

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Emanuele Miauyn Schlemper

CENTRO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE SÃO JOSÉ - SC
REVISÃO DO FLUXO DE ACESSO DAS PESSOAS CONVIVENDO COM HIV/AIDS

Polo Itapema

2021

Emanuele Miauyn Schlemper

CENTRO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE SÃO JOSÉ - SC
REVISÃO DO FLUXO DE ACESSO DAS PESSOAS CONVIVENDO COM HIV/AIDS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina, - Trabalho de Conclusão como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Área de concentração: Gestão Pública Municipal; Gestão da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Mário de Souza Almeida

Florianópolis

2021

Schlemper, Emanuele Miauyn

Centro De Vigilância em Saúde de São José - SC Revisão do Fluxo de Acesso das Pessoas Convivendo com HIV/AIDS / Schlemper, Emanuele Miauyn; orientador, Prof. Dr. Mário de Souza Almeida, 2021.

64 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Graduação em Administração Pública, Florianópolis (Polo Itapema), 2021.

Inclui referências.

1. Administração. 2. Estado. 3. Administração Pública. 4. Gestão. 5. Organizações. I. Almeida, Mario. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Administração Pública. III. Título.

EMANUELE MIAUYN SCHLEMPER

CENTRO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE SÃO JOSÉ - SC
REVISÃO DO FLUXO DE ACESSO DAS PESSOAS CONVIVENDO COM HIV/AIDS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Administração Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Prof. Dr. Mário de Souza Almeida (orientador)

Professor Gabriel de Andrade Conradi Barni:

DEDICATÓRIA

Dedico esse Trabalho a minha filha Laura Schlemper Lohn, pois foi por ela que eu tive forças e motivação para continuar.

AGRADECIMENTO

A Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Aos meus pais, irmãos e filha, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

As amigas, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este trabalho.

Aos professores, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado.

As tutoras Maiara e Juliana, pelas correções e ensinamentos e apoio que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

Aos colegas de curso com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

RESUMO

De acordo com o Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis é importante que profissionais de saúde e gestores conheçam os sinais e sintomas da infecção pelo HIV e saibam fazer o seu diagnóstico, a fim de oferecer tratamento adequado e reduzir complicações. O Ministério da Saúde do Brasil elaborou uma gama de orientações para subsidiar ações de gestores e trabalhadores da saúde com o objetivo de consolidar o cuidado do HIV/AIDS na Atenção Básica. Essas orientações estão descritas em “Cinco passos para a implementação das linhas de cuidado para pessoas vivendo com HIV”: 1º Passo: Realizar o Diagnóstico Situacional; 2º Passo: Reestruturar a Rede de Atenção à Pessoas Vivendo com HIV; 3º Passo: Elaborar um Plano Local de Educação Permanente; 4º Passo: Desenhar as Linhas de Cuidado; 5º Passo: Submeter a Proposta aos Conselhos de Saúde. Este estudo teve por objetivo geral construir um fluxo de acesso das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS ao Centro de Vigilância em Saúde de São José (SC), de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, descrever e escrever a rotina de acesso dos usuários ao Centro de Vigilância em Saúde e criar um fluxograma sugerindo sua implementação ao Centro de Vigilância em Saúde de São José – SC. Esta pesquisa está voltada para a área temática de Gestão de Saúde e Gestão Pública Municipal e utilizou o método de pesquisa bibliográfica documental e um estudo de campo. Teve como resultados a descrição e a criação de 3 fluxogramas de linhas de cuidados; 1) Linha de cuidado (ADULTO) diagnóstico (UBS e CTA); 2) Linha de cuidado para Adolescente (a partir de 15 anos) e Adulto diagnosticado em Hospitais e UPAS; e 3) Linha de cuidado (ADULTO) Diagnóstico (outros serviços). Como conclusão destaca-se a importância do trabalho da equipe multidisciplinar do Centro de Vigilância em Saúde do município de São José, particularmente do combate e tratamento das pessoas portadoras do HIV e AIDS, da definição dos caminhos a seguir pelos usuários para sua adesão ao tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Fluxo de Atendimento; HIV/AIDS; Saúde Pública.

