

O segundo formulário foi respondido pelas PVHA e abordou as seguintes variáveis: eixo A: caracterização da PVHIV; eixo B: estrutura da unidade de saúde e eixo C: atendimento oferecido pela equipe de saúde da unidade de saúde da APS, a partir do qual foi possível avaliar a satisfação desses usuários com o serviço de saúde.

4.5.3 Dados secundários

Para composição do banco de dados de fonte secundária, foram extraídas informações pertinentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para identificação do perfil das PVHA: idade, sexo, raça/cor, escolaridade, tempo de diagnóstico, tempo de tratamento, CD4, carga viral, notificação de doenças oportunistas, abandono de tratamento e atraso na retirada da TARV, entre outros, de forma a possibilitar o conhecimento da realidade atual do contexto da pesquisa.

4.6 Organização e análise dos dados

Os dados primários e secundários foram organizados em planilhas do Excel e submetidos à análise estatística descritiva e analítica, utilizando o *software* R, considerando o nível de significância de 5%. Os dados de análise descritiva do estudo foram apresentados por meio de frequências absolutas e relativas em percentual, apresentando a distribuição dos dados de forma detalhada em tabelas.

Para a análise de associação, o teste utilizado foi Exato de Fisher, o qual testou as associações entre as avaliações dos usuários e a vulnerabilidade dos bairros das

Unidades de Saúde onde eles fazem o acompanhamento na APS.

Para essas análises de associação, os bairros em que se situam as unidades de saúde da APS foram classificados em baixa (0,05 a 0,45), média (0,46 a 0,61) e alta vulnerabilidade social (0,62 a 0,96), a partir dos índices de exclusão social dos bairros (SAUER, 2012).

O referencial teórico para a discussão dos resultados foi pautado na integração da APS e VS (BRASIL, 2018b), permeada pelos quatro atributos essenciais para as ações e serviços da APS: (1) acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; (2) longitudinalidade; (3) integralidade; e (4) coordenação de atenção (STARFIELD, 2002), bem como pela tríade que avalia estrutura, processo e resultado dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1980).

4.7 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob protocolo n. 5.318.757 (CAAE 52445521.6.0000.0021).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo traduzem as perspectivas dos profissionais de saúde entrevistados em relação à descentralização do compartilhamento do cuidado do HIV e à satisfação da PVHA por meio da análise da estrutura das unidades de saúde que realizam o cuidado do HIV/Aids na APS, identificando a associação de fatores individuais e contextuais ao processo saúde-doença das PVHA e a análise de dados de base secundária do SINAN.

Na perspectiva do profissional, os principais achados possibilitaram a categorização profissional, a caracterização das unidades que compartilham o cuidado da PVHA na APS e o acesso e a estrutura para o manejo clínico dos pacientes. Para a PVHA, houve predomínio do sexo masculino (84,7%), idade de 26 a 35 anos (40,7%), homossexual – gay, lésbica – (55,9%), com tempo de diagnóstico de 6 meses a 3 anos (57,6%), dependentes do SUS em 71,2%.

Na avaliação da descentralização do cuidado da PVHA na APS, o cenário onde se dá a pesquisa é primordial, porque se espera influenciar os resultados, considerando o processo de trabalho diferenciado, principalmente por orientar-se pelos atributos essenciais empregados nesse nível de atenção, que serão vistos ao longo dessa narrativa: atenção ao primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e coordenação (STARFIELD, 2002).

Para a apresentação desses achados, os resultados foram organizados por meio de categorias, realizando a apresentação da categorização geral dos resultados obtidos por meio de dados primários e secundários, seguidos da apresentação dos resultados, considerando-se os quatro atributos essenciais para as ações e serviços da APS, sendo apresentados em (1) acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; (2) longitudinalidade do cuidado à PVHA; (3) integralidade na assistência; e (4) coordenação de atenção a PVHA; e, por fim, a avaliação dos usuários das Unidades do Compartilhamento do Cuidado da pessoa vivendo com HIV (PVHA) com a vulnerabilidade

5.1 Caracterização demográfica, clínica-epidemiológica das Pessoas Vivendo com HIV/Aids e categorização profissional e de unidades de saúde

5.1.1 Categorização geral dos resultados com dados primários

Os dados da tabela 1 apresentam, de forma descritiva, a caracterização profissional e Unidade de lotação dos profissionais participantes. Este estudo contou com a participação de 144 profissionais, lotados em sete UBSs e 15 UBSFs, sendo 38,2% médicos, 33,3% enfermeiros, 15,3% gerentes e 13,2% farmacêuticos, distribuídos em sete regiões de saúde de acordo com os distritos sanitários: Anhanduizinho, Segredo, Prosa, Centro, Lagoa, Bandeira e Imbirussu.

Tabela 1 - Categoria profissional e Unidade de lotação dos profissionais participantes da pesquisa (n=144)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Categoria Profissional	Enfermeiro	48 (33,3%)
	Farmacêutico	19 (13,2%)
	Gerente	22 (15,3%)
	Médico	55 (38,2%)
Unidade Lotação do Profissional	UBS 26 de Agosto	12 (8,3%)
	UBS Buriti	4 (2,8%)
	UBS Caiçara	6 (4,2%)
	UBS Carlota	4 (2,8%)
	UBS Jockey Club	1 (0,7%)
	UBS Lar do Trabalhador	7 (4,9%)
	UBS Tiradentes	16 (11,1%)
	UBSF Aero Italia	5 (3,5%)
	UBSF Estrela Dalva	6 (4,2%)
	UBSF Iracy Coelho	2 (1,4%)
	UBSF Jardim Itamaracá	7 (4,9%)
	UBSF Jardim Noroeste	7 (4,9%)
	UBSF Dr Fernando de Arruda Torres	8 (5,6%)
	UBSF Macaúbas	8 (5,6%)
	UBSF Mata do Jacinto	7 (4,9%)
UBSF Moreninha III	1 (0,7%)	
UBSF Nova Lima	4 (2,8%)	
UBSF Parque do Sol	6 (4,2%)	
UBSF Portal Caiobá	9 (6,3%)	

Variável	Categoria	Frequência (%)
	UBSF Santa Carmélia	8 (5,6%)
	UBSF Tarumã	7 (4,9%)
	UBSF Vila Nasser	9 (6,3%)

A característica preponderante do modelo assistencial é dada pela presença das práticas sanitárias desenvolvidas nos serviços de saúde e no trabalho de cada profissional. Nesse sentido, é importante considerar que esta pesquisa foi realizada na Atenção Primária em Saúde, que é componente chave do Sistema Único de Saúde. Reconhecidamente, em países que adotaram a APS como base, foram obtidos melhores indicadores de saúde, bem como vinculação de usuários dentro do sistema, resultados em relação ao processo de cuidado das condições crônicas, fomento das práticas preventivas, além da obtenção de maior grau de satisfação do usuário e melhor acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Na perspectiva do perfil clínico e epidemiológico da PVHA, evidenciou-se predomínio do sexo masculino (84,7%), idade de 26 a 35 anos (40,7%), homossexual – gay, lésbica – (55,9%), com tempo de diagnóstico de 6 meses a 3 anos (57,6%), dependentes do SUS em 71,2%. As informações sobre essas características dos usuários (PVHA) participantes da pesquisa são apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de frequências das informações dos usuários das Unidades do Compartilhamento do Cuidado da pessoa vivendo com HIV (PVHA), participantes da pesquisa (n=59)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Idade	16 a 25 anos	14 (23,7%)
	26 a 35 anos	24 (40,7%)
	36 a 45 anos	12 (20,3%)
	46 a 55 anos	3 (5,1%)
	56 a 65 anos	6 (10,2%)
Sexo Biológico	Feminino	9 (15,3%)
	Masculino	50 (84,7%)
Identidade de Gênero	Homem CIS	47 (79,7%)
	Mulher CIS	10 (16,9%)
	Mulher Trans	1 (1,7%)
	Não Binário	1 (1,7%)
Orientação Sexual	Bissexual - sente atração por ambos os sexos	10 (16,9%)
	Heterossexual - sente atração pelo sexo oposto	16 (27,1%)

Variável	Categoria	Frequência (%)
	Homossexual (gay, lésbica) - sente atração pelo mesmo sexo	33 (55,9%)
Há quanto tempo tem conhecimento do seu diagnóstico	Menos de 6 meses	11 (18,6%)
	De 6 meses a 1 ano	15 (25,4%)
	De 1 a 3 anos	19 (32,2%)
	De 3 a 5 anos	10 (16,9%)
	De 5 a 10 anos	3 (5,1%)
	Há mais de 10 anos	1 (1,7%)
Em qual situação teve conhecimento do HIV	A hora é agora	1 (1,7%)
	Ações de Saúde em Eventos	1 (1,7%)
	Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA	5 (8,5%)
	CRS/UPA	3 (5,1%)
	Posto de Saúde/Rede Pública	37 (62,7%)
	Rede Privada	12 (20,3%)
Possui Plano de Saúde	Não	42 (71,2%)
	Sim	17 (28,8%)
Unidade de Saúde que faz acompanhamento na Atenção Primária	UBS 26 de Agosto	22 (37,3%)
	UBS Buriti	2 (3,4%)
	UBS Carlota	1 (1,7%)
	UBS Jockey Club	3 (5,1%)
	UBS Lar Do Trabalhador	3 (5,1%)
	UBS Tiradentes	14 (23,7%)
	UBSF Fernando de Arruda Torres Jose Tavares	3 (5,1%)
	UBSF Macaúbas	6 (10,2%)
	UBSF Nova Lima	1 (1,7%)
	UBSF Santa Carmélia	3 (5,1%)
	UBSF Tarumã	1 (1,7%)

Embora os dados não reflitam as questões socioeconômicas, é importante destacar que o aumento do número de casos de Aids na população de baixa renda é preocupante, pois as mesmas desigualdades que aumentam a vulnerabilidade para a infecção pelo HIV também levam à diminuição do acesso aos serviços de saúde (PARKER *et al.*, 2000), afetando negativamente a evolução da doença. A pobreza não se limita a aspectos financeiros, mas está diretamente relacionada à exclusão, à precariedade de acesso a bens e a serviços existentes na sociedade. No que se refere à TARV, sabe-se que escolaridade e renda são importantes preditores de não-adesão (JORDAN *et al.*, 2000).

Os achados aqui relatados vão ao encontro dos dados da *United Nations Programme on HIV/Aids* (2023), que destacam o perfil das pessoas portadoras de HIV/AIDS nos últimos anos, salientando que têm aumentado os casos entre o sexo biológico masculino e em pessoas jovens.

É sabido que a população de PVHA que necessita ter acesso aos serviços de saúde pode apresentar um contexto de iniquidades, tornando o indivíduo vulnerável, daí a necessidade de políticas públicas que respondam às necessidade de saúde e traduzam para a prática a equidade requerida. “Serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida” (CARACIOLO *et al.*, 2007).

5.1.2 Categorização geral dos resultados com dados secundários

Foram cadastrados no SINAN, no período de 2021 a abril de 2023, um total de 1013 pessoas com diagnóstico de HIV/Aids no município de Campo Grande-MS. A tabela 3 exibe as características clínicas e demográficas dos indivíduos pesquisados no banco de dados secundário.

Tabela 3 – Características demográficas das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHIV) no município de Campo Grande-MS, 2021 a 2023 (n=1013)

Sexo	Nº	%
Ignorado	1	0,10
Masculino	794	78,38
Feminino	218	21,52
Faixa etária (anos)	Nº	%
10-14	2	0,20
15-19	34	3,36
20-34	520	51,33
35-49	295	29,12
50-64	145	14,31
65-79	16	1,58
80 ou mais	1	0,10
Distrito de Residência	Nº	%
Anhanduizinho	256	25,27
Bandeira	123	12,14
Centro	88	8,69

Imbirussu	108	10,66
Prosa	102	10,07
Segredo	190	18,76
Lago	143	14,12
Ignorado/Branco	3	0,30
Zona Residência	Nº	%
Ign/Branco	3	0,30
Urbana	1007	99,41
Rural	3	0,30
Raça/Cor	Nº	%
Ignorado/Branco	14	1,38
Branca	412	40,67
Preta	82	8,09
Amarela	45	4,44
Parda	454	44,82
Indígena	6	0,59
Escolaridade	Nº	%
Ignorado/Branco	116	11,45
1ª a 4ª série incompleta do EF	31	3,06
4ª série completa do EF	45	4,44
5ª a 8ª série incompleta do EF	134	13,23
Ensino fundamental completo	83	8,19
Ensino médio incompleto	72	7,11
Ensino médio completo	261	25,77
Educação superior incompleta	105	10,37
Educação superior completa	166	16,39
Categoria de Exposição	Nº	%
Ignorado	14	1,38
Homossexual	341	33,66
Homossexual/Drogas	4	0,39
Bissexual	110	10,86
Bissexual/Drogas	1	0,10
Bissexual/Hemofílico	1	0,10
Heterossexual	536	52,91
Heterossexual/Drogas	5	0,49
Perinatal	1	0,10
Critério de confirmação	Nº	%
CDC	319	31,49
RJ/CARACAS	35	3,46
HIV+	659	65,05
Contagem de linfócitos TCD4 ≤ 350	Nº	%
Ign/Branco	511	50,44
Sim	295	29,12
Não	207	20,43
Evolução	Nº	%
Vivo	954	94,18

Óbito por Aids (Letalidade)	58	5,73
Óbito por outras causas	1	0,10
Total	1013	100,00

Fonte SINAN/SVS/MS

Dadas as características demográficas dos indivíduos pesquisados no banco de dados secundários, estes refletem os dados primários, apresentando maior frequência do sexo masculino (78,38%), com predomínio de raça/cor parda (44,82%), e faixa etária entre 20 a 34 anos (51,33%). Esses dados corroboram as características nacionais reportadas ao SINAN. No Brasil, dados do Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2021) revelam que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, com percentual de 52,9% dos casos em relação à raça/cor autodeclarada, 39,4% ocorrem entre brancos e 51,7% entre negros (pretos e pardos, sendo as proporções estratificadas 10,9% e 40,8%, respectivamente).

Dentre os indivíduos estudados, constatou-se que 25,27% residem no distrito Anhanduizinho, predominantemente na zona urbana (99,41%). Em relação à escolaridade, 11,45% teve a informação ignorada, o que dificulta uma melhor avaliação dessa variável nos casos de infecção pelo HIV. Contudo, esse percentual nos dados nacionais são ainda superiores, chegando a 25,1% (BRASIL, 2021). Quanto aos casos com escolaridade informada, a maior frequência encontrada foi de ensino médio completo (25,77%), corroborando os dados nacionais de 21,5% (BRASIL, 2021).

Quanto à categoria de exposição, verificou-se que a opção sexual predominante (52,91%) foi de heterossexuais.

A tabela 10 exhibe resultados quanto ao critério de confirmação e contagem de linfócito TCD4 \leq 350 das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHIV). Quanto ao critério de confirmação, 65,05% são PVHA sem nenhuma manifestação de doenças oportunistas em tratamento oportuno e provável indetecção de carga viral equivalente a I = I (indetectável e intransmissível). Das PVHA, 31,49% apresentam o critério de classificação denominada de Critério CDC Modificado, que fundamenta-se na evidência laboratorial de infecção pelo HIV e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência, utilizando-se métodos diagnósticos definitivos. Em relação à contagem de linfócitos TCD4 \leq 350, em 50,44% dos casos a informação é ignorada ou em branco e 29,12% das PVHA apresentam a contagem de linfócitos TCD4 \leq 350, o que significa diagnósticos tardio, abandono de tratamento e óbitos por Aids.

E com relação à evolução dos casos, 5,73% evoluíram para óbito por complicações do HIV.

5.2 Acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde

Para Starfield (2002), a APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde. Assim, a acessibilidade compreende a utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

O primeiro contato pode ser definido quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado caso haja uma necessidade ou um problema de saúde (STARFIELD, 2002). Dessa forma, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível para não postergar e afetar adversamente o diagnóstico e o manejo do problema de saúde.

Na tabela 4 são apresentadas as distribuições de frequências das respostas dos profissionais em relação ao acolhimento e ao encaminhamento dos pacientes vivendo com HIV (PVHA).

De acordo com a maioria dos profissionais entrevistados (75,0%), o tempo médio de duração da consulta com o médico clínico geral é de 30 a 45 minutos, nos casos novos. Para 69,4% dos entrevistados, o médico identifica as necessidades e encaminha os pacientes para os diferentes profissionais ou para outras instituições; segundo 41,7%, todos os profissionais encaminham para todos da equipe. Observa-se que, de acordo com 69,4% dos profissionais, não há atividades com os pacientes na sala de espera.

Tabela 4 - Distribuição de frequências das respostas dos profissionais em relação ao acolhimento e encaminhamento de Pessoas vivendo com HIV - PVHA (n=144)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Tempo médio de duração da consulta com o médico clínico geral nos casos novos	15 minutos	11 (7,6%)
	30 minutos	55 (38,2%)
	45 minutos	55 (38,2%)
	60 minutos	23 (16%)
¹ Como os diferentes profissionais da equipe atendem e encaminham os pacientes	O médico identifica as necessidades e encaminha para os diferentes profissionais ou para outras instituições	100 (69,4%)
	Todos os profissionais encaminham para todos da equipe	60 (41,7%)
	Os pacientes são obrigatoriamente atendidos, pelo menos uma vez, pelos diferentes profissionais da equipe básica	23 (16,0%)
	Não existem outros profissionais com nível universitário além do médico	1 (0,7%)
¹ São realizadas atividades com os pacientes na sala de espera	Habitualmente não	100 (69,4%)
	Sim, habitualmente são realizadas palestras	39 (27,1%)
	Sim, habitualmente são passados vídeos educativos	10 (6,9%)
	Sim, discussão de temas propostos pelos pacientes	8 (5,6%)
	Outros	5 (3,5%)

¹ Para esta questão era possível assinalar mais de uma alternativa e por isso a soma dos percentuais pode ser superior a 100,0%.

Um dos fatores considerados para a estruturação desse tópico foi o tempo para o médico estabelecer o perfil inicial da PVHA, que deve ser suficiente para que se examine, formule e explique o sumário dos achados, oriente os exames e proponha um plano terapêutico. Portanto, é importante que se construam abordagens que permitam a expressão livre de questões e experiências por parte do usuário, criando condições para que se estabeleça um vínculo duradouro (BRASIL, 2018a).

Quanto ao tempo médio de duração da consulta, na opinião dos profissionais entrevistados e da PVHA, nota-se que este foi considerado adequado, tendo em vista que o tempo estimado de consulta é de 30 a 45 minutos e a agenda constituída por 16 consultas/por 8 horas de trabalho. Esse tempo de atendimento só é possível pelo fato de que na APS o processo de trabalho da equipe de saúde é diferenciado, e o

médico generalista é responsável por várias doenças e agravos em um mesmo território, o que possibilita ampliar o contato e o vínculo usuário-equipe (NAUFEL JUNIOR, 2017).

É sabido que no processo de cuidado o método centrado na pessoa prevê escuta atenta e qualificada, compreendendo os aspectos subjetivos do adoecimento, o que potencializa um plano terapêutico singular e consensuado. A literatura aponta um tempo suficiente para o desenvolvimento desse modelo em até 17 minutos de duração (GUSSO, 2012). Neste estudo, o tempo estimado foi de 30 a 45 minutos, o que sugere uma consulta com os componentes desse método (explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo, elaborando um plano conjunto de tratamento e intensificando a relação médico paciente). Essa qualificação é comprovada pela satisfação das PVHA que responderam esta pesquisa, pois assinalaram estar muito satisfeitos com o atendimento e o tratamento recebido pela equipe de saúde.

O estudo apontou que não são realizadas atividades em sala de espera, divergindo do que a literatura destaca como estratégia importante para a divulgação de informações em saúde por meio da discussão de temas propostos pelos próprios PVHA. Esse tempo de espera deve ser aproveitado para ampliar a comunicação do serviço com os usuários.

A problematização de temas trazidos pelas PVHA estimula a expressão de dúvidas e inquietações, cria oportunidades de aproximação e estabelece uma relação produtiva entre pacientes e profissionais do serviço. Deve-se fazer uso de dinâmicas adequadas a discussões de curta duração. Vídeos, outros recursos audio-visuais (catálogos, folders, etc) ou palestras devem ser utilizados como instrumentos para uma comunicação dialogada com os usuários. As temáticas abordadas nas salas de espera constituem-se em um conjunto de estratégias de estímulo à ampliação da autonomia e autocuidado da PVHA.

Nesse sentido, devem-se abordar temas que contribuam nessa direção, tais como: Discussão/ informações sobre diagnóstico e tratamento do HIV/Aids; Importância/ significado da prevenção positiva; Discussão/ difusão dos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids; e Informações sobre o funcionamento do serviço, entre outros temas de interesse das PVHA (MEIRELLES *et al.*, 2018).

Diante disso, no contexto da descentralização do cuidado das PVHA, faz-se ainda mais necessária a organização da agenda médica juntamente com o gestor, de

modo a encontrar meios para atender a população sem exaurir a capacidade física e mental dos servidores. Porém, essa agenda deve ser individualizada, levando em consideração o perfil dos usuários, o grau de complexidade da consulta, a série histórica do tempo praticado pelo profissional e o índice de absenteísmo, podendo haver variação desse tempo estimado (NAUFEL JUNIOR, 2017).

O primeiro atendimento médico à PVHA é mais prolongado e, por ser o primeiro contato, ela geralmente está envolvida em expectativas e ansiedades, e o profissional médico tem a necessidade de realizar uma investigação mais detalhada. Nesse momento, é essencial que esse profissional aborde aspectos que facilitem a compreensão bio-psicossocial da PVHA, melhorando a precisão do diagnóstico e a efetividade da consulta (KELLER *et al.*, 2014). As consultas médicas subsequentes são as de retorno, essenciais para o acompanhamento da PVHA. Sua maior efetividade requer que o profissional tenha tempo suficiente para estabelecer um diálogo que permita avaliar a evolução clínica, analisar os resultados de exames, discutir o uso da medicação, especialmente dos antirretrovirais, além da abordagem de temas relativos ao autocuidado e prevenção, entre outros temas relevantes.

5.3 Longitudinalidade do cuidado a PVHA

A longitudinalidade deriva da palavra longitudinal, cuja definição diz respeito a “[...] lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos” (STARFIELD, 2002). É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou mesmo da existência de algum problema.

Essa categoria será apresentada por meio da organização e rotinas da assistência médica, enfermagem e farmacêutica dentro da Rede de Atenção à Saúde.

5.3.1 Organização e rotinas da assistência médica

Em relação às rotinas da assistência médica (tabela 5), observa-se que o tempo médio de duração da consulta de retorno ao médico clínico geral é de 15 a 30 minutos (89,6%), e o intervalo médio entre as consultas de rotina para os pacientes em uso de antirretroviral é também de 15 a 30 minutos (79,1%).

Segundo a maioria dos profissionais (57,6%), o intervalo de rotina para o

retorno em consulta médica ou com profissional de nível superior, quando é introduzida a TARV ou na troca de esquema por falência nesse serviço, é de 30 dias. De acordo com 78,5% dos profissionais, o agendamento nas consultas de retorno é feito para o mesmo profissional. Durante a consulta médica de seguimento, além dos procedimentos técnicos de rotina, o médico preenche os formulários para dispensação de antirretrovirais (92,4%), orienta o uso de preservativo (76,4%) e investiga as dificuldades no uso de antirretrovirais (70,1%), entre outras orientações e encaminhamentos.

Tabela 5 - Distribuição de frequências das respostas dos profissionais em relação às rotinas da assistência médica de Pessoas vivendo com HIV - PVHA (n=144)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Tempo médio de duração da consulta de retorno com o médico clínico geral	15 minutos	44 (30,5%)
	30 minutos	85 (59%)
	45 minutos	10 (7%)
	60 minutos	5 (3,5%)
Intervalo médio entre as consultas de rotina para os pacientes em uso de antirretroviral	15 minutos	47 (32,6%)
	30 minutos	68 (47,2%)
	45 minutos	9 (6,3%)
	60 minutos	20 (13,9%)
Intervalo de rotina para o retorno em consulta médica ou com profissional de nível superior quando é introduzida a terapia antirretroviral ou na troca de esquema por falência nesse serviço	7 dias	21 (14,6%)
	15 dias	19 (13,2%)
	30 dias	83 (57,6%)
	60 dias	14 (9,7%)
	Não existe uma rotina diferente no início da terapia antirretroviral	7 (4,9%)
¹ Forma de agendamento nas consultas de retorno	Com o médico responsável, mas para atendimento com diferentes estagiários (alunos ou residentes)	1 (0,7%)
	O retorno não é agendado. O paciente é orientado a retornar em período estabelecido pelo médico ou pela rotina.	14 (9,7%)
	Para o mesmo profissional	113 (78,5%)
	Para o profissional com agenda disponível	17 (11,8%)
	Outros	4 (2,8%)
¹ Durante a consulta médica de seguimento, além dos procedimentos técnicos de	Preenche os formulários para dispensação de antirretrovirais	133 (92,4%)
	Orienta o uso de preservativo	110 (76,4%)

Variável	Categoria	Frequência (%)
rotina, o médico	Investiga as dificuldades no uso de antirretrovirais	101 (70,1%)
	Orienta o paciente sobre concepção/contracepção	91 (63,2%)
	Aborda questões relativas à sexualidade	88 (61,1%)
	Faz outras orientações ou procedimentos	88 (61,1%)
	Orienta resumidamente a medicação	74 (51,4%)
	Orienta detalhadamente o uso de medicação	74 (51,4%)
	Encaminha para outros atendimentos	70 (48,6%)
	Agenda pessoalmente o retorno	52 (36,1%)
	Encaminha para outro profissional para orientação detalhada da medicação	47 (32,6%)
	¹ Em relação ao tempo médio de experiência em HIV/Aids dos médicos clínicos-gerais responsáveis pelo seguimento da PVHIV	Todos os médicos possuem menos de 5 anos de experiência
A maioria dos médicos da equipe possui menos de 5 anos de experiência		50 (34,7%)
Há pelo menos 1 médico com 5 ou mais anos de experiência		47 (32,6%)
A maioria dos médicos da equipe possui mais de 5 anos de experiência		6 (4,2%)
Todos os médicos possuem 5 ou mais anos de experiência		5 (3,5%)

¹ Para esta questão era possível assinalar mais de uma alternativa e por isso a soma dos percentuais pode ser superior a 100,0%.

Quanto à consulta de retorno, quando é introduzida a TARV, o estudo apontou que a maioria dos profissionais indicam intervalo de 30 dias para o retorno em consulta médica e/ou com profissional de nível superior, contrapondo o que a literatura recomenda, que é de uma semana a quinze dias após o início do uso dos medicamentos (BRASIL, 2008).

Vale considerar que a periodicidade do agendamento dos retornos das consultas médicas deve adequar-se à fase do tratamento, às condições clínicas da PVHA e às possibilidades de agenda do serviço entre um intervalo médio de 30 a 60 dias para as PVHA em seguimento de rotina e uso de antirretrovirais; e para as PVHA em início de tratamento, intervalos inferiores a 30 dias para avaliação de necessidade

de mudança de esquema terapêutico ou sinais de não adesão (BRASIL, 2008).

Nas doenças crônicas como o HIV/Aids em que a PVHA necessita de acompanhamento permanente, o vínculo é uma das condições que contribui para assegurar a adesão ao tratamento e vinculação e retenção ao serviço de saúde (STARFIELD, 2002).

Para que haja vínculo, é necessário que se estabeleça uma relação de confiança e respeito, responsabilidade e compromisso entre a equipe de saúde e a PVHA, o que é facilitado pela definição de um médico assistente para cada PVHA em seguimento. Nos serviços que recebem alunos, estagiários e residentes, é importante que as PVHA estejam vinculadas a um determinado médico preceptor, que possa garantir uma linha de continuidade no tratamento e ser uma referência para a PVHA. Ambiente de confiança e sigilo entre profissionais e a PVHA requer que médicos e toda a equipe adotem uma postura de escuta, compreensão, apoio e respeito a PVHA, compartilhando decisões e contribuindo de forma solidária para a construção da sua autonomia, sem a emissão de juízos de valor que possam levar a atitudes punitivas e resultar em rejeições mútuas (BRASIL, 2008).

Para os profissionais entrevistados, a demanda mais frequente para os atendimentos “extras” é o término da medicação e, nesses casos, o profissional que está na linha de frente do acolhimento e escuta qualificada deve estar prontamente receptivo para direcionar a busca por consulta médica “extra” (sem agendamento prévio), identificando os motivos de procura e tomando medidas adequadas e resolutivas.

A ausência do planejamento para os atendimentos “extras” dá a conotação da falta de responsabilidade e compromisso com a resolução da demanda trazida pela PVHA. Um dos fatores que pode estar relacionado à falta nas consultas e/ou atendimentos agendados é a ausência da organização dos fluxos e serviços da unidade de saúde no que se refere à pouca disponibilidade de horário para agendamento e acolhimento, motivando o não comparecimento ao serviço.

Espera-se que o motivo de procura por atendimentos fora das agendas programadas seja por intercorrências clínicas. É notória a baixa procura por atendimentos sem agendamento quando a organização geral do serviço consegue responder a maioria das demandas programadas. As PVHA que perderem a consulta marcada, ficarem sem medicação ou buscarem o serviço motivados por demanda psicológica ou social devem ser prontamente atendidas pela equipe que possa

responder a essas necessidades com orientações e encaminhamentos para agendas internas ou externas.

As intercorrências clínicas devem ser avaliadas pelo médico, e o serviço hospitalar e/ou pronto-atendimento devem ser utilizados como referência nos casos de intercorrências clínicas graves e/ou na impossibilidade absoluta do serviço atender a esse tipo de demanda local. A garantia do atendimento à PVHA não agendada, além de fazer parte de uma atenção integral, é importante para a captação de faltosos ou em abandono de tratamento e, por essa razão, precisam ser prontamente atendidos. A interrupção do tratamento com ARV pode ocorrer pela perda da consulta agendada e, nesse sentido, deve ser priorizada para o atendimento em função do potencial comprometimento da adesão (BRASIL, 2008).

O tempo de experiência na assistência à PVHA está associado à qualidade técnica do cuidado. A experiência acumulada pelo médico é observada em UDM que tem um maior número de PVHA vinculados. Em UDM com número pequeno de PVHA em seguimento, deve ser organizada uma rotina de apoio matricial e supervisão clínica para suprir as lacunas do manejo da PVHA em relação à pouca experiência do profissional médico do território quando observada a necessidade (CARVALHO *et al.*, 2020). Em relação ao tempo médio de experiência em HIV/Aids dos médicos clínicos-gerais responsáveis pelo seguimento da PVHIV na APS, os dados apontam que os médicos das equipes possuem menos de 5 anos de experiência e essa é uma característica da rede de atendimento que tem uma rotatividade muito alta de profissionais médicos que migram para residência médica.

A formação técnica em atenção à gestão é fundamental para permitir que o gerente, independentemente de sua graduação, possa de fato exercer uma gerência técnica, que implica, entre outras tarefas, supervisionar e avaliar o trabalho de todos os profissionais, inclusive dos profissionais médicos. O conhecimento em epidemiologia e em políticas de saúde é também fundamental para o exercício das atividades técnicas de planejamento, avaliação e monitoramento do trabalho. Os serviços que não dispõem de profissionais com essa formação devem buscar ativamente seu aperfeiçoamento em universidades e nos espaços de capacitação, formação e educação continuada e permanente (STARFIELD, 2002).