Abstract

According to the Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections, it is important that health professionals and managers know the signs and symptoms of HIV infection and know how to make their diagnosis, in order to offer adequate treatment and reduce complications. The Ministry of Health of Brazil prepared a range of guidelines to support the actions of managers and health workers with the aim of consolidating HIV/AIDS care in Primary Care. These guidelines are described in “Five steps for the implementation of lines of care for people living with HIV”: 1st Step: Carry out the Situational Diagnosis; 2nd Step: Restructure the Care Network for People Living with HIV; 3rd Step: Develop a Local Plan for Continuing Education; 4th Step: Draw Care Lines; 5th Step: Submit the Proposal to the Health Councils. This study aimed to build a flow of access for People Living with HIV/AIDS to the Health Surveillance Center of São José (SC), in accordance with the Ministry's guidelines of Health, describe writing the routine for users' access to the Health Surveillance Center and create a flowchart suggesting its implementation to the Health Surveillance Center of São José - SC. This research is focused on the thematic area of Health Management and Municipal Public Management and used the method of documental bibliographic research and a field study. It resulted in the description and creation of 3 care lines flowcharts; 1) Line of care (ADULT) diagnosis (UBS and CTA); 2) Care line for Adolescents (from 15 years old) and Adults diagnosed in Hospitals and UPAS; and 3) Line of care (ADULT) Diagnosis (other services). In conclusion, the importance of the work of the multidisciplinary team of the Health Surveillance Center in the city of São José is highlighted, particularly in combating and treating people with HIV and AIDS, in defining the paths to be followed by users for their adherence to treatment .

KEYWORDS: Service Flow; HIV/AIDS; Public health.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AP – Atenção Primária
ARV - Medicamentos Antirretrovirais
AZT - Zidovudina
BPC - Benefício De Prestação Continuada
CDC - Centers Disease Control And Prevention
GOBBR CELK – Sistema de Informação Eletrônica
CF-88 - Constituição Federal De 1988
CTA - Centros De Testagem E Aconselhamento
CVS - Centro De Vigilância Em Saúde
FGTS - Fundo De Garantia Do Tempo De Serviço
GAL - Gerenciador De Ambiente Laboratorial
GAPA - Grupo De Apoio À Prevenção À AIDS
HIJG - Hospital Infantil Joana De Gusmão
HIV - Vírus Da Imunodeficiência Humana
HTLV - Vírus Linfotrópico Humano
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
IST's - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LAV - Vírus Associado A Linfadenopatia
MS -.Ministério Da Saúde
OMS - A Organização Mundial Da Saúde
ONG's - Organizações Não Governamentais
PEP - Profilaxia Pós-Exposição
PPC - Pneumonia Por Pneumocystis Carinii
PPD - Teste Tuberculínico
PREP - Profilaxia Pré-Exposição
PVHIV - Pessoas Vivendo Com HIV
SAE - Serviços De Atenção Especializada
SICLON - Sistema De Controle Logístico De Medicamentos
SIDA - Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida

SISCEL - Sistema De Controle De Exames Laboratoriais Da Rede Nacional De Contagem De Linfócitos CD4+/CD8+ E Carga Viral Do HIV

SIV - Vírus Da Imunodeficiência Símia

SUS - Sistema Único De Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral

TB - Tuberculose

TR - Teste Rápido

TRM-TB - Teste Rápido Molecular Para Tuberculose

UBS - Unidade Básica De Saúde

UDM - Unidade De Dispensação De Medicamentos

VHI - Vírus Da Imunodeficiência Humana

VIEP - Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Tema e Problema de Pesquisa	14
1.2 Objetivos	14
1.3 Justificativa	14
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)	16
2.2 Glossário do SUS	16
2.3 História da AIDS no mundo, no Brasil e em Santa Catarina	17
2.4 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	21
2.5 Tratamento para o HIV/AIDS	24
2.6 Profilaxia para o HIV/AIDS	27
2.7 Perspectivas para a Epidemia da HIV/AIDS	28
2.8 Proposta de melhoria e acesso ao programa HIV/AIDS	30
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	38
4.1 Serviços Oferecidos	31
4.1.1 O agendamento de Consultas	31
4.1.2 Consultas Médicas	31
4.1.3 Exame	40
4.1.4 Outros serviços Ofertados	41
4.1.5 Farmácia ou Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM)	42
4.1.6 Administração.....	43
4.1.7 Programas	44
4.1.8 Dados do atendimento de HIV/AIDS do município de São José de 2019	46
4.2 Linhas de Cuidado	51
4.2.1 Linha de cuidado – Adolescente (a partir de 15 anos) e Adulto.....	31
4.2.2 Linha de cuidado – Gestante infectada pelo HIV	55
5. CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	57

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública que vem sendo construída ao longo dos anos desde a sua criação em 1988. Um dos maiores desafios a ser vencido pelo SUS é a ampliação do acesso a suas ações e serviços de modo especial nos aspectos relacionados ao atendimento às Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) (POLITIZE, 2021).