Na tabela 6 são apresentados os resultados das análises descritivas das respostas dos profissionais em relação às rotinas de assistência dos outros profissionais não médicos.

Como atividades realizadas pelos enfermeiros, as mais indicadas foram: recepção e acolhimento de casos novos (91,7%); notificação epidemiológica (77,8%); triagem de intercorrências (69,4%); supervisão da equipe de enfermagem (65,3%); e visita domiciliar (57,6%). As atividades mais indicadas pelos profissionais que são realizadas na consulta de enfermagem foram: orientação sobre uso de preservativos (82,6%), orientação sobre uso correto de medicação (77,8%); atendimento às IST (71,5%); orientação sobre as formas de transmissão e cuidados domésticos (71,5%); e orientação sobre concepção/contracepção (70,1%).

Tabela 6 - Distribuição de frequências das respostas dos profissionais em relação às rotinas da assistência dos outros profissionais que não médicos no atendimento de Pessoas vivendo com HIV - PVHA (n=144)

Variável	Categoria	Frequência (%)
¹ Quais atividades são realizadas pelo enfermeiro	Recepção e acolhimento de casos novos	132 (91,7%)
	Notificação epidemiológica	112 (77,8%)
	Triagem de intercorrências	100 (69,4%)
	Supervisão da equipe de enfermagem	94 (65,3%)
	Visita domiciliar	83 (57,6%)
	Realização de grupos de adesão	37 (25,7%)
	Realização de grupos sobre outros temas específicos	35 (24,3%)
	Esse serviço não dispõe desse profissional	2 (1,4%)
	Outros	27 (18,8%)
¹ Na consulta de enfermagem (atendimento individual pelo enfermeiro) é realizado	Orientação sobre uso de preservativos	119 (82,6%)
	Orientação sobre uso correto de medicação	112 (77,8%)
	Atendimento às IST (abordagem sindrômica)	103 (71,5%)
	Orientação sobre as formas de transmissão e cuidados domésticos (Biossegurança)	103 (71,5%)
	Orientação sobre concepção/contracepção	101 (70,1%)
	Discussão sobre adesão	85 (59,0%)
	Atendimento aos casos de exposição ocupacional	75 (52,1%)
	Faz outras orientações ou procedimentos	61 (42,4%)
	Esse serviço não dispõe desse profissional	2 (1,4%)
	O enfermeiro não realiza consulta de	2 (1,4%)

Variável	Categoria	Frequência (%)
	enfermagem	
	Outros	30 (20,8%)
¹ As atribuições do farmacêutico são	Controle do suprimento e dispensação dos medicamentos	123 (85,4%)
	Dispensação de medicamentos	123 (85,4%)
	Orientação individual dos pacientes quanto ao uso da medicação	105 (72,9%)
	Treinamento e supervisão dos auxiliares de farmácia (ou dos outros profissionais que auxiliam na farmácia)	79 (54,9%)
	Supervisão e orientação da equipe médica sobre a adequação dos esquemas com antirretroviral	71 (49,3%)
	Controle de faltosos	69 (47,9%)
	Grupos de adesão	25 (17,4%)
	Outros	16 (11,1%)
	Esse serviço não dispõe desse profissional	10 (6,9%)

¹ Para esta questão era possível assinalar mais de uma alternativa e por isso a soma dos percentuais pode ser superior a 100,0%.

5.3.2 Organização e rotinas da assistência de enfermagem

O enfermeiro é o responsável técnico pela supervisão da equipe de enfermagem e, dentre as atividades desempenhadas por esse profissional, destaca-se: consulta de enfermagem, visita domiciliar, acolhimento, realização de grupos terapêuticos e de adesão e de outros temas específicos, notificação epidemiológica, pré e pós consulta médica para casos prioritários, atividades essas ancoradas pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), ferramenta legal que rege os princípios, os direitos, as responsabilidades, os deveres e as proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Distintamente do manejo de equipamentos e aparelhos, a pesquisa destacou que os profissionais enfermeiros das unidades do compartilhamento do cuidado da PVHA na APS se posicionam como linha de frente no acolhimento, com escuta qualificada, o que permite estabelecer vínculo na triagem e nas intercorrências devido a “*expertise*” na classificação do risco biológico em consonância com princípios científicos e perspectiva do aprimoramento da tecnologia do cuidado para a segurança

do paciente.

Especificamente para a PVHA, é enfatizado por esse profissional a adesão ao tratamento, formas de transmissão do HIV/Aids e de outras IST, sexo seguro, orientação sobre concepção e contracepção, abordagem sindrômica das IST e prática sexual e comportamento de risco. O desenvolvimento de ações educativas para PVHA, parceiros(as) e familiares e as atividades específicas de adesão e de redução de danos e atividades de controle e convocação de faltosos (busca ativa) são alguns dos temas básicos para os atendimentos e as consultas do enfermeiro (MACEDO; SENA; MIRANDA, 2013).

5.3.3 Organização e rotinas da assistência do farmacêutico

O profissional farmacêutico apresenta um importante papel no que se refere ao cuidado da PVHA pela importância da consulta farmacêutica, bem como no controle logístico do ressuprimento da rede de saúde em relação a TARV. Esse é um dado confirmado no estudo destacado pela atribuição do controle do suprimento e da dispensação dos medicamentos e orientação individual dos pacientes quanto ao uso da medicação. Novos fármacos são incorporados e dão ao farmacêutico um papel de destaque no apoio à qualidade da prescrição, o que inclui orientar individualmente a PVHA sobre o uso da medicações. A ele cabe também a supervisão e a orientação da equipe de saúde sobre a adequação dos esquemas antirretrovirais, a participação em grupos de adesão e o controle das PVHA faltosas (BRASIL, 2010b).

As atribuições do profissional farmacêutico têm se diversificado para além do campo da logística de medicamentos, dentre elas destaca-se a consulta farmacêutica individual ou em grupo para a orientação acerca do uso correto do medicamento, posologia e informações sobre a condição clínica da PVHA relacionada aos efeitos do medicamento e seu estilo de vida. E ainda: monitoramento das prescrições médicas quanto à adequação das combinações e esquemas terapêuticos, ajustes de doses e horários, interações medicamentosas, atualização do conhecimento e treinamento da equipe quanto aos tipos terapêuticos e suas posologias, bem como formas de acondicionamento e conservação dos medicamentos (RIBEIRO, 2019).

5.4 Integralidade na assistência

A integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção.

Vale destacar que a busca ativa deve ser realizada para todas as PVHA faltosas, principalmente para gestantes, crianças, PVHA com doença avançada do HIV/Aids e casos de abandono de tratamento. Os motivos e situações pelos quais a instituição pode necessitar entrar em contato devem ser bem explicados à PVHA, tais como: resultados de exames diagnósticos, ausências prolongadas e exames alterados, entre outros (FARIA; BERTOLOZZI, 2010).

No contexto do cuidado das PVHA na APS, os profissionais entrevistados demonstraram estar sensíveis ao monitoramento das PVHA em acompanhamento na unidade, destacando que, quando ocorre a falta ao atendimento agendado, o serviço convoca os pacientes em uso de TARV, sendo as condutas da equipe norteadas pelos protocolos desde o primeiro atendimento da PVHA.

A elaboração e a implantação de padronizações de condutas têm importância em três dimensões: para que o atendimento seja realizado de acordo com consensos baseados em evidências científicas e clínicas que orientam a prática profissional; para o desempenho da equipe de maneira homogênea entre os diferentes profissionais e de modo a permitir avaliações e revisões periódicas das normas e padrões adotados.

Quando os profissionais são convidados a construir suas rotinas de trabalho e protocolos de atendimento, incluindo a atualização das condutas técnicas, de forma a obter padronizações consensuadas, as eventuais resistências em seguir orientações padronizadas podem ser minimizadas. Para tanto, deve-se disponibilizar textos científicos, normas e/ou manuais já editados e outros documentos que possam auxiliar os profissionais na criação de protocolos e/ou adaptação dos já existentes à sua realidade. Essa prática traz benefícios para os profissionais, uma vez que respalda técnica e cientificamente suas condutas e procedimentos e, para o gerente e gestor da unidade, permite-lhe identificar fragilidades e fortalezas no serviço e, se necessário, corrigir os rumos de sua gestão (BRASIL, 2012a).

No quesito encaminhamento, todos os profissionais da equipe de saúde têm

aptidão e prerrogativa de encaminhar PVHA entre si, o que valoriza a responsabilidade de toda a equipe em avaliar as necessidades da PVHA e conhecer as diferentes alternativas de encaminhamento disponíveis no próprio serviço e em outras instituições, contrapondo a tendência centrada nos encaminhamentos exclusivamente médicos. Entretanto, o grau de liberdade para fazê-lo dependerá da forma como a equipe se organiza e interage.

O conhecimento das competências de cada um dos profissionais facilita o encaminhamento, na medida em que torna possível combinar as necessidades identificadas da PVHA com as habilidades dos profissionais. Não deve haver preponderância de um profissional sobre o outro em relação à autonomia para realizar os encaminhamentos necessários. O critério mais importante é o adequado reconhecimento da demanda da PVHA pelo profissional que o atende. Com a intensificação dos acordos e o aumento da interação da equipe, esses critérios de encaminhamento ficam mais claros, reduzindo possíveis conflitos que possam existir (BRASIL, 2008).

Na avaliação dos usuários quanto à estrutura e acesso às unidades, 72,9% estão muito satisfeitos com a higiene, limpeza e organização da unidade; 61,0% estão muito satisfeitos com o conforto das instalações na área de atendimento médico e 98,3% consideram que o serviço está localizado em região com fácil disponibilidade de transporte. Em relação ao atendimento recebido na recepção, 67,8% estão muito satisfeitos.

O estudo demonstra um alto grau de satisfação dos usuários em relação ao acesso, à estrutura física, higiene, limpeza e organização da unidade e com as instalações na área de atendimento médico, além de considerar que o serviço possui está localizado em região com satisfatória disponibilidade de transporte.

Estrutura física aceitável, possibilidade de acesso geográfico e boas condições de biossegurança para profissionais e usuários são condições mínimas para a instalação de serviços de assistência à PVHA. Acesso adequado inclui manter o funcionamento do serviço aberto ao público o maior tempo possível, já que o serviço deve se articular com outras unidades de saúde de funcionamento contínuo, objetivando garantir o atendimento, caso haja necessidade.

As consultas com hora marcada são uma forma de evitar longos períodos de espera e mostram respeito para com o usuário. Comunica-se, sempre que possível,

os pacientes agendados, caso se saiba previamente da ausência de um profissional, fortalecendo a comunicação respeitosa serviço-usuário. Essa manifestação de cuidado contribui para que o usuário faça o mesmo quando necessitar faltar a algum atendimento agendado. A coleta do maior número possível de exames no próprio serviço facilita o acesso e o vínculo do usuário ao serviço.

O encaminhamento dos usuários para a coleta de exames em outras unidades compreende: utilizar as formas de encaminhamento necessárias, como impressos e informações médicas; agendar dia e horário de atendimento; fornecer o número de telefone do local, bem como o endereço exato (com o número da sala e o andar do prédio, quando for o caso) onde será realizado o procedimento. Os resultados dos exames em tempo oportuno apoiam a decisão clínica, que deve ser assegurada de acordo com a rede de serviços (BRASIL, 2008).

Um percentagem alto de usuários (88,1%) se mostrou muito satisfeito com o atendimento e o tratamento recebido pela equipe de saúde. Já em relação ao tempo de espera, esse percentual caiu para 49,2%, sendo que 33,9% se dizem satisfeitos nesse item. O percentual de usuários muito satisfeitos também é alto em relação ao horário de funcionamento do serviço (81,4%) e encaminhamento ao serviço de saúde (72,9%).

Em relação ao acolhimento, o percentual de usuários muito satisfeitos foi de 54,2%, sendo que 28,8% estão satisfeitos. Em relação à abordagem, à privacidade nas abordagens e à clareza das informações prestadas, 62,7%, 57,6% e 61,0% respectivamente se consideram muito satisfeitos. No geral, 69,5% dos usuários estão muito satisfeitos e 22,0% estão satisfeitos com o atendimento recebido na unidade.

Tabela 7 - Distribuição de frequências da avaliação dos usuários das Unidades do Compartilhamento do Cuidado da pessoa vivendo com HIV (PVHA) (n=59)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Estrutura e acesso		
Satisfação com a Higiene, Limpeza, Organização da Unidade	Muito insatisfeito	0 (0,0%)
	Insatisfeito	1 (1,7%)
	Regular	5 (8,5%)
	Satisfeito	10 (16,9%)
	Muito satisfeito	43 (72,9%)
Conforto das Instalações na Área de	Muito insatisfeito	0 (0,0%)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Atendimento Médico	Insatisfeito	1 (1,7%)
	Regular	7 (11,9%)
	Satisfeito	15 (25,4%)
	Muito satisfeito	36 (61,0%)
Em relação ao acesso ¹	Esse serviço está localizado em região com fácil disponibilidade de transporte	58 (98,3%)
	O prédio tem planta física que facilita a circulação interna	16 (27,1%)
	Esse serviço está localizado em região de difícil acesso a transporte coletivos	2 (3,4%)
	Existem barreiras físicas nesse serviço como escadas e outros que dificultam a circulação interna	1 (1,7%)
Atendimento recebido		
Atendimento da Recepção: gentileza, atenção, informações	Muito insatisfeito	1 (1,7%)
	Insatisfeito	1 (1,7%)
	Regular	7 (11,9%)
	Satisfeito	10 (16,9%)
	Muito satisfeito	40 (67,8%)
Equipe de Saúde: Atendimento e Tratamento Recebido	Muito insatisfeito	1 (1,7%)
	Insatisfeito	1 (1,7%)
	Regular	2 (3,4%)
	Satisfeito	3 (5,1%)
	Muito satisfeito	52 (88,1%)
Tempo de Espera pelo Atendimento	Muito insatisfeito	2 (3,4%)
	Insatisfeito	4 (6,8%)
	Regular	4 (6,8%)
	Satisfeito	20 (33,9%)
	Muito satisfeito	29 (49,2%)
Horário de funcionamento do serviço	Muito insatisfeito	1 (1,7%)
	Insatisfeito	1 (1,7%)
	Regular	3 (5,1%)
	Satisfeito	6 (10,2%)
	Muito satisfeito	48 (81,4%)
Encaminhamento ao serviço de saúde, caso necessário	Muito insatisfeito	1 (1,7%)
	Insatisfeito	0 (0,0%)

Variável	Categoria	Frequência (%)
	Regular	4 (6,8%)
	Satisfeito	11 (18,6%)
	Muito satisfeito	43 (72,9%)
Como você considera o acolhimento	Muito insatisfeito	5 (8,5%)
	Insatisfeito	2 (3,4%)
	Regular	3 (5,1%)
	Satisfeito	17 (28,8%)
	Muito satisfeito	32 (54,2%)
Como você considera a abordagem dos profissionais de saúde	Muito insatisfeito	3 (5,1%)
	Insatisfeito	1 (1,7%)
	Regular	3 (5,1%)
	Satisfeito	15 (25,4%)
	Muito satisfeito	37 (62,7%)
Como você considera a privacidade das abordagens	Muito insatisfeito	5 (8,5%)
	Insatisfeito	1 (1,7%)
	Regular	5 (8,5%)
	Satisfeito	14 (23,7%)
	Muito satisfeito	34 (57,6%)
Como você considera a clareza das informações prestadas	Muito insatisfeito	4 (6,8%)
	Insatisfeito	2 (3,4%)
	Regular	3 (5,1%)
	Satisfeito	14 (23,7%)
	Muito satisfeito	36 (61,0%)
Houve alguma atividade que o incomodou, aconteceu algum problema durante o processo?	Não	56 (94,9%)
	Sim	3 (5,1%)
Teria alguma sugestão sobre o atendimento que recebeu	Não	45 (76,3%)
	Sim	14 (23,7%)
Como você considera o seu nível de satisfação com o atendimento recebido na Unidade de Saúde da Atenção Primária em Saúde que você faz o acompanhamento do Tratamento para o HIV	Muito insatisfeito	4 (6,8%)
	Insatisfeito	0 (0,0%)
	Regular	1 (1,7%)
	Satisfeito	13 (22,0%)
	Muito satisfeito	41 (69,5%)

¹ Para esta questão era possível assinalar mais de uma alternativa e por isso a soma dos percentuais pode ser superior a 100,0%.