De modo geral os municípios brasileiros conseguiram dar melhoria da atenção às PVHIV, tendo por base a implantação de um “novo modelo de atenção” (Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica), no qual as ações são estruturadas de acordo com a realidade local, passando a envolver diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2017).

Assim, nesse modelo de atenção, os serviços especializados continuam sendo fundamentais, mas a linha de cuidado envolve outros serviços de saúde, em especial da Atenção Básica (AB) com o suporte dos Serviços de Atenção Especializada (SAE). Outros pontos também são importantes, como os Serviços de Atenção Domiciliar e equipes de consultório na rua quando indicado, para compor a Rede de Atenção (BRASIL, 2017).

De acordo com o Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020 é importante que profissionais de saúde e gestores conheçam os sinais e sintomas da infecção pelo HIV e saibam fazer o seu diagnóstico, a fim de oferecer tratamento adequado e reduzir complicações. A infecção pelo HIV tornou-se doença crônica e seu tratamento inclui a abordagem de comorbidades comuns na prática clínica, como nos programas de hipertensão arterial, diabetes e imunizações, entre outros. O início do tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente de critérios clínicos ou imunológicos adotados pelo Ministério da Saúde em 2013, foi simplificado com medicamentos de primeira linha, mais toleráveis e com menos interações medicamentosas, obtendo maior aderência ao tratamento, inclusive pela Atenção Primária à Saúde (PINTO NETO et al, 2021).

A epidemia de HIV/AIDS no Brasil é considerada estável em nível nacional. A prevalência de HIV na população em geral é de 0,4%. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2018, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de AIDS no Brasil, com uma taxa de detecção de 17,8/100.000 habitantes. Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição da taxa de detecção de AIDS no Brasil, que passou de 21,4/100.000 habitantes (2012) para 17,8/100.000 habitantes em 2018, configurando um decréscimo de 16,8%. Essa redução da taxa de detecção tem sido mais acentuada desde a recomendação de tratamento para todos os casos, independentemente dos níveis de LT-CD4+, implementada

em dezembro de 2013 (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo Hiv em Adultos Brasília) (BRASIL, 2013). Os casos de HIV estão concentrados em grupos populacionais específicos, como profissionais do sexo (5%), homens que fazem sexo com homens (18%), pessoas transexuais (17%-37%), pessoas que usam álcool e outras drogas (5%), e aquelas em situações de vulnerabilidade social como população de rua e pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2021).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) elaborou uma gama de orientações para subsidiar ações de gestores e trabalhadores da saúde. Essas, tem por objetivo consolidar o cuidado do HIV/AIDS na Atenção Básica de forma compartilhada com os demais pontos de atenção da Rede de Saúde. Essas orientações estão descritas em “Cinco passos para a implementação das linhas de cuidado para pessoas vivendo com HIV”: 1º Passo: Realizar o Diagnóstico Situacional; 2º Passo: Reestruturar a Rede de Atenção a Pessoas Vivendo com HIV; 3º Passo: Elaborar um Plano Local de Educação Permanente; 4º Passo: Desenhar as Linhas de Cuidado; 5º Passo: Submeter a Proposta ao Conselhos de Saúde.

O município de São José SC possui os programas do MS implementados na Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a Vigilância em Saúde. O atendimento às PVHIV, é realizado seguindo algumas orientações do MS, e foi construído ao longo do tempo pela equipe implementadora no atendimento a essas pessoas, sem um protocolo implementado, que não segue todas as orientações definidas descritas nos “5 Passos” do MS.

Cada passo definido pelo MS compreende uma serie etapas que complementam toda a linha de cuidado para as PVHIV. Entre essas etapas está a linha de cuidado que se constitui no caminho do usuário na rede de atenção para receber os cuidados necessários à saúde. Esta é expressa na forma de um fluxograma que expresse de forma visual mas precisa que expresse também em forma textual. Este fluxograma, apesar de funcionar aleatoriamente no município de São José, não está protocolado, o que muitas vezes se configura em eventuais falhas na forma como o usuário acessa o Programa (BRASIL, 2017).