É importante ressaltar que as demandas em saúde não se limitam às questões de ordem médica. Portanto, os aspectos biopsicossociais podem se constituir em demandas em qualquer momento do processo saúde-doença.

O significado de acolher é aprender a compreender e atender as demandas da PVHA, dispensando-lhes a devida atenção com o encaminhamento de ações direcionadas para a sua resolutividade. Dessa forma, acolher é o processo de inclusão do usuário no serviço de saúde e na rede de atendimento médico e psicossocial, conforme as expectativas e necessidades – percebidas ou não – do paciente (SEIDL, ZANNON; TRÓCCOLI, 2005).

Partindo desse prisma, os usuários entrevistados demonstraram um elevado grau de satisfação em relação ao atendimento recebido na recepção e no atendimento e tratamento recebido pela equipe de saúde. Vale ressaltar que o estudo também apontou que o enfermeiro é o principal profissional nessa linha de frente. O primeiro contato com o usuário faz parte da política de acolhimento do serviço, que abrange tanto os que chegam ao serviço pela primeira vez quanto os que já estão em acompanhamento e apresentam alguma demanda fora do agendamento previsto.

A prontidão e a resolutividade do primeiro atendimento estão relacionadas ao estabelecimento de vínculo com o usuário e à ampliação das chances de aceitação do diagnóstico e de adesão ao tratamento da PVHA. Esse contato deve oferecer espaço de conversa e escuta qualificada sobre o significado do diagnóstico e suas implicações para a vida cotidiana ao lado da investigação de queixas clínicas e aspectos sociais.

Os critérios de triagem do serviço devem ser bem definidos e claros, tanto para os profissionais quanto para os usuários. O acolhimento do usuário que não pertence ao território inclui uma avaliação da gravidade de seu estado clínico e/ou emocional. Nos casos de maior necessidade, o serviço deve prestar-lhe atendimento de imediato ou encaminhá-lo com segurança para o serviço de pronto atendimento. Na impossibilidade da consulta médica ocorrer no mesmo dia, o profissional que realiza o acolhimento poderá agilizar o processo, solicitando os exames de rotina (especialmente contagem de linfócitos CD4 e quantificação da Carga Viral) para que estejam disponíveis na ocasião da primeira consulta médica, que deve ser agendada o mais rapidamente possível (PASCHÉ, 2009).

5.5 Coordenação de atenção a PVHA

A Coordenação é, portanto, um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum (STARFIELD, 2002).

A organização do processo de trabalho na Atenção Básica realizada de forma fragmentada, verticalizada e autoritária, centrada na produtividade das ações e no controle e no cumprimento de regras administrativas, promove a alienação dos profissionais de saúde.

O desafio gerencial constitui-se em programar formas de participação e envolvimento dos diferentes atores no contexto da saúde, buscando aproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho para que haja a integração entre os profissionais que gerenciam o cuidado e o serviço de saúde. Essa forma de gestão também sustenta a necessidade de responsabilidade, autonomia e vinculação que as equipes de profissionais devem assumir para promoverem a saúde (LACERDA; MORETTI-PIRES, 2016).

Dados os levantamentos sobre a coordenação, esse estudo investigou, junto aos profissionais, a relação entre a organização e a gerência do serviço de atendimento à PVHA. Os dados apresentados na tabela 8 refletem a organização e a gerência do serviço, revelando que, entre os 43,1% dos profissionais entrevistados, estes relatam que há reserva de vagas na agenda dos médicos para atendimento de pacientes “extras” ou não agendados. Ainda segundo os profissionais, a demanda mais frequente para os atendimentos “extras” são término da medicação (80,6%).

De acordo com a maioria (51,4%), quando o paciente falta ao atendimento agendado, o serviço os convoca em uso de TARV. Observa-se que, segundo a maioria dos profissionais (61,8%), há padronizações de condutas (protocolos) no primeiro atendimento.

Tabela 8 - Distribuição de frequências das respostas dos profissionais em relação à organização e gerência do serviço de atendimento a Pessoas vivendo com HIV - PVHA (n=144)

Variável	Categoria	Frequência (%)
¹ De que maneira esse serviço soluciona o atendimento de pacientes “extras” ou não agendados	Há reserva de vagas na agenda dos médicos	62 (43,1%)
	Os pacientes são atendidos na dependência de vaga nas agendas médicas	40 (27,8%)
	Os médicos da Unidade fazem escala para atendimento desses pacientes	25 (17,4%)
	Esse serviço dispõe de médico(s) específico(s) para pronto atendimento a pacientes	9 (6,3%)

Variável	Categoria	Frequência (%)
	HIV/Aids	
	Após convocação sem comparecimento	3 (2,1%)
	Os pacientes são encaminhados para atendimento em Pronto Socorro não específico para pacientes HIV/aids	2 (1,4%)
	Outros	34 (23,6%)
¹ Quais as demandas mais frequentes para os atendimentos “extras” (consultas não agendadas para pacientes em seguimento)	Término da medicação	116 (80,6%)
	Intercorrências clínicas	64 (44,4%)
	Falta à última consulta agendada	44 (30,6%)
	Abandono de tratamento	25 (17,4%)
	Fornecimento de atestado para benefícios sociais	13 (9,0%)
	Resposta à convocação	11 (7,6%)
	Esse serviço não trabalha com agendamento prévio	3 (2,1%)
	O atendimento extra não é realizado	2 (1,4%)
	Não é possível obter essas informações	8 (5,6%)
¹ Caso o paciente com sorologia positiva confirmada não retornar a esse serviço	Convoca apenas se for gestante, tendo o cuidado de não quebrar o sigilo	15 (10,4%)
	Convoca, tendo o cuidado de não quebrar o sigilo	14 (9,7%)
	Aguarda o retorno espontâneo	2 (1,4%)
	Não se aplica, pois, a testagem é anônima	1 (0,7%)
¹ Quando o paciente faltar ao atendimento agendado, esse serviço	Convoca paciente em uso de antirretroviral	74 (51,4%)
	Convoca todos os faltosos	61 (42,4%)
	Convoca quando é caracterizado o abandono	58 (40,3%)
	Convoca os casos que apresentam exames alterados	44 (30,6%)
	Convoca os casos com maior gravidade clínica	40 (27,8%)
	Aguarda retorno espontâneo em todos os casos	23 (16,0%)
	Outros	16 (11,1%)
	Não se aplica, pois, esse serviço não faz controle de faltosos	7 (4,9%)
¹ Existência de padronizações de condutas (protocolos)	Sim, no primeiro atendimento nesse serviço	89 (61,8%)

Variável	Categoria	Frequência (%)
	Sim, na consulta médica inicial	63 (43,8%)
	Sim, no atendimento a condições específicas (como co-infecção HIV/tuberculose, gestantes acidentados de trabalho e outros)	57 (39,6%)
	Sim, na consulta médica de retorno	39 (27,1%)
	Sim, no atendimento por outros profissionais de nível universitário	34 (23,6%)
	Não há padronizações para as atividades da assistência	24 (16,7%)
	Outros	11 (7,6%)
¹ Realização da orientação do uso de antirretroviral	Na consulta médica	131 (91,0%)
	Na consulta do enfermeiro	87 (60,4%)
	Na farmácia, por farmacêutico ou pessoal auxiliar	66 (45,8%)
	Na consulta do farmacêutico	62 (43,1%)
	No atendimento individual por outros profissionais de nível superior	22 (15,3%)
	Nos grupos de discussão sobre adesão	5 (3,5%)
	Por auxiliar/técnico de enfermagem	5 (3,5%)
	¹ Para os pacientes em seguimento, o uso correto da medicação geralmente é verificado através de	Checagem de rotina em consulta médica sobre dificuldades com efeitos colaterais e posologia (horários e alimentação)
Questionamento sobre o uso correto		103 (71,5%)
Checagem de rotina sobre dificuldades relativas ao dia a dia (trabalho, fins de semana, festas etc.)		58 (40,3%)
Contagem dos medicamentos que sobraram		38 (26,4%)
Recordatório detalhado sobre as atividades diárias do paciente e o uso da medicação		18 (12,5%)
Checagem de anotações do paciente sobre o modo de uso diário, em caderno ou formulário específico.		12 (8,3%)
Grupo de adesão		7 (4,9%)

Variável	Categoria	Frequência (%)
	Não se aplica, pois, esse serviço não trabalha com agendamento.	3 (2,1%)
¹ Promoção sistemática de reuniões para discussão de casos e condutas clínicas	Não.	55 (38,2%)
	Sim, apenas quando há necessidade.	47 (32,6%)
	Sim, mensalmente.	17 (11,8%)
	Sim, quinzenalmente.	6 (4,2%)
	Sim, semanalmente.	24 (16,7%)
¹ Tipo de reuniões de trabalho realizadas periodicamente	Reuniões técnicas/administrativas com toda a equipe multiprofissional	69 (47,9%)
	Reuniões de caráter gerencial (administrativas)	65 (45,1%)
	Reuniões técnicas por categoria profissional	45 (31,3%)
	Reuniões ampliadas com a participação de pacientes ou de entidades representativas (ONGs)	8 (5,6%)
	Não há reuniões	20 (13,9%)
	Outras	21 (14,6%)
	¹ Nos últimos seis meses, esse serviço teve dificuldades gerenciais com	Acesso a exames de CD4/Carga Viral
Acesso a exames de laboratório em geral		36 (25,0%)
Encaminhamentos para especialidades		36 (25,0%)
Contratação de recursos humanos de nível superior		28 (19,4%)
Aquisição de material de consumo		26 (18,1%)
Aquisição de material permanente		20 (13,9%)
Medicação contra infecções oportunistas		15 (10,4%)
Medicação antirretroviral		13 (9,0%)
Vaga para assistência domiciliar terapêutica		10 (6,9%)
Vagas para internação		8 (5,6%)
Contratação de recursos humanos de nível médio (auxiliar/técnico)		7 (4,9%)
Vagas em hospital dia		7 (4,9%)
Vagas em maternidade		2 (1,4%)
Outros		55 (38,2%)
¹ A avaliação das atividades assistenciais é		Realizada periodicamente para reprogramação das atividades

Variável	Categoria	Frequência (%)
	Realizada esporadicamente, quando necessária	49 (34,0%)
	Realizada anualmente para prestação de contas	8 (5,6%)
	Realizada pela coordenação estadual ou nacional do programa	8 (5,6%)
	Não é realizada	33 (22,9%)
¹ As avaliações já realizadas nesse serviço basearam-se em	Relatórios de atividades	51 (35,4%)
	Dados epidemiológicos	42 (29,2%)
	Dados de produção ambulatorial	39 (27,1%)
	Levantamento do perfil da demanda	35 (24,3%)
	Não foram realizadas avaliações	31 (21,5%)
	Levantamento da satisfação dos usuários	11 (7,6%)
	Auditoria de prontuários	9 (6,3%)
	Outros	24 (16,7%)
¹ De rotina, o preenchimento das fichas de notificação epidemiológica é realizado pelo seguinte profissional	Enfermeiro	134 (93,1%)
	Médico	75 (52,1%)
	Auxiliar/técnico de enfermagem	14 (9,7%)
	Outro profissional de nível universitário	13 (9,0%)
	Profissional administrativo	5 (3,5%)
	O médico preenche a parte clínica e outro profissional preenche o restante	4 (2,8%)
	O enfermeiro preenche a parte clínica e outro profissional preenche o restante	2 (1,4%)
¹ Para os pacientes em uso de antirretroviral, qual o critério de abandono utilizado por esse serviço	Após convocação sem comparecimento	22 (15,3%)
	Duas faltas consecutivas na consulta médica (não importando o intervalo de tempo entre as consultas)	31 (21,5%)
	3 ou mais faltas consecutivas na consulta médica	22 (15,3%)
	2 meses de ausência no serviço	17 (11,8%)
	De 3 a 5 meses de ausência no serviço	28 (19,4%)
	6 meses ou mais de ausência no serviço	16 (11,1%)
	Não há critério de abandono	24 (16,7%)
	Outros	24 (16,7%)
¹ O controle da dispensação de medicamentos é feito através de	SICLOM (Sistema de Informação e Controle de	79 (54,9%)

Variável	Categoria	Frequência (%)
	Logística de Medicamento)	
	Ficha de cadastro individual, com informações sobre esquema terapêutico e data da retirada	75 (52,1%)
	Retenção da 2ª via da receita médica	64 (44,4%)
	Planilha de controle de medicamentos	35 (24,3%)
	Fichas de prateleira para controle de estoque de medicamentos	8 (5,6%)
	Esse serviço não tem esse tipo de controle	6 (4,2%)
	Livro de registro	6 (4,2%)
	Outros	25 (17,4%)
¹ Utilização dos dados epidemiológicos disponíveis da região para o planejamento de suas atividades	Não	65 (45,1%)
	Não, pois os dados estão desatualizados.	11 (7,6%)
	Não, pois os dados não estão disponíveis.	10 (6,9%)
	Sim	59 (41,0%)
¹ No último ano, esse serviço realizou o planejamento de suas atividades	Conforme articulação da gerência local com a Coordenação de IST/Aids	40 (27,8%)
	Através da continuidade das atividades desenvolvidas no ano anterior	37 (25,7%)
	Através do cumprimento das metas estabelecidas pela equipe de planejamento do nível central	31 (21,5%)
	Não houve planejamento local	31 (21,5%)
	Através de plano elaborado pela equipe local desse serviço	20 (13,9%)
	Conforme definido pelo diretor técnico	7 (4,9%)
	Através de plano elaborado pela equipe e por representantes de pacientes	5 (3,5%)
	Outros	31 (21,5%)
¹ No último ano, esse serviço promoveu ou enviou quais profissionais para reciclagem/capacitação	Médicos	117 (81,3%)
	Enfermeiros	99 (68,8%)
	Farmacêuticos	66 (45,8%)
	Auxiliares/técnicos de enfermagem	23 (16,0%)
	Outros	17 (11,8%)

Variável	Categoria	Frequência (%)
	Técnicos administrativos	14 (9,7%)
	Para nenhuma categoria	9 (6,3%)
¹ O gerente administrativo especificado anteriormente possui formação para a atividade gerencial	Não	35 (24,3%)
	Sim, através de outros cursos de capacitação na área gerencial	58 (40,3%)
	Sim, através de especialização em administração em saúde	5 (3,5%)
	Sim, através de especialização em saúde pública	24 (16,7%)
	Outros	38 (26,4%)
¹ A disponibilidade de cota para realização de exames de CD4 é, aproximadamente	1 exame por paciente por ano	11 (7,6%)
	2 exames por paciente por ano	46 (31,9%)
	3 exames por paciente por ano	72 (50,0%)
	Mais de 3 exames por paciente por ano	38 (26,4%)
	Exame não disponível	19 (13,2%)
¹ A disponibilidade de cota para realização de exames de carga viral é, aproximadamente	1 exame por paciente por ano	13 (9,0%)
	2 exames por paciente por ano	45 (31,3%)
	3 exames por paciente por ano	70 (48,6%)
	Mais de 3 exames por paciente por ano	35 (24,3%)
	Exame não disponível	17 (11,8%)

¹ Para esta questão era possível assinalar mais de uma alternativa e por isso a soma dos percentuais pode ser superior a 100,0%.

Com relação à rotina do preenchimento das fichas de notificação epidemiológica, segundo os profissionais, ela é feita por enfermeiros (93,1%) ou médicos (52,1%). Já o controle da dispensação de medicamentos é feito pelo Sistema de Informação e Controle de Logística de Medicamento (SICLOM) (54,9%) ou Ficha de cadastro individual, com informações sobre esquema terapêutico e data da retirada (52,1%) na maioria dos casos.

A definição de prioridades deve ser feita pelas equipes, com a participação de instâncias de controle social existentes na região e junto às instâncias superiores, de modo coerente com o plano de atividades. É importante realizar os registros de dados usuais de produção e dos dados epidemiológicos periodicamente e, ainda, levantamentos e análises de dados do próprio serviço associados ao uso de dados secundários já disponíveis e que não dependem de levantamento local para (re)orientar as prioridades e a organização das ações realizadas.

Diferentes instrumentos e fontes de informação são utilizadas em avaliações

locais, estas, por sua vez, devem focalizar principalmente dimensões de estrutura e processo e, sempre que possível, de resultados. Outras estratégias de avaliação utiliza instrumentos de aplicação individual por meio de discussões com representantes de ONG e/ou PVHA.

Essas avaliações, ao lado de reuniões com profissionais e discussões de casos, dentre outras alternativas, devem também subsidiar avaliações do trabalho local (REIS *et al.*, 2019). Todavia, os achados deste estudo apontam que os profissionais que responderam à pesquisa relataram que não utilizam os dados epidemiológicos para o planejamento das ações de saúde, fator esse que demonstra fragilidade no planejamento das ações, sendo que esses dados devem ser o norteadores das equipes de saúde em relação ao território.

Quando a equipe de saúde participa do planejamento das atividades, diminuem as resistências e as mudanças como também aumenta o compromisso dos profissionais com o desenvolvimento e os resultados das ações pactuadas. Da mesma forma, a participação dos usuários acrescenta um olhar diferente aos problemas, com conotação de maior legitimidade ao plano e à definição de prioridades (BRASIL, 2010a).

A exemplo, a notificação compulsória não deve ser encarada como uma atividade burocrática e, portanto, não deve ser delegada sem uma supervisão técnica adequada. As informações constantes na ficha de notificação são essenciais para o planejamento das ações de prevenção, controle e tratamento da doença. Além disso, os dados epidemiológicos disponíveis da região onde se encontra a unidade de atendimento podem ser utilizados para o planejamento das atividades do serviço. Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de realizar a notificação compulsória no exercício da profissão, devendo preencher todas as informações clínicas e epidemiológicas, incluindo as de categoria de exposição.

O gestor das unidades de saúde é corresponsável pela notificação e, portanto, deve se preocupar com a qualidade das informações e também que todos os campos sejam preenchidos. As atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, ao fluxo e à periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças são regulamentadas por meio do SINAN (FARIA; BERTOLOZZI, 2010) do serviço e subsídio básico para o planejamento das atividades e dos recursos que a equipe deverá utilizar para resgatar a PVHA para a vinculação e retenção ao serviço.

O abandono de tratamento do HIV é considerado quando a PVHA fica sem

TARV 100 dias ou mais, sendo que a não retirada de medicação é acusada pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM. A maioria dos profissionais apontaram que utilizam o SICLOM para o monitoramento de PVHA faltosos. Porém, os registros da farmácia não podem isoladamente ser utilizados para avaliar a adesão da PVHA, mas, aliados a outras estratégias, são de extrema importância na condução do monitoramento (BRASIL, 2008).

Uma forma de estabelecer um critério de abandono ao seguimento é levar em consideração o número de faltas ao serviço, e não um tempo fixo de ausência. O controle e a distribuição dos antirretrovirais é realizado pelas informações das Unidades de Dispensação de Medicamentos (UDM) para o planejamento da aquisição e distribuição dos medicamentos para os serviços de assistência.

A ausência de registro das informações de uso, consumo e estoque no SICLOM compromete o adequado ressuprimento de antirretrovirais. O ressuprimento dos antirretrovirais pelo Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis aos estados e municípios se baseia, entre outras, nas análises dos relatórios gerenciais do SICLOM.

É fundamental que todos os campos do Formulário de Cadastramento de Usuários SUS e do Formulário de Solicitação de Medicamentos do SICLOM, entre outros, sejam corretamente preenchidos e encaminhados às instâncias superiores. Todas as alterações na terapia antirretroviral devem ser registradas no Formulário de Solicitação de Medicamentos Antirretrovirais e comunicadas à área de logística do programa no âmbito estadual ou municipal, de acordo com a organização e os fluxos de encaminhamento dessa documentação definidos em cada região.

Com o intuito de evitar comprometimento no tratamento da PVHA, a UDM pode estimar estatisticamente o número esperado de novos tratamentos para determinado ARV e acrescentar essa quantidade na previsão de ressuprimento mensal. Isto pode ser feito por meio do levantamento histórico do número de tratamentos iniciados para determinado ARV nos últimos meses. Outra informação importante para melhorar a logística de medicamentos é a elaboração, em nível local, de uma planilha, onde constam a entrada de medicamentos, as quantidades dispensadas aos usuários e o estoque existente ao final de cada mês por tipo de antirretroviral. As informações contidas nessa planilha, para as UDM que já implementaram o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), estão presentes no Mapa de Movimento Mensal de Medicamentos/Aids.

Por meio desse Mapa e do Boletim Mensal para avaliação do uso de medicamentos/Aids do SICLOM, é possível calcular o consumo médio mensal e a cobertura de abastecimento para determinado medicamento, a fim de prever quando será necessário solicitar aos níveis gerenciais superiores sua reposição em tempo hábil para que não haja desabastecimento. Nos serviços em que alguns antirretrovirais nunca chegaram a ser utilizados porque não houve indicação para seu uso até aquele momento, o médico poderá efetuar a prescrição e o paciente aguardar o próximo retorno (30 dias) para iniciar o seu uso. Nesse período, o farmacêutico deverá fazer a solicitação do medicamento, com a devida justificativa, de forma a torná-lo disponível por ocasião do retorno da PVHA. Considerando que o início da terapia antirretroviral não é uma medida de urgência e que o profissional deve preparar o usuário para tal, não há problema em iniciar este preparo e aguardar a disponibilidade do medicamento (RIBEIRO, 2019).

Quando foram questionados sobre quais profissionais foram promovidos e enviados para cursos de capacitação no último ano, a maioria citou médicos (81,3%) e enfermeiros (68,8%).

É indispensável que todos os trabalhadores em saúde tenham treinamento específico antes de iniciar a assistência às PVHA. As características dinâmicas de evolução da epidemia, com alterações nos perfis de letalidade, gênero, acometimento da população jovem, entre outros, assim como a contínua inovação científica, com a produção de novas terapias antirretrovirais e de mecanismos de apoio diagnóstico e terapêutico, necessitam de constantes atualizações dos profissionais, às quais se relacionam à qualidade técnica da assistência.

Atualmente, a gestão do SUS trabalha com o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) e os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde são norteados pelas necessidades de saúde do território e da população adscrita, do próprio setor da saúde e do controle social. Um importante pressuposto da EPS é que os processos educativos ocorrem no mundo do trabalho, incorporando saberes produzidos no âmbito das práticas e sendo sempre contextualizados (STARFIELD, 2002). No contexto do estudo, a pesquisa apontou que os profissionais promovidos e enviados para cursos de capacitação nos últimos anos na maioria são médicos e enfermeiros.

Sobre os dados de exames e medicamentos, observou-se que, de acordo com a maioria dos profissionais, a realização da orientação do uso de antirretroviral é feita

na consulta médica (91,0%) e na consulta do enfermeiro (60,4%). Além disso, o uso correto da medicação geralmente é verificado por meio da checagem de rotina em consulta médica sobre dificuldades com efeitos colaterais e posologia (horários e alimentação) e também por intermédio de questionamentos sobre o uso correto (71,5%).

Os exames utilizados para avaliar a indicação e o monitoramento da terapia antirretroviral, bem como para realizar a vigilância da toxicidade medicamentosa e diagnosticar e tratar as doenças oportunistas são, na sua grande maioria, padronizados. A utilização das cotas de exames de CD4 e Carga viral deve ser otimizada para garantir a realização oportuna e suficiente para todos as PVHA, bem como para os casos com indicação de urgência médica. Muitas vezes esses exames não são utilizados na sua totalidade e isso pode acontecer por falhas na indicação médica oportuna ou devido à PVHA, que não comparece ao agendamento (KELLER *et al.*, 2014). O estudo apontou uma boa oferta de exames/ano por PVHA de CD4 e Carga viral, sendo que a PVHA realiza três exames de CD4 no ano e os exames de carga viral são realizados na mesma proporção. A realização de exames complementares exige indicação correta e oportuna, bem como a manutenção de tempo adequado de espera dos resultados. A observação dessas condições é de responsabilidade conjunta dos médicos e da equipe.

5.6 Avaliação dos usuários das Unidades do Compartilhamento do Cuidado da pessoa vivendo com HIV (PVHA) com a vulnerabilidade

A satisfação dos usuários com a higiene, limpeza e organização da Unidade está significativamente associada à vulnerabilidade do bairro onde se encontra a Unidade de Saúde em que ele faz o acompanhamento na Atenção Primária ($p < 0,05$).

A maioria dos usuários das Unidade de bairros de baixa e média vulnerabilidade (84,0% e 80,0%, respectivamente) está muito satisfeita com esse item, porém, entre as unidades de bairros com alta vulnerabilidade, apenas 42,9% dos usuários estão muito satisfeitos com esse item.

Também há associação significativa entre a satisfação do usuário com o atendimento da recepção (gentileza, atenção e informações) e a vulnerabilidade do bairro ($p < 0,05$). Os percentuais de usuários muito satisfeitos com esse item são de 80,0%, 65,0% e 50,0% nos bairros de baixa, média e alta vulnerabilidade,

respectivamente. Outro item que apresentou associação significativa com a vulnerabilidade do bairro da unidade foi a satisfação com a equipe de saúde (atendimento e tratamento recebido), $p < 0,05$.

Nota-se que 100,0%, 80,0% e 78,6% dos usuários das unidades de bairros de baixa, média e alta vulnerabilidade, respectivamente, estão muito satisfeitos com esse item. Além disso, a satisfação com a abordagem dos profissionais de saúde também está associada à vulnerabilidade do bairro ($p < 0,05$).

Entre os usuários de bairros de baixa, média e alta vulnerabilidade, 80,0%, 45,0% e 57,1%, respectivamente, estão muito satisfeitos com a abordagem. O item clareza das informações prestadas apresentou p-valor próximo ao limiar ($p = 0,0587$), sendo que 80,0%, 45,0% e 50,0% dos usuários dos bairros de baixa, média e alta vulnerabilidade, respectivamente, estão muito satisfeitos com as informações prestadas.

Tabela 09- Resultados das análises de associação da avaliação dos usuários das Unidades do Compartilhamento do Cuidado da pessoa vivendo com HIV (PVHA) com a vulnerabilidade dos bairros das Unidades de Saúde onde fazem o acompanhamento na Atenção Primária (n=59)

Variável	Categoria	Global Frequência (2%)	3Vulnerabilidade			p-valor
			Baixa Frequência (2%)	Média Frequência (2%)	Alta	
Estrutura e acesso						
Satisfação com a Higiene, Limpeza, Organização da Unidade	Muito insatisfeito	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,0097
	Insatisfeito	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (7,1%)	
	Regular	5 (8,5%)	0 (0,0%)	3 (15,0%)	2 (14,3%)	
	Satisfeito	10 (16,9%)	4 (16,0%)	1 (5,0%)	5 (35,7%)	
	Muito satisfeito	43 (72,9%)	21 (84,0%)	16 (80,0%)	6 (42,9%)	
Conforto das Instalações na Área de Atendimento Médico	Muito insatisfeito	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,8538
	Insatisfeito	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (7,1%)	
	Regular	7 (11,9%)	3 (12,0%)	2 (10,0%)	2 (14,3%)	
	Satisfeito	15 (25,4%)	6 (24,0%)	5 (25,0%)	4 (28,6%)	
	Muito satisfeito	36 (61,0%)	16 (64,0%)	13 (65,0%)	7 (50,0%)	
Em relação ao acesso ¹	Esse serviço está localizado em região com fácil disponibilidade de transporte	58 (98,3%)	25 (100,0%)	19 (95,0%)	14 (100,0%)	0,5763
	O prédio tem planta física que facilita a circulação interna	16 (27,1%)	6 (24,0%)	6 (30,0%)	4 (28,6%)	0,9320
	Esse serviço está localizado em região de difícil acesso a transportes coletivos	2 (3,4%)	1 (4,0%)	1 (5,0%)	0 (0,0%)	1,0000

Variável	Categoria	Global Frequência (2%)	3Vulnerabilidade			p-valor
			Baixa	Média	Alta	
			Frequência (2%)			
	Existem barreiras físicas nesse serviço como escadas e outros que dificultam a circulação interna	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (7,1%)	0,2373
Atendimento recebido						
Atendimento da Recepção: gentileza, atenção, informações	Muito insatisfeito	1 (1,7%)	1 (4,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,0158
	Insatisfeito	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (7,1%)	
	Regular	7 (11,9%)	3 (12,0%)	4 (20,0%)	0 (0,0%)	
	Satisfeito	10 (16,9%)	1 (4,0%)	3 (15,0%)	6 (42,9%)	
	Muito satisfeito	40 (67,8%)	20 (80,0%)	13 (65,0%)	7 (50,0%)	
Equipe de Saúde: Atendimento e Tratamento Recebido	Muito insatisfeito	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (7,1%)	0,0115
	Insatisfeito	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (7,1%)	
	Regular	2 (3,4%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	1 (7,1%)	
	Satisfeito	3 (5,1%)	0 (0,0%)	3 (15,0%)	0 (0,0%)	
	Muito satisfeito	52 (88,1%)	25 (100,0%)	16 (80,0%)	11 (78,6%)	
Tempo de Espera pelo Atendimento	Muito insatisfeito	2 (3,4%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	1 (7,1%)	0,1338
	Insatisfeito	4 (6,8%)	0 (0,0%)	2 (10,0%)	2 (14,3%)	
	Regular	4 (6,8%)	1 (4,0%)	2 (10,0%)	1 (7,1%)	
	Satisfeito	20 (33,9%)	7 (28,0%)	9 (45,0%)	4 (28,6%)	
	Muito satisfeito	29 (49,2%)	17 (68,0%)	6 (30,0%)	6 (42,9%)	
Horário de funcionamento do	Muito insatisfeito	1 (1,7%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	0 (0,0%)	0,0998
	Insatisfeito	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (7,1%)	