Como profissional atuando na Vigilância em Saúde de São José, em cargo administrativo desde 2010, venho observando a necessidade de estabelecimento de um fluxograma para facilitação e organização do acesso, pois muitas vezes a falta desse pode levar ao desencontro do usuário ao serviço de referência,. Acredito que a construção de um fluxograma aumentará a adesão do usuário serviço de referência e conseqüentemente ao seu tratamento. E foi nessa perspectiva que visualizei a construção deste TCC tendo como objeto de trabalho a elaboração deste fluxograma.

1.1 Problema de Pesquisa

Esta pesquisa está voltada para a área temática de Gestão de Saúde e Gestão Pública Municipal. O objeto de estudo é o acesso dos usuários ao Centro de Vigilância em Saúde, órgão da Secretaria de Saúde/SUS, que realiza o trabalho de assistência direta as Pessoas Vivendo com de HIV/AIDS do município de São José (SC). A pergunta de pesquisa que impulsionou a realização de ter trabalho é: Como melhorar o acesso das Pessoas Vivendo com de HIV/AIDS ao Centro de Vigilância em Saúde de São José (SC)? Pensando nisto esse trabalho vem propor a melhoria do acesso das Pessoas Vivendo com HIV com os objetivos descritos a seguir.

1.2 Objetivos

O objetivo geral deste estudo é “construir um fluxo de acesso das Pessoas Vivendo com de HIV/AIDS ao Centro de Vigilância em Saúde de São José (SC), de acordo com as orientações do Ministério da Saúde”.

Para alcançar o objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes Objetivos Específicos:

- a) Descrever a rotina de acesso do Centro de Vigilância em Saúde;
- b) Criar um Fluxograma de Acesso as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS;
- c) Sugerir a implementação do fluxograma de acesso das Pessoas Vivendo com de HIV/AIDS ao Centro de Vigilância em Saúde de São José – SC.

1.3 Justificativa

O Ministério da saúde possui artigos e materiais instruindo os fluxos de atendimentos a PVHIV, entre eles os “Cinco passos para a construção de linhas de cuidado para pessoas vivendo com HIV/AIDS”. Trata-se de uma coletânea de orientações que podem ser utilizadas tanto pela Atenção Primária quanto pela Atenção Especializada para a construção de rotins, protocolos, fluxogramas de atendimento à PVHIV e que podem ser adaptadas à territorialização.

No município de São José, existe a necessidade de construção de um fluxograma estabelecido e publicado nos locais de funcionamento do serviço para a facilitação do acesso do usuário ao serviço especializado. Esta estratégia além de necessária, é viável e não requer a adição de recursos financeiros, requerendo somente o envolvimento de todos os profissionais para seu funcionamento.

Existe uma rotina de trabalho, porém persiste a necessidade de redesenhá-lo para otimização do acesso dos usuários ao serviço, assim como para otimizar o trabalhos dos profissionais que prestam o atendimento.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) é um complexo sistema formado por centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais da iniciativa privada e do poder público, bem como por outros órgãos da União, Estados e dos Municípios. Tem como gestor central o Ministério da Saúde, no entanto, gestão também é realizada pelos estados, municípios e pela própria comunidade (BRASIL, 1990)

O SUS pode ser definido como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, que fazem parte de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade (PAIM, 2009).

Para Roncalli (2013) o SUS é a formalização da conquista do direito de todos à saúde e a única possibilidade de atenção para grande parte de brasileiros. É uma política pública, definida na Constituição Federal de 1988. Nesta política de saúde estão definidas as ações e os serviços públicos de saúde existentes, que formam uma rede e constituem um sistema único.

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Sua criação proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação e passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação seguindo ao longo da vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2020).

2.1 Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três níveis de governo da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidade, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 2020).

Conforme a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). No período anterior a CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social,

aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas.

Entre os Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) estão:

- a) **Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.
- b) **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
- c) **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Ainda de acordo com o MS (2020), os Princípios Organizativos do SUS são:

- a) **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.
- b) **Descentralização e Comando Único:** descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação a saúde, a descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada do nível federal até o municipal, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana

nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

- c) Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

O SUS se constitui em um sistema de saúde hierarquizado, ou seja, os benefícios e responsabilidades se dão em três níveis: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2020).