Variável	Categoria	Global	³ Vulnerabilidade			p-valor
			Baixa	Média	Alta	
			Frequência (2%)			
serviço	Regular	3 (5,1%)	1 (4,0%)	0 (0,0%)	2 (14,3%)	
	Satisfeito	6 (10,2%)	2 (8,0%)	4 (20,0%)	0 (0,0%)	
	Muito satisfeito	48 (81,4%)	22 (88,0%)	15 (75,0%)	11 (78,6%)	
Encaminhamento ao serviço de saúde, caso necessário	Muito insatisfeito	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (7,1%)	0,4064
	Insatisfeito	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
	Regular	4 (6,8%)	1 (4,0%)	2 (10,0%)	1 (7,1%)	
	Satisfeito	11 (18,6%)	3 (12,0%)	4 (20,0%)	4 (28,6%)	
	Muito satisfeito	43 (72,9%)	21 (84,0%)	14 (70,0%)	8 (57,1%)	
Como você considera o acolhimento	Muito insatisfeito	5 (8,5%)	2 (8,0%)	1 (5,0%)	2 (14,3%)	0,5595
	Insatisfeito	2 (3,4%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	1 (7,1%)	
	Regular	3 (5,1%)	1 (4,0%)	1 (5,0%)	1 (7,1%)	
	Satisfeito	17 (28,8%)	5 (20,0%)	7 (35,0%)	5 (35,7%)	
	Muito satisfeito	32 (54,2%)	17 (68,0%)	10 (50,0%)	5 (35,7%)	
Como você considera a abordagem dos profissionais de saúde	Muito insatisfeito	3 (5,1%)	1 (4,0%)	1 (5,0%)	1 (7,1%)	0,0132
	Insatisfeito	1 (1,7%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	0 (0,0%)	
	Regular	3 (5,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (21,4%)	
	Satisfeito	15 (25,4%)	4 (16,0%)	9 (45,0%)	2 (14,3%)	
	Muito satisfeito	37 (62,7%)	20 (80,0%)	9 (45,0%)	8 (57,1%)	
Como você considera a privacidade das abordagens	Muito insatisfeito	5 (8,5%)	1 (4,0%)	2 (10,0%)	2 (14,3%)	0,0831
	Insatisfeito	1 (1,7%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	0 (0,0%)	
	Regular	5 (8,5%)	1 (4,0%)	1 (5,0%)	3 (21,4%)	
	Satisfeito	14 (23,7%)	5 (20,0%)	8 (40,0%)	1 (7,1%)	

Variável	Categoria	Global	³ Vulnerabilidade			p-valor
			Baixa	Média	Alta	
		Frequência (2%)	Frequência (2%)			
	Muito satisfeito	34 (57,6%)	18 (72,0%)	8 (40,0%)	8 (57,1%)	
Como você considera a clareza das informações prestadas	Muito insatisfeito	4 (6,8%)	1 (4,0%)	1 (50%)	2 (14,3%)	0,0587
	Insatisfeito	2 (3,4%)	0 (0,0%)	1 (50%)	1 (7,1%)	
	Regular	3 (5,1%)	0 (0,0%)	1 (50%)	2 (14,3%)	
	Satisfeito	14 (23,7%)	4 (16,0%)	8 (40,0%)	2 (14,3%)	
	Muito satisfeito	36 (61,0%)	20 (80,0%)	9 (45,0%)	7 (50,0%)	
Houve alguma atividade que o incomodou, aconteceu algum problema durante o processo?	Não	56 (94,9%)	24 (96,0%)	18 (90,0%)	14 (100,0%)	0,6001
	Sim	3 (5,1%)	1 (4,0%)	2 (10,0%)	0 (0,0%)	
Teria alguma sugestão sobre o atendimento que recebeu	Não	45 (76,3%)	17 (68,0%)	18 (90,0%)	10 (71,4%)	0,2255
	Sim	14 (23,7%)	8 (32,0%)	2 (10,0%)	4 (28,6%)	
Como você considera o seu nível de satisfação com o atendimento recebido na Unidade de Saúde da Atenção Primária em Saúde que você faz o acompanhamento do	Muito insatisfeito	4 (6,8%)	1 (4,0%)	1 (50%)	2 (14,3%)	0,1657
	Insatisfeito	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
	Regular	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (7,1%)	
	Satisfeito	13 (22,0%)	3 (12,0%)	6 (30,0%)	4 (28,6%)	
	Muito satisfeito	41 (69,5%)	21 (84,0%)	13 (65,0%)	7 (50,0%)	

Variável	Categoria	Global	³ Vulnerabilidade			p-valor
			Baixa	Média	Alta	
		Frequência (² %)	Frequência (² %)			
Tratamento para o HIV						

¹ Para essa questão era possível assinalar mais de uma alternativa e por isso a soma dos percentuais pode ser superior a 100,0%. ²Percentuais nas colunas; ³categorização do índice de exclusão social: 0,05 a 0,45 (baixa vulnerabilidade); 0,46 a 0,61 (vulnerabilidade média) e de 0,62 a 0,96 (alta vulnerabilidade).

Este estudo apresentou limitações inerentes ao tamanho da amostra que, ao se apresentar em número reduzido, permite considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão, devido à obrigatoriedade do cumprimento da Lei 14.289, de 2022, sobre a preservação do sigilo da condição de pessoas com HIV, fundamental para evitar situações de constrangimento e discriminação. Vale ressaltar que outros estudos podem utilizar mais indicadores que avaliam o compartilhamento do cuidado da PVHA e adicionar a nossa avaliação, inspirando, a partir da sua utilização, outros municípios a descentralizar o cuidado da PVHA para a APS.

6 CONCLUSÃO

Os dados aqui apresentados trouxeram informações relevantes da assistência prestada à PVHA na APS, categorizando os profissionais de saúde e unidades do compartilhamento do cuidado. Nossos achados permitem analisar a qualidade dos serviços das unidades que compartilham o cuidado da PVHA nas dimensões de estrutura e processo da tríade de Donabedian, resultado das perspectivas dos profissionais de saúde entrevistados em relação à descentralização do compartilhamento do cuidado do HIV na APS.

Os principais achados desvelam aspectos relacionados a: acolhimento, escuta qualificada, manejo clínico e assistência do cuidado à PVHA prestada pelas equipes de saúde da APS, exercitada pelos seus atributos essenciais. As características sociodemográficas das PVHA que são assistidas nas unidades do compartilhamento do cuidado na APS são semelhantes ao perfil epidemiológico nacional do HIV, o que sinaliza a necessidade do fortalecimento da prevenção combinada na APS. Os resultados do estudo apontaram que a maioria das PVHA estão satisfeitas com as estruturas das unidades de saúde do compartilhamento do cuidado da PVHA, entretanto, não basta identificar as dimensões com maior importância ou desempenho realizados nos serviços públicos de saúde.

É necessário avaliar os pontos de melhoria de modo a contribuir para ações estratégicas que visem ao aumento de qualidade e de satisfação nos serviços ofertados às PVHA, que devem ser considerados na organização e gestão das unidades da APS. Sobre os fatores individuais e contextuais que interferem no processo saúde-doença das PVHA, três quesitos foram destacados: satisfação com a higiene, limpeza e organização da unidade; atendimento da recepção (gentileza, atenção, informações) e atendimento e tratamento recebido pela equipe de saúde.

A pesquisa identificou significância e correlação de fatores individuais e contextuais que interferem no processo saúde-doença das PVHA, observando que aquelas que utilizam unidades de saúde localizadas em bairros com maior vulnerabilidade são mais satisfeitas em relação aos quesitos organização da assistência, atendimento prestado pela recepção e abordagem pela equipe.

O modelo sistemático de avaliação incorporado na descentralização do Compartilhamento do Cuidado da PVHA na APS produzido neste estudo pode influenciar decisões pautadas em dados validados cientificamente e subsidiar

estratégias de gestão pública e aperfeiçoamento de ações socialmente adequadas para o fortalecimento da Política de Assistência da PVHA.

7 RELEVÂNCIA, APLICABILIDADE E IMPACTO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

A relevância em analisar a descentralização do compartilhamento do cuidado da pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA) na Atenção Primária à Saúde (APS) de Campo Grande-MS implica a busca pela integralidade da atenção à saúde e a necessidade de orientar as práticas assistenciais de acordo com as necessidades dessa população e do diagnóstico situacional do território.

Quanto mais resolutivas e de fácil acesso forem as equipes de saúde da família, maior será a capacidade de construir o diagnóstico local e, conseqüentemente, planejar as ações de promoção à saúde, prevenção e assistência, abordagem clínico-diagnóstica, aconselhamento com apoio emocional, suporte social com o estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e as PVHA usuárias do serviço. Essas ações são capazes de promover um forte impacto na epidemia do HIV/Aids e na incidência das infecções sexualmente transmissíveis no município.

É importante ressaltar que, na política de descentralização do cuidado da PVHA na saúde da família, considera-se o acompanhamento de casos assintomáticos, ou seja, a ausência de coinfeções relacionadas à imunodeficiência, contagem de CD4 maior que 350 células/mm³. Considerando que o HIV é tratado como uma doença crônica, as ações que envolvem o manejo clínico do HIV, a solicitação de exames de carga viral e a situação imunológica que são conduzidas por meio de equipe multidisciplinar impactam na melhoria da qualidade da assistência e na diminuição no número de internações por agravamento do HIV, já que no território possui mais proximidade, contato e vínculo com os profissionais da unidade de referência.

Contudo, o crescente número de PVHA vinculado às equipes de saúde da família favorece positivamente a sobrecarga de atendimentos nos serviços especializados, melhorando a lista de espera na regulação de vagas e permitindo que os casos mais complexos da doença avançada sejam priorizados.

A descentralização do cuidado da PVHA na saúde da família traz algumas potencialidades que são destacadas, tais como: condição favorável do paciente em optar pela unidade de vinculação no seu território; facilidade para a análise dos dados epidemiológicos; percepção acerca da ampliação do acesso; participação do movimento social e comunidade; lógica de trabalho orientada pelos princípios do SUS

e maior número de capacitações e apoio matricial.

Com o resultado da descentralização do cuidado das PVHA para as equipes de saúde da família na APS, busca-se a elaboração e a reformulação de políticas para o aprimoramento da rede de serviço de saúde em todos os níveis de atenção para a implementação das linhas de cuidado da PVHA nos mais diversos campos de atenção em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. L.; LAGO, R. F; ENGSTROM, E. M. O cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: uma avaliação de implantação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp., p. 31–47, 2022.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YbBQsd9BDLmgGZjbGjpXKTK/abstract/?lang=pt>.

Aceso em 12 fev. 2023.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007 . Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200022&lng=pt&nrm=iso)

[script=sci_arttext&pid=S141381232007000200022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200022&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>.

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 130 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 84).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

BRASIL. Ministério da Saúde (MS) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de

DST, Aids e Hepatites Virais. **O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica - Manual para Profissionais Médicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Qualiaids**: caderno de recomendações da avaliação Qualiaids. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual técnico de elaboração da cascata de cuidado contínuo do HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Manejo da Infecção Pelo HIV em Adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf. Acesso em: 08 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim epidemiológico HIV/aids** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>. Acesso em: 09 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim epidemiológico HIV/aids** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/hiv-aids/boletim_aids_2021_internet.pdf/view. Acesso em: 20 nov. 2022.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARAES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 267-278, dez. 2007. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 ago. 2023. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000400005>.

BRITO A. M., CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. E. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar./abr., 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/zBSKHBDyfvfz7cLQp7fsSBg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2022.

CALAPRICE, A. **The Ultimate Quotable Einstein**. Princeton University Press, 2010. Nota: Trecho de uma declaração dada para a publicação "The Dink", da Universidade de Princeton, em dezembro de 1933.

CARACIOLO, J. M. M. Adesão na população em situação de rua. *In*: CARACIOLO, J. M. M.; SHIMMA, E. (org.). **Adesão da teoria à prática**: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, 2007. p. 140-145

CARVALHO V. K. A.; GODOI, D. F.; PERINI, F. B.; VIDOR, A. C. Cuidado compartilhado de pessoas vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária: resultados da descentralização em Florianópolis. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.15, n. 42, p. 1-15. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2066](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2066). Acesso em: 20 abr. 2022.

CECCATO, M. G. B.; ACURCIO, F. A.; BONOLO, P. F.; ROCHA, G. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Compreensão de informações relativas ao tratamento antirretroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1388-1397, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZJWFrNP8f7rHPwzLqmx8VGK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 564**, de 6 de novembro de 2017. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 30 abr. 2018.

DEEKS, S. G.; OVERBAUGH J.; PHILLIPS, A.; BUCHBINDER, S. HIV infection. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 1, p. 1-22, 2015. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrdp201535>. Acesso em: 15 jan. 2023.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. *In*: DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Michingan (USA): Health Administration Press, 1980. p. 77-125.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 789-795, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MqLWJKPDrm4jm7pw7FGGrCZx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2022.

FIGUEIREDO L. A. *et al.* Provision of health care actions and services for the management of HIV/Aids from the users' perspective. **Revista da Escola de**

Enfermagem da USP, v. 48, n. 6, p.1026-1034, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BqvGNqCWjgtdpVgNt6H83bN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

GALLO, R. C.; MONTAGNIER, L. The Discovery of HIV as the Cause of Aids. **New England Journal of Medicine**, v. 349, n. 24, p. 2283–2285, Dec. 2003. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp038194?articleTools=true>. Acesso em: 20 jan. 2023.

GRANGEIRO, A.; TEIXEIRA, L.; BASTOS, F. I.; TEIXEIRA, P. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40 (supl.), p. 60–69, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/YfPR8sxbjYSsMwx6hVdZCSz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2023.

GUSSO, G; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de Família e Comunidade**. 1. ed. Porto Alegre, RS: ARTMED, 2012.

JOHNSTON, S.; KENDALL, C; HOGEL, M.; MCLAREN, M.; LIDDY, C. Measures of quality of care for people with HIV: a scoping review of performance indicators for primary care. **PLoS ONE**, v. 10, n. 9, p. 1-11, 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0136757>. Acesso em: 25 mar. 2023.

JOHNSTON, S. Measures of Quality of Care for People with HIV: A Scoping Review of Performance Indicators for Primary Care. **PLoS One**. p.1-11, Sep. 2015. e0136757. Doi: 10.1371/journal.pone.0136757.

JORDAN, M. S.; LOPES, J. F.; OKAZAKI, E.; KOMATSU, C. L.; NEMES, M. I. B. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. (orgs.). **Tá difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids, 2000. p. 5-25

KELLER, S. C.; YEHA, B. R.; MOMPLAISIR, F. O.; EBERHART, M. G.; SHARE, A.; BRADY, K. A. Assessing the overall quality of health care in persons living with HIV in an urban environment. **AIDS Patient Care STDS**, v. 28, n. 4, p. 198-205, Apr. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3985506/>. Acesso em: 10 dez. 2022.

LACERDA, J. T; MORETTI-PIRES, R. O. (orgs.). **Processo de trabalho na atenção básica [recurso eletrônico]**. 2. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://unarus.ufsc.br/atencobasica/files/2017/10/Processo-de-Trabalho-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2023.

MACEDO, S. M.; SENA, M. C. S.; MIRANDA, K. C. L. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, mar./abr. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200007. Acesso em: 20 jan. 2023.

MACHADO, S. S. Apoio institucional na atenção básica: a experiência no município de Salvador-BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p.139-149, 2015. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/760>. Acesso em: 17 mar. 2023.

MAGAJEWSKI, L.; ANDRADE, S. R. **Gestão e Avaliação na Atenção Básica**. 3. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

MARQUES, P. M. F. (coord.). Secretaria de Gestão Participativa. **Diagnóstico das Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diag_med_ant_retro01a.pdf. Acesso em: 14 dez. 2022.

MEIRELLES, B. H. S.; KOERICH, M. H. A. L.; COSTA, V. T.; LANZON, G. M. M. Satisfação dos usuários com um serviço de referência no cuidado do HIV. **Avances en Enfermería**, v. 36, n. 3, p. 320-327, set./dez., 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n3/0121-4500-aven-36-03-320.pdf>. Acesso em: 17 jul, 2022.

MELO, E. A.; MAKSUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1-5, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>. Acesso em: 18 mar. 2021.

MERHY, E. A rede básica como construção da saúde pública e seus dilemas. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 1. ed. São Paulo: Hucitec; Lugar Editorial, 1997. p.71-112.

NAUFEL JUNIOR, C. R. N. **Tempo de uma consulta: padronização de agendas**. PARECER N.º 2876/2022 CRM-PR. Curitiba, 2022. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/PR/2022/2876_2022.pdf. Acesso em: 10 mar. 2023.

OLIVEIRA, M. A. C.; Pereira, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 2 maio 2022.

OLIVEIRA, A. S. 2015. **Envelhecimento Populacional e o surgimento de novas demandas de Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Geografia). Universidade Federal do Espírito Santo, ES, 2015.

PARKER, R.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n.1, p. 89-102, 2000. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/kLpwTL3XQyJjpQMfmCHdP9c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 dez. 2021.

PASCHE, F. D. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 13, supl.1, p. 701-708, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/qdydRTR3nMMjCjWLj4vzPPr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 jan. 2022.

PENA, M. M.; SILVA, E. M. S.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 4, n. 5, p.1235-1240, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500030>. Acesso em: 5 abr. 2022.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. supl. 10, p. 1201-1208, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wghzVXCLJFrmVC8Zsc75wRn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2023.

REIS, E. J. F. B. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n.1, p. 50–6, 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100006>. Acesso em: 14 abr. 2022.

RIBEIRO, T. C. 2019. **Avaliação da qualidade do serviço ambulatorial especializado oferecido às pessoas vivendo com HIV em município do interior do Rio Grande do Sul**. Monografia (Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde). Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2019. Disponível em:<http://hdl.handle.net/1843/33773>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SANTOS, C. T.; OLIVEIRA, M. C.; PEREIRA, A. G. S.; SUZUKI, L. M.; LUCENA, A. F. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.34, n.1, p.111-118, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n1/14 .pdf](http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n1/14.pdf). Acesso em: 20 maio 2022.

SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C. Repensando a Aids depois dos antiretrovirais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p.455-462, 2006.

SILVA, L. M. S.; GUIMARÃES, T. A.; PEREIRA, M. L. D.; MIRANDA, K. C. L.; OLIVEIRA, E. N. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/Aids. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 2, p. 97-104, abr./jun. 2005. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v14n2/v14n2a05.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2023.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.; TRÓCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com

HIV/Aids: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicologia Reflexão e Crítica**, [S.l.], v. 18, n. 2, p.188-195, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/kZPSW7Ck9mMvV3fYR5fWnCH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** [Internet]. Brasília (DF): UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. 726 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 6 fev. 2022.

TAKEMOTO, A. Y.; OKUBO, P.; BEDENDO, J.; CARREIRA, L. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, RS, v. 32, n. 2, p. 256-262, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a07v32n2.pdf>. Acesso em: 20 maio 2022.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **90-90-90**: An ambitious treatment target to help end the Aids epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/Aids (UNAIDS), 2014. Disponível em: <http://www.UNAIDS.org/en/resources/documents/2017/90-90-90>. Acesso em: 20 ago. 2018.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Global Aids Update: Seizing the Moment July 2020**. Disponível em: <http://aidsinfo.UNAIDS.org>. Acesso em: 5 abr. 2021.

VENANZI R. E. *et al.* Investigational drugs in HIV: Pros and cons of entry and fusion inhibitors (Review). **Molecular Medicine Reports**, v. 19, n. 3, p.1987-1995, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30628713/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

VILLARINHO, M. V.; PADILHA, M. I. Feelings reported by health workers when facing the Aids epidemic (1986- 2006). **Texto & Contexto Enfermagem** [Internet]. v. 25, n.1, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000010013>. Acesso em: 3 jun. 2022.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 785–806. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S010373312016000300005>. Acesso em: 20 jan. 2022.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **Avaliação em Saúde: Descentralização do Compartilhamento do Cuidado da Pessoa Vivendo com HIV (PVHIV) na Atenção Primária em Saúde do município de Campo Grande – MS**, desenvolvida pelos pesquisadores **Fabiane Marques Neves Dittmar Duarte** e **Alessandro Diogo De Carli**.

O objetivo central do estudo é Avaliar a Descentralização do Compartilhamento do Cuidado do Pacientes Vivendo com HIV (PVHIV) na Atenção Primária em Saúde do município de Campo Grande - MS, segundo o modelo de avaliação em saúde de Donbabadian. Tem como justificativa o fato de que não existe um modelo sistemático de avaliação que considere as diferentes vertentes deste novo modelo assistencial, o que pode impactar a continuidade da proposta tanto do ponto de vista da profissionais de saúde como da Pessoa Vivendo com HIV (PVHIV).

O convite para a sua participação se deve ao fato de pertencer ao grupo de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e gerentes) que pertence uma das 22 Unidades do Compartilhamento do Cuidado da PVHIV na APS instituída no município.

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 terá prejuízo algum caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um formulário estruturado adaptado do QUALIAids que destaca: Identificação do profissional; Modalidade Assistência; Modalidade: Gerenciamento Técnico do Trabalho; Modalidade: Disponibilidade de Recursos.

O tempo de duração para o preenchimento do formulário é de aproximadamente de 15 a 20 minutos e serão armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas os pesquisadores.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo digital, sob guarda e responsabilidade do pesquisador responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS no 466/2012.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é trazer benefícios aos profissionais de saúde e PVHIV no que tange soluções de problemas e assistência adequada no Compartilhamento do Cuidado da PVHIV na APS. Além de influenciar em decisões e subsidiar estratégias de gestão na política de saúde para o fortalecimento e implementação da Assistência à Pessoa Vivendo com HIV no município de Campo Grande – MS, impactando positivamente no controle do HIV e, conseqüentemente, nos indicadores de morbidade e mortalidade do município retratados nos boletins epidemiológicos.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

O preenchimento dos formulários não oferece risco imediato, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto e/ou constrangimento e a possibilidade de quebra de confidencialidades ao responder alguma questão, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço ao responder o formulário. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, poderá optar pela suspensão imediata do preenchimento do formulário. Em caso de gastos decorrentes de sua participação na pesquisa, você (e seu acompanhante, se houver) será ressarcido, exclusivamente para despesas de transporte e alimentação, quando necessário.

Ainda, receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo pesquisador), pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes da pesquisa oferecido pela Rede Municipal de Saúde mesmo posterior ao encerramento da pesquisa.

Em caso de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa, você será indenizado cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e no formato de dissertação/tese.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador.

Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável através do Fabiane Marques Neves Dittmar Duarte”, do telefone (67) 99984-8669”, ou por meio do endereço (profissional) endereço Rua Bahia, nº 280, Centro, Campo Grande - MS.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró - Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Nome e assinatura do pesquisador

_____, _____ de _____ de _____
Local e data

Nome e assinatura do participante da pesquisa

_____, _____ de _____ de _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **Avaliação em Saúde: Descentralização do Compartilhamento do Cuidado da Pessoa Vivendo com HIV (PVHIV) na Atenção Primária em Saúde do município de Campo Grande – MS**, desenvolvida pelos pesquisadores **Fabiane Marques Neves Dittmar Duarte** e **Alessandro Diogo De Carli**.

O objetivo central do estudo é avaliar o serviço prestado aos Pacientes Vivendo com HIV (PVHIV) nas unidades do Compartilhamento do Cuidado na Atenção Primária em Saúde do município de Campo Grande – MS.

O convite para a sua participação se deve ao fato de pertencer ao grupo de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) que são atendidas em uma das 22 Unidades do Compartilhamento do Cuidado da PVHIV na APS instituída no município.

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 terá prejuízo algum caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um formulário estruturado que destaca: Identificação da PVHIV; Modalidade Sobre a estrutura da Unidade de Saúde; Modalidade: Relação ao atendimento oferecido pela equipe de saúde da APS e o consentimento para que os pesquisadores acessem seus dados de prontuário.

O tempo de duração para o preenchimento do formulário é de aproximadamente de 15 a 20 minutos e serão armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas os pesquisadores.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo digital, sob guarda e responsabilidade do pesquisador responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS no 466/2012.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é trazer benefícios as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) e aos profissionais de saúde no que tange soluções de problemas e assistência adequada no Compartilhamento do Cuidado da PVHIV na APS.

Além de influenciar em decisões e subsidiar estratégias de gestão na política de saúde para o fortalecimento e implementação da Assistência à Pessoa Vivendo com HIV no município de Campo Grande – MS, impactando positivamente no controle do HIV e, conseqüentemente, nos indicadores de morbidade e mortalidade do município retratados nos boletins epidemiológicos.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Caso algumas dessas possibilidades ocorram, poderá optar pela suspensão imediata do preenchimento do formulário. Ainda, receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo pesquisador), pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes da pesquisa oferecido pela Rede Municipal de Saúde mesmo posterior ao encerramento da pesquisa. Em caso de gastos decorrentes de sua participação na pesquisa, você (e seu acompanhante, se houver) será ressarcido, exclusivamente para despesas de transporte e alimentação, quando necessário. Em caso de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa, você será indenizado cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e no formato de dissertação/tese. Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador. Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável através do Fabiane Marques Neves Dittmar Duarte”, do telefone (67) 99984-8669”, ou por meio do endereço (profissional) endereço Rua Bahia, nº 280, Centro, Campo Grande - MS. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró - Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Nome e assinatura do pesquisador

_____, _____ de _____ de _____
Local e data

Nome e assinatura do participante da pesquisa

_____, _____ de _____ de _____
Local e data

APÊNDICE C – FORMULÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA PVHIV DAS UNIDADES DE SAÚDE QUE COMPATILHAM O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

EIXO A. Identificação do PVHIV

1. Idade:

18 à 25 anos	46 à 55 anos
26 à 35 anos	56 à 65 anos
36 à 45 anos	65 anos ou mais.

2. Sexo Biológico:

Masculino
Feminino
Intersexo

3. Identidade de Gênero:

Mulher Cis	Travesti
Homem Cis	Não Binário
Mulher Trans	Outros
Homem Trans	

4. Orientação Sexual:

Heterossexual – sente atração pelo sexo oposto
Homossexual (Gay, Lésbica) – sente atração pelo mesmo sexo
Bissexual – sente atração por ambos os sexos
Pansexual – sente atração por pessoas, independente de sexo.
Assexual – não tem atração por nenhum sexo, mas estabelece relacionamento amoroso

5. Há quanto tempo tem conhecimento do seu diagnóstico:

Menos de 6 meses	De 3 à 5 anos
De 6 meses à 1 ano	De 5 à 10 anos
De 1 à 3 anos	Outros: _____

6. Em qual situação teve conhecimento do HIV?

Posto de Saúde/Rede Pública	Rede Privada
Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA	Pós Exposição
Ações de Saúde em Eventos	Hospital Dia CEDIP
Hospital Esterina Corsini CRS/Upas	CRS/Upas
	Outros: _____

7. Você Possui Plano de Saúde?

Sim Não

8. Raça/Cor

Branca	Indígena
Preta	Amarela
Parda	

8. Escolaridade

Analfabeto
sino fundamental incompleto (1º ao 9º ano)
Ensino fundamental completo (1º ao 9º ano)
Ensino médio incompleto

Ensino médio completo
Graduação incompleta
Graduação completa
Pós graduação incompleta
Pós graduação completa

9. Faixas de Salário Mínimo (IBGE)

Até 2 salários mínimos
De 2 a 4 salários mínimos
De 4 a 10 salários mínimos
De 10 a 20 salários mínimos
Acima de 20 salários mínimos

EIXO B. Sobre a estrutura da Unidade de Saúde:

9. Unidade de Saúde que faz Acompanhamento na Atenção Primária:

- UBS CARLOTA
- UBS JOCKEY CLUB
- UBS LAR DO TRABALHADOR
- UBS CAIÇARA
- UBS 26 DE AGOSTO
- UBSF MACAUBAS
- UBSF IRACY COELHO
- UBSF PORTAL CAIOBA
- UBSF JARDIM ITAMARACA
- UBSF PARQUE DO SOL
- UBS BURITI
- UBSF TARUMA
- UBSF MORENINHA III
- UBSF NOVA LIMA
- UBSF AERO ITALIA
- UBSF SANTA CARMELIA
- UBS TIRADENTES
- UBSF MATA DO JACINTO
- UBSF ESTRELA DALVA
- UBSF JARDIM NOROESTE
- UBSF JOSE TAVARES DO COUTO
- UBSF DR FERNANDO DE ARRUDA TORRES
- UBSF VILA NASSER

10. Estrutura da Unidade (Sendo 1 para Muito Insatisfeito e 5 Muito Satisfeito)

ITENS	1	2	3	4	5
-------	---	---	---	---	---

11.1 Higiene, Limpeza e Organização da Unidade

11.2 Conforto das instalações na Área de Atendimento Médico

11. Em relação ao acesso pode-se afirmar que:

*Assinale uma ou mais alternativas

Esse serviço está localizado em região com fácil disponibilidade de transporte

Esse serviço está localizado em região de difícil acesso a transportes coletivos

O prédio tem planta física que facilita a circulação interna

Existem barreiras físicas nesse serviço como escadas e outros que dificultam a circulação interna

EIXO C. Relação ao atendimento oferecido pela a equipe de saúde da Unidade de Saúde da Atenção Primária a Saúde:

12. Atendimento Recebido (Sendo 1 para Muito Insatisfeito e 5 Muito Satisfeito)

ITENS	1	2	3	4	5
12.1 Atendimento da Recepção: gentileza, atenção, informações					
12.2 Equipe de Saúde: Atendimento e tratamento recebido					
12.3 Tempo de Espera pelo Atendimento					
12.4 Horário de funcionamento do serviço					
12.5 Encaminhamento ao serviço de saúde, caso necessário					

13. Como você considera o acolhimento

- 1 - Muito Insatisfeito
- 2- Insatisfeito
- 3 - Regular
- 4 - Satisfeito
- 5- Muito Satisfeito

14. Como você considera a abordagem dos profissionais de saúde:

- 1 - Muito Insatisfeito
- 2- Insatisfeito
- 3 - Regular
- 4 - Satisfeito
- 5- Muito Satisfeito

15. Como você considera a privacidade das abordagens:

- 1 - Muito Insatisfeito
- 2- Insatisfeito
- 3 - Regular
- 4 - Satisfeito
- 5- Muito Satisfeito

16. Como você considera a clareza das informações prestadas:

- 1 - Muito Insatisfeito
- 2- Insatisfeito
- 3 - Regular
- 4 - Satisfeito
- 5- Muito Satisfeito

17. Houve alguma atividade que o incomodou, aconteceu algum problema durante o processo?

Sim Não

Se sim, descreva o motivo: _____

18. Você teria alguma sugestão sobre o atendimento que recebeu, no serviço, que queira comentar?

Sim Não

Se sim, qual seria?

19. Como você considera o seu nível de satisfação com o atendimento recebido na Unidade de Saúde da Atenção Primária em Saúde que você faz o Acompanhamento do Tratamento para o HIV:

- 1 - Muito Insatisfeito
- 2- Insatisfeito
- 3 - Regular
- 4 - Satisfeito
- 5- Muito Satisfeito

**APÊNDICE D – FORMULÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA OS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DAS UNIDADES DE SAÚDE QUE COMPATILHAM O CUIDADO DA PVHIV NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

IDENTIFICAÇÃO

Identificação do Profissional.