São responsabilidades das esferas que compõem o SUS:

- a) União: a gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, sendo que os estados e municípios geralmente contribuem com a outra parte dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.).
- b) Estados e Distrito Federal: Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União para municípios. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.
- c) Municípios: são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

A “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (BRASIL, 2011) formulada pelo Ministério da Saúde, traz informações para que o usuários conheça seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Ela reúne os seis princípios básicos de cidadania que

asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado (BRASIL, 2020). Neste documento consta que:

- a) Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
- b) Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
- c) Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
- d) Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
- e) Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
- f) Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

2.2 Glossário do SUS

O SUS possui diversos segmentos estruturais que funcionam em conjunto, para que o sistema atinja seus objetivos, os quais forma um léxico (glossário) de saúde. Quanto ao Glossário destas estruturas do SUS podemos citar:

- a) Assistência farmacêutica: processo de planejamento, aquisição, distribuição, controle da qualidade e uso de medicamentos voltados para proteção e recuperação da saúde.
- b) Atenção à saúde: tudo que envolve o cuidado com a saúde do cidadão, incluindo atenção básica e especializa, ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
- c) Educação em saúde: processo para aumentar a capacidade das pessoas no cuidado da saúde e no debate com os profissionais e gestores, a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades.
- d) Gestão participativa, atuação efetiva de cidadãos, conselheiros, gestores, profissionais e entidades civis na formulação de políticas, na avaliação e na fiscalização de ações de saúde.
- e) Promoção da saúde, conjuntos de ações sanitárias integradas, inclusive com outros setores do governo e da sociedade, que busca o desenvolvimento de padrões saudáveis de: qualidade de vida, condições de trabalho, moradia, alimentação, educação, atividade física, lazer entre outros.

- f) Regulação: poder exercido pelo Estado para fiscalizar e estabelecer padrões, normas e resoluções para serviços, produtos, estabelecimentos e atividades públicas ou privadas em prol do interesse coletivo.
- g) Vigilância em Saúde: conjunto de atividades que proporcionam conhecimento, detecção, análise e monitoramento de doenças decorrentes, inclusive, de fatores ambientais, com a finalidade de controlar e prevenir problemas na saúde humana.

2.3 História da AIDS no mundo, no Brasil e em Santa Catarina

De acordo com Mandal (2019), o HIV/AIDS é uma doença recentemente descoberta, perto de outras infecções como malária, praga, lepra, tuberculose, sarampo e a cólera que afetaram a grande maioria da humanidade por séculos.

A infecção pelo HIV começou a ser observada na metade do século XX. Existem algumas hipóteses sobre o aparecimento do vírus, e embora todas necessitem de comprovação, os relatos científicos contam que a doença surgiu na África Central e, provavelmente, pela mutação dos vírus do macaco (BRASIL, 2000). Supõe-se que a doença saiu de pequenas comunidades da região central da África, espalhando pelo mundo todo com a globalização.

Relatos científicos indicam que a transmissão se deu pela passagem do vírus SIV (Vírus da Imunodeficiência Símea) do macaco (principalmente o macaco verde) para o homem, pelo contato íntimo com estes animais, seja por arranhaduras ou mordidas, seja pelo hábito de comer a carne de macaco mal cozida, contendo em seus tecidos e fluidos (sangue, secreções) o vírus causador da doença (VERONESI, 1991).

Veronesi (1991) e Forattini (1993) compartilham a mesma impressão, considerando correta hipótese de que o vírus causador da AIDS tenha passado de macacos para o ser humano, não elucidando a forma como esta contaminação possa ter ocorrido. Permanece portanto uma questão a ser respondida, o fato de como e onde surgiram os primeiros casos de AIDS. No entanto, Galvão (2000) e Veronesi (1991) descrevem em seus relatos, a presença da doença na África Equatorial, a partir de 1960, em símios e, posteriormente, em 1965, em nativos africanos. Por esta razão, supõe-se, portanto, que o HIV tenha origem africana, e após 40 anos da identificação dos primeiros casos de AIDS virem a público, cientistas confirmam que o vírus HIV que atinge os humanos, realmente veio dos chimpanzés selvagens (BRASIL, 2020).

Nos Estado Unidos da América (EUA), no ano de 1981, a AIDS foi reconhecida como doença, no mesmo período em que surgiam vários relatos de sintomas em homossexuais nos Estados Unidos. No mesmo ano (1981) morreu o chamado “paciente zero” naquele país.

Tratava-se de um comissário de bordo que espalhou a doença em suas viagens e ainda em 1981, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (Centers Disease Control and Prevention -CDC) identificou o surgimento de uma nova doença, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível, abalando o sistema imunológico dos indivíduos e levando a imunossupressão grave (BRASIL, 2020).

O primeiro texto oficial a respeito da AIDS foi publicado em 05 de junho de 1981, relatando cinco casos de jovens do sexo masculino, homossexuais, sem história de imunodeficiência, moradores de Los Angeles, que apresentavam pneumonia por *Pneumocystis carinii* (PPC), além de outras doenças oportunistas como candidíase oral e citomegalovírus (BRASIL, 2020).

A nova doença vinha sendo observada entre hospitais da Califórnia e Nova Iorque desde o final da década de 1970, sendo chamada pelos profissionais de saúde desses hospitais de “síndrome da ira de Deus”, por ser uma doença desconhecida e que atingia pessoas com comportamentos sexuais “anormais” (BRASIL, 2020).

A partir de 1982, após ser identificado os primeiros casos, pelo perfil das primeiras vítimas, esta doença passa a ser conhecida popularmente, como “Síndrome do comprometimento Gay”. Outros nomes científicos foram designados à descoberta como o Lymphadenopathy que causou comprometimento das glândulas de linfa. Neste período a doença ainda foi denominada como doença dos 4H’s pela sua ocorrência em um determinado grupo ou seja: homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) (BRASIL, 2020).

Ainda em 1982, a doença foi nomeada internacionalmente como “síndrome imune adquirida da deficiência” (AIDS) em inglês ou em francês, e em espanhol, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). A Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a adotar a denominação criada pelo CDC, ou seja, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (BRASIL, 2020).

Em 1983 surgiu o primeiro teste que identifica no sangue a presença de anticorpos contra o vírus, os cientistas Rober Gallo (EUA) e Luc Montaigner, (França) foram os responsáveis por esta descoberta e o Vírus recebeu recebendo os nomes de HTLV-III (Vírus Linfotrópico Humano tipo III) e LAV (Vírus Associado a Linfadenopatia), respectivamente nos dois países. Nesse período houve o relato de possível transmissão heterossexual com os primeiros dois casos de AIDS no sexo feminino no Brasil (BRASIL, 2020).

Em 1987 surgiu a primeira droga efetiva para o combate a AIDS, a Zidovudina (AZT), aprovado o uso nos Estados Unidos. Grupos sociais organizados provocaram a mobilização da opinião pública para conquistar o acesso universal e gratuito a esse medicamento (BRASIL, 2021).

No Brasil, morreu o primeiro portador do caso de AIDS identificado no país (reconhecido apenas em 1982), surgindo assim as notícias sobre a AIDS em jornais do Brasil, quando a doença foi vinculada fortemente à imagem do homossexualismo masculino.

O Comitê Internacional de Taxionomia designa o vírus da AIDS pela sigla HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) em 1986, período em que é criado o Programa Nacional de DST e AIDS. Esta doença é incluída na relação de agravos de notificação compulsória através da Portaria MS Nº 542.

Em 1988 o Ministério da Saúde (MS) iniciou o fornecimento de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas, e marca o dia 1º de dezembro, o primeiro Dia Mundial do AIDS, e em 1989 fica comprovada a eficácia do Zidovudine nos ensaios clínicos, e outras drogas entram em conjunto, e passam a ser denominadas de drogas antirretrovirais.

Em 1991 inicia o processo para aquisição e distribuição dessas drogas pelo Ministério da Saúde. Em 1992 o MS inclui os procedimentos para o tratamento da AIDS na tabela do SUS e inicia o credenciamento de hospitais para o tratamento da AIDS.

Em 1994 foi realizado um acordo com o Banco Mundial dando impulso às ações previstas pelo MS, ocasião na qual notou-se que o AZT poderia reduzir o risco de transmissão do vírus da mãe para o bebê.