1. Categoria Profissional:

Enfermeiro
Farmacêutico
Gerente
Médico

2. Unidade Lotação do Profissional:

UBS CARLOTA
UBS JOCKEY CLUB
UBS LAR DO TRABALHADOR
UBS CAIÇARA
UBS 26 DE AGOSTO
UBSF MACAUBAS
UBSF IRACY COELHO
UBSF PORTAL CAIOBA
UBSF JARDIM ITAMARACA
UBSF PARQUE DO SOL
UBS BURITI
UBSF TARUMA
UBSF MORENINHA III
UBSF NOVA LIMA
UBSF AERO ITALIA
UBSF SANTA CARMELIA
UBS TIRADENTES
UBSF MATA DO JACINTO
UBSF ESTRELA DALVA
UBSF JARDIM NOROESTE
UBSF JOSE TAVARES DO COUTO
UBSF DR FERNANDO DE ARRUDA TORRES
UBSF VILA NASSER

MODALIDADE: ASSISTENCIA

EIXO A: ORGANIZAÇÃO E ROTINAS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

TEMA I: Tempo de Consultas Médicas

3. Qual o tempo médio de duração da consulta com o médico clínico geral para consultas de casos novos de PVHIV?

*Assinale apenas uma alternativa

15 minutos
30 minutos
45 minutos
60 minutos

4. Qual o tempo médio de duração da consulta com o médico clínico geral para consultas de retorno da PVHIV?

*Assinale apenas uma alternativa

15 minutos
30 minutos
45 minutos
60 minutos

TEMA II: Intervalo entre Consultas Médicas

5. Para os pacientes em uso de antirretroviral, qual é o intervalo médio entre as consultas de rotina?

*Assinale apenas uma alternativa

- 15 minutos
- 30 minutos
- 45 minutos
- 60 minutos

6. Qual o intervalo de rotina para o retorno em consulta médica ou com profissional de nível superior quando é introduzida a terapia antirretroviral ou na troca de esquema por falência nesse serviço?

*Assinale apenas uma alternativa

- 7 dias
- 15 dias
- 30 dias
- 60 dias
- Não existe uma rotina diferente no início da terapia antirretroviral

TEMA III: Vínculo

7. Nas consultas de retorno, o mais frequente é que o paciente seja agendado:

*Assinale apenas uma alternativa

- Para o mesmo profissional
- Para o profissional com agenda disponível
- Com o médico responsável, mas para atendimento com diferentes estagiários (alunos ou residentes)
- O retorno não é agendado. O paciente é orientado a retornar em período estabelecido pelo médico ou pela rotina
- Outros

TEMA IV: Trabalho dos Médicos Infectologistas e Clínicos

8. Durante a consulta médica de seguimento, além dos procedimentos técnicos de rotina, o médico:

*Assinale uma ou mais alternativas

- Preenche os formulários para dispensação de antirretrovirais
- Investiga as dificuldades no uso de antirretrovirais
- Orienta resumidamente a medicação
- Encaminha para outro profissional para orientação detalhada da medicação
- Orienta detalhadamente o uso de medicação
- Orienta o uso de preservativo
- Orienta o paciente sobre concepção/contracepção
- Aborda questões relativas à sexualidade
- Agenda pessoalmente o retorno
- Faz outras orientações ou procedimentos
- Encaminha para outros atendimentos

TEMA V: Atendimento Médico para não agendados ("extras")

9. De que maneira esse serviço soluciona o atendimento de pacientes "extras" ou não agendados?

*Assinale uma ou mais alternativas

- Há reserva de vagas na agenda dos médicos
- Os médicos do ambulatório fazem escala para atendimento desses pacientes
- Os pacientes são atendidos na dependência de vaga nas agendas médicas
- Esse serviço dispõe de médico(s) específico(s) para pronto atendimento a pacientes HIV/aids
- Os pacientes são encaminhados para atendimento em Pronto Socorro não específico para pacientes HIV/aids
- Após convocação sem comparecimento
- Outros

10. Quais as demandas mais frequentes para os atendimentos “extras” (consultas não agendadas para pacientes em seguimento)?

*Assinale uma ou mais alternativas

- Intercorrências clínicas
- Término da medicação
- Falta à última consulta agendada
- Abandono de tratamento
- Resposta à convocação
- Fornecimento de atestado para benefícios sociais
- Não é possível obter essas informações
- O atendimento extra não é realizado
- Esse serviço não trabalha com agendamento prévio

EIXO B: ORGANIZAÇÃO E ROTINAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

TEMA I: Atividades do Enfermeiro

11. Quais atividades são realizadas pelo enfermeiro?

*Assinale uma ou mais alternativas

- Recepção e acolhimento de casos novos
- Triagem de intercorrências
- Realização de grupos de adesão
- Realização de grupos sobre outros temas específicos
- Notificação epidemiológica
- Supervisão da equipe de enfermagem
- Visita domiciliar
- Outros
- Esse serviço não dispõe desse profissional

12. Na consulta de enfermagem (atendimento individual pelo enfermeiro) é realizado:

*Assinale uma ou mais alternativas

- Orientação sobre uso correto de medicação
- Discussão sobre adesão
- Orientação sobre as formas de transmissão e cuidados domésticos (Biossegurança)
- Orientação sobre uso de preservativos
- Orientação sobre concepção/contracepção
- Atendimento às IST (abordagem sindrômica)
- Atendimento aos casos de exposição ocupacional
- Outros
- O enfermeiro não realiza consulta de enfermagem
- Faz outras orientações ou procedimentos
- Esse serviço não dispõe desse profissional

EIXO C: ORGANIZAÇÃO E ROTINAS DA ASSISTÊNCIA DE OUTROS PROFISSIONAIS

Tema I: Rotina de Atendimento do Farmacêutico

13. As atribuições do farmacêutico são:

*Assinale uma ou mais alternativas

- Controle do suprimento e dispensação dos medicamentos
- Treinamento e supervisão dos auxiliares de farmácia (ou dos outros profissionais que auxiliam na farmácia)
- Dispensação de medicamentos
- Orientação individual dos pacientes quanto ao uso da medicação
- Supervisão e orientação da equipe médica sobre a adequação dos esquemas com antirretroviral
- Controle de faltosos
- Grupos de adesão
- Outros
- Esse serviço não dispõe desse profissional

EIXO D: ORGANIZAÇÃO GERAL DO TRABALHO

Tema I: Convocação de Faltosos

14. Caso o paciente com sorologia positiva confirmada não retornar a esse serviço:

*Assinale apenas uma alternativa

Aguarda o retorno espontâneo

Convoca, tendo o cuidado de não quebrar o sigilo.

Convoca apenas se for gestante, tendo o cuidado de não quebrar o sigilo.

Não se aplica, pois, a testagem é anônima.

Não se aplica, pois esse serviço não oferece exame.

15. Quando o paciente faltar ao atendimento agendado, esse serviço:

*Assinale uma ou mais alternativas

Aguarda retorno espontâneo em todos os casos

Convoca paciente em uso de antirretroviral

Convoca os casos com maior gravidade clínica

Convoca quando é caracterizado o abandono

Convoca os casos que apresentam exames alterados

Convoca todos os faltosos

Outros

Não se aplica, pois, esse serviço não faz controle de faltosos.

Não se aplica, pois, esse serviço não trabalha com agendamento.

TEMA II: Padronização de Condutas

16. Esse serviço possui padronizações de condutas (protocolos)?

*Assinale uma ou mais alternativas

Sim, no primeiro atendimento nesse serviço

Sim, na consulta médica inicial

Sim, na consulta médica de retorno

Sim, no atendimento por outros profissionais de nível universitário

Sim, no atendimento a condições específicas (como co-infecção HIV/tuberculose, gestantes acidentados de trabalho e outros)

Outros

Não há padronizações para as atividades da assistência

TEMA III: Fluxo de encaminhamento entre profissionais

17. Como os diferentes profissionais da equipe atendem e encaminham os pacientes?

*Assinale uma ou mais alternativas

___ O médico identifica as necessidades e encaminha para os diferentes profissionais (psicólogos, assistentes sociais e outros) ou para outras instituições.

Todos os profissionais encaminham para todos da equipe.

___ Os pacientes são obrigatoriamente atendidos, pelo menos uma vez, pelos diferentes profissionais da equipe básica (médico, psicólogo, assistente social e enfermeiro).

Não existem outros profissionais com nível universitário além do médico.

EIXO E - ORIENTAÇÕES E ACONSELHAMENTO

Tema I: Atividades em Sala de Espera

18. São realizadas atividades com os pacientes na sala de espera?

*Assinale uma ou mais alternativas

Habitualmente não

Sim, através da discussão de temas propostos pelos pacientes.

Sim, habitualmente são passados vídeos educativos.

Sim, habitualmente são realizadas palestras.

Outros

TEMA II: Orientações sobre o uso de retrovirais

19. Nesse serviço a orientação do uso de antirretroviral é realizada:

*Assinale uma ou mais alternativas

Na consulta médica

Por auxiliar/técnico de enfermagem
Na farmácia, por farmacêutico ou pessoal auxiliar
Na consulta do farmacêutico
Na consulta do enfermeiro
No atendimento individual por outros profissionais de nível superior
Nos grupos de discussão sobre adesão

EIXO F: ATIVIDADES ESPECÍFICAS DE ADESÃO AO TRATAMENTO

TEMA I: Adesão - Rotinas e orientações para o uso de antirretrovirais

20. Para os pacientes em seguimento, o uso correto da medicação geralmente é verificado através de:

*Assinale uma ou mais alternativas

Questionamento sobre o uso correto
Checagem de rotina em consulta médica sobre dificuldades com efeitos colaterais e posologia (horários e alimentação)
Checagem de rotina sobre dificuldades relativas ao dia a dia (trabalho, fins de semana, festas etc.)
Contagem dos medicamentos que sobraram
Recordatório detalhado sobre as atividades diárias do paciente e o uso da medicação
Checagem de anotações do paciente sobre o modo de uso diário, em caderno ou formulário específico.
Grupo de adesão
Outro Não se aplica, pois, esse serviço não trabalha com agendamento.

MODALIDADE: GERENCIAMENTO TÉCNICO DO TRABALHO (10 QUESTOES)

EIXO A: COORDENAÇÃO DO TRABALHO

TEMA I: Reuniões de Equipe

21. Esse serviço promove sistematicamente reuniões para discussão de casos e condutas clínicas?

*Assinale apenas uma alternativa

Não.
Sim, semanalmente.
Sim, quinzenalmente.
Sim, mensalmente.
Sim, apenas quando há necessidade.

22. Que tipo de reuniões de trabalho esse serviço realiza periodicamente?

*Assinale uma ou mais alternativas

Reuniões de caráter gerencial (administrativas)
Reuniões técnicas/administrativas com toda a equipe multiprofissional
Reuniões técnicas por categoria profissional
Reuniões ampliadas com a participação de pacientes ou de entidades representativas (ONGs)
Outras

Não há reuniões

TEMA II: Resolução de Problemas e Dificuldades

23. Nos últimos seis meses, esse serviço teve dificuldades gerenciais com:

*Assinale uma ou mais alternativas

Acesso a exames de laboratório em geral
Acesso a exames de CD4/Carga Viral
Medicação antirretroviral
Medicação contra infecções oportunistas
Encaminhamentos para especialidades
Vagas para internação
Vagas em hospital dia

Vagas em maternidade
Vaga para assistência domiciliar terapêutica
Contratação de recursos humanos de nível superior
Contratação de recursos humanos de nível médio (auxiliar/técnico)
Aquisição de material de consumo
Aquisição de material permanente
Outros

EIXO B: REGISTROS, AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO E PLANEJAMENTO.

TEMA I: Registro Rotineiro de Dados e Avaliações

24. A avaliação das atividades assistenciais é:

*Assinale apenas uma alternativa

Realizada periodicamente para reprogramação das atividades
Realizada esporadicamente, quando necessária
Realizada anualmente para prestação de contas
Realizada pela coordenação estadual ou nacional do programa
Não é realizada

25. As avaliações já realizadas nesse serviço basearam-se em:

*Assinale uma ou mais alternativas

Dados de produção ambulatorial
Dados epidemiológicos
Relatórios de atividades
Levantamento da satisfação dos usuários
Auditoria de prontuários
Levantamento do perfil da demanda
Não foram realizadas avaliações
Outros

TEMA II: Notificação Compulsória

26. De rotina, o preenchimento das fichas de notificação epidemiológica é realizado pelo seguinte profissional:

*Assinale uma ou mais alternativas

Enfermeira
Auxiliar/técnico de enfermagem
Profissional administrativo
Médico
Outro profissional de nível universitário
O médico preenche a parte clínica e outro profissional preenche o restante
O enfermeiro preenche a parte clínica e outro profissional preenche o restante
Não é realizado por esse serviço

TEMA III: Critério de Abandono

27. Para os pacientes em uso de antirretroviral, qual o critério de abandono utilizado por esse serviço?

*Assinale uma ou mais alternativas

Duas faltas consecutivas na consulta médica (não importando o intervalo de tempo entre as consultas)
3 ou mais faltas consecutivas na consulta médica
2 meses de ausência no serviço
De 3 a 5 meses de ausência no serviço
6 meses ou mais de ausência no serviço
Após convocação sem comparecimento
Outros
Não há critério de abandono

TEMA IV: Critério e Distribuição dos Antirretrovirais

28. O controle da dispensação de medicamentos é feito através de:

*Assinale uma ou mais alternativas

- Ficha de cadastro individual, com informações sobre esquema Terapêutico e data da retirada SICLOM (Sistema de Informação e Controle de Logística de Medicamento)
- Retenção da 2ª via da receita médica
- Fichas de prateleira para controle de estoque de medicamentos

- Livro de registro
- Planilha de controle de medicamentos
- Outros
- Esse serviço não tem esse tipo de controle

TEMA V: Planejamento de Atividades

29. Esse serviço utiliza os dados epidemiológicos disponíveis da região para o planejamento de suas atividades como, por exemplo, o número e o perfil dos casos notificados?

* Assinale apenas uma alternativa

- Não
- Não, pois os dados não estão disponíveis.
- Não, pois os dados estão desatualizados.
- Sim

30. No último ano, esse serviço realizou o planejamento de suas atividades:

*Assinale uma ou mais alternativas

- Através da continuidade das atividades desenvolvidas no ano anterior
- Através de plano elaborado pela equipe local desse serviço
- Conforme definido pelo diretor técnico
- Conforme articulação da gerência local com a Coordenação de IST/Aids
- Através do cumprimento das metas estabelecidas pela equipe de planejamento do nível central.
- Através de plano elaborado pela equipe e por representantes de pacientes
- Outros
- Não houve planejamento local

EIXO C: ATUALIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

TEMA I: Capacitação e Experiência dos Profissionais

31. No último ano, esse serviço promoveu ou enviou quais profissionais para reciclagem/capacitação?

*Assinale uma ou mais alternativas

- Médicos
- Enfermeiros
- Farmacêuticos
- Auxiliares/técnicos de enfermagem
- Técnicos administrativos
- Para nenhuma categoria
- Outros

MODALIDADE: DISPONIBILIDADE DE RECURSOS

EIXO A: RECURSOS HUMANOS

TEMA I: Capacitação e Experiência dos Infectologistas e Clínicos

32. Em relação ao tempo médio de experiência em HIV/aids dos médicos clínicos-gerais responsáveis pelo seguimento da PVHIV, pode-se dizer que:

*Assinale apenas uma alternativa

- Todos os médicos possuem 5 ou mais anos de experiência
- Todos os médicos possuem menos de 5 anos de experiência
- A maioria dos médicos da equipe possui mais de 5 anos de experiência
- A maioria dos médicos da equipe possui menos de 5 anos de experiência

Há pelo menos 1 médico com 5 ou mais anos de experiência

TEMA II: Perfil e Formação dos Gerentes

33. O gerente administrativo especificado anteriormente possui formação para a atividade gerencial?

*Assinale apenas uma alternativa

Não

Sim, através de especialização em saúde pública

Sim, através de especialização em administração em saúde

Sim, através de outros cursos de capacitação na área gerencial

Outros

TEMA IV: Exames de CD4 e Carga Viral

34. A disponibilidade de cota para realização de exames de CD4 é, aproximadamente:

*Multiplicar a cota mensal por 12 e dividir pelo número de pacientes

1 exame por paciente por ano

2 exames por paciente por ano

3 exames por paciente por ano

Mais de 3 exames por paciente por ano

Exame não disponível

35. A disponibilidade de cota para realização de exames de carga viral é, aproximadamente:

*Multiplicar a cota mensal por 12 e dividir pelo número de pacientes

1 exame por paciente por ano

2 exames por paciente por ano

3 exames por paciente por ano

Mais de 3 exames por paciente por ano

Exame não disponível