Em 1995 constatou-se no total 1 milhão casos de AIDS no mundo e calculou-se um total de 18 milhões adultos de HIV+ e 1,5 milhões crianças de HIV+. Período no qual a AIDS se transformou na principal causa de morte na faixa etária de 25-44 anos os EUA. Em 1995 um novo tipo de droga denominada de Saquinivir, um inibidor de enzima protease, foi aprovado. A avaliação do número de mortes global do AIDS era 9 milhões. A assistência medicamentosa apresentou-se bastante precária, quando surge o aparecimento dos primeiros inibidores de protease.

Em 1996 foi aprovado o uso de Nevirapine e o MS passou a disponibilizar o uso do AZR venoso na rede pública de saúde, ocorrendo assim a queda das taxas de mortalidade por AIDS.

A estabilização da epidemia acontece a partir de 1997, período em que calculou-se que calculou-se que 40 milhões de PVHIV no mundo. Em 2000 os coeficientes de incidência ficam em torno de 12 por 100.000 habitantes/ano. Inicia-se então a produção nacional de

análogos de glicosídeos DDC (Zalcitabina) e de D4T (Estavudina) e a distribuição gratuita de D4T e o inibidor da protease IDV (Indinavir). Em 1998 os laboratórios públicos no Brasil passam a produzir DDL (Didanosina), tendo o início da distribuição gratuita de NFV (Nelfinavir), NVP (Nevirapina) e DLV (Delavirdina).

Em 2000 foram calculados cerca 34,3 milhões casos de HIV no mundo inteiro, com número o maior na África do Sul. Observa-se que após a implantação e distribuição dos antirretrovirais no mundo e no Brasil, passa a acontecer um declínio nos casos de AIDS.

No início do século XXI, o Brasil já produzia sete dos doze anti-retrovirais distribuídos nacionalmente, desta forma o programa brasileiro de AIDS foi destacado internacionalmente pela sua política de distribuição gratuita de medicamentos à todos os usuários que necessitavam da terapia. O Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação de gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas à transmissão vertical do vírus através da Portaria 993/2000 (MS, 2000).

Em 2002, mais da metade dos municípios brasileiros possuíam casos de AIDS, período em que a pauperização e a feminização marcaram significativa presença no perfil da epidemia.

Em 2003, surge o Boletim Epidemiológico da AIDS, a partir deste ano, analisa a epidemia do início da década de 1980 até dezembro de 2003. Os dados analisados apontam uma redução de 26% no número de casos registrados de 30 mil novos casos em 1988 para 22 mil em 2003.

Em 2005 as empresas farmacêuticas e os fabricantes concordaram em fabricar drogas antivirais genéricas mais baratas. Ainda em 2005, Ministério da Saúde edita o Boletim Epidemiológico AIDST, considerando casos de AIDS notificados de 1980, até 30 de junho de 2004. Somando-se durante todo este período no país, foram computados o total de 362.364 casos de AIDS, acometendo 251.050 homens e 111.314 mulheres. Estatisticamente, os casos de AIDS neste período representaram 69,28 % em homens e 30,71 % em mulheres. Foram utilizados para algumas análises o ano de 2003 e outras considerando o período de janeiro a junho de 2004.

As análises indicam, que apesar do uso e distribuição gratuita do ARVs, a epidemia de AIDS no Brasil encontrava-se em patamares elevados, tendo atingido em 2003, 18,4 casos por 100 mil habitantes. Dentre as regiões do Brasil, a região Sul é a que apresentava a maior incidência de casos, alcançando 26,8 casos por 100 mil habitantes. A taxa de óbitos se mantinha estável, alcançando em 2003, 6,4 óbitos por 100 mil habitantes.

Quatro anos após o surgimento dos primeiros casos de AIDS no país em 1984 Santa Catarina registra o primeiro caso de AIDS em um homem residente do município de Chapecó no dia 04 de agosto. Desde então o aumento dos números de AIDS no estado seguiu a mesma trajetória nacional. O Hospital Nereu Ramos passa a dedicar leitos para o atendimento destes indivíduos. Período em que foi inaugurado no Hospital Nereu Ramos uma ala própria para tratar de HIV/AIDS (SANTA CATARINA, 1984).

A AIDS acarretou desafios para toda a área científica, econômica e social e trouxe novos atores para os movimentos sociais sobretudo, conferiu maior visibilidade a questões relacionadas à sexualidade. A partir de então começaram a surgir entidades filantrópicas com parcerias com as instituições públicas sendo a primeira em 1985, foi criada na cidade de São Paulo, o GRUPO DE APOIO À PREVENÇÃO À AIDS - GAPA, GAPA/SP ou GAPA BR/SP, tendo como primeiro presidente Wagner Carmo Fernandes.

Diante desta descrição da história dos ARV no Brasil, observamos que os autores citados possuem uma posição semelhante com relação ao tema, visto que foram embasados para a formulação de seus textos nos dados do Ministério da Saúde. Um estudo recente, no entanto, realizado por três autores, mostrou que a política de acesso universal no Brasil não é sustentável com as atuais taxas de crescimento do produto interno bruto, sem que o País comprometa investimentos em outras áreas.

E o que hoje podemos comemorar com relação aos ARV é que a sobrevivência dos pacientes com AIDS que, em 1995 era de 18 meses após o diagnóstico, aumentou para 56 meses, em adultos, e para 67 em menores de 13 anos, e sua distribuição gratuita desde 1996 para toda a rede SUS (MONTEIRO et al., 2019).

2.4 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. E é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo e depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção. O HIV é um retrovírus, classificado na subfamília dos Lentiviridae. Esses vírus compartilham algumas propriedades comuns como o período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune (BRASIL, 2021).

A infecção pelo vírus do HIV pode ser transmitida por sangue, sêmen, lubrificação vaginal ou leite materno. Está presente nesses fluidos corporais tanto na forma de partículas livres como em células imunitárias infectadas. As principais vias de transmissão são as relações sexuais desprotegidas, o compartilhamento de seringas contaminadas e a transmissão entre mãe e filho durante a gravidez ou amamentação. Pela saliva o risco de transmissão é mínimo (CACHAY, 2019).

Considera-se caso de infecção pelo HIV aquele que apresenta resultados positivos em dois testes, com metodologias diferentes. O diagnóstico de infecção pelo HIV representa um momento ímpar na vida das Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), cujas reações tendem a variar conforme as experiências e conhecimentos prévios de cada indivíduo. Um dos objetivos primordiais no cuidado é o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito entre o profissional de saúde e a PVHIV (PINTO NETO, et al, 2020).

É importante saber que ter o HIV não é a mesma coisa que ter AIDS. Há muitas PVHIV que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas podem transmitir o vírus para outras pessoas pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação, quando não tomam as devidas medidas de prevenção. Por isso, é sempre importante fazer o teste e se proteger em todas as situações. Além disso, as mães que vivem com HIV têm 99% de chance de terem filhos sem o HIV, se seguirem o tratamento recomendado durante o pré-natal, parto e pós-parto (ABIH, 2020).

Conhecer o quanto antes a sorologia positiva para o HIV aumenta muito a expectativa de vida de uma pessoa que vive com o vírus. Quem se testa com regularidade, busca tratamento no tempo certo e segue as recomendações da equipe de saúde ganha muito em qualidade de vida. O diagnóstico da infecção pelo HIV pode ser realizado a partir da coleta de sangue ou por fluido oral. No Brasil, temos os exames laboratoriais e os testes rápidos, que detectam os anticorpos contra o HIV em cerca de 30 minutos. Esses testes são realizados gratuitamente pelo SUS, nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Os exames são feitos de forma sigilosa. Nesses centros, além da coleta e da execução dos testes, há um processo de aconselhamento para facilitar a correta interpretação do resultado pelo usuário. Também é possível saber onde realizar o teste pelo Disque Saúde (136), ou nas plataformas digitais do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2020).

A infecção pelo HIV pode ser detectada em pelo menos 30 dias a contar da situação de risco. Isso porque o exame (o laboratorial ou o teste rápido) busca por Anticorpos contra o HIV no material coletado. Esse período é chamado de janela imunológica. O corpo reage

diariamente aos ataques de bactérias, vírus e outros microrganismos, por meio do sistema imunológico. Essa barreira é composta por milhões de células de diferentes tipos e com diferentes funções, responsáveis por garantir a defesa do organismo, e por manter o corpo funcionando livre de doenças.

Entre as células de defesa do organismo estão os linfócitos T-CD4+, principais alvos do HIV, vírus causador da AIDS, e do HTLV, vírus causador de outro tipo de doença sexualmente transmissível. São esses linfócitos que organizam e comandam a resposta imunológica diante dos agressores. Produzidos na glândula timo, eles aprendem a memorizar, reconhecer e destruir os microrganismos estranhos que entram no corpo humano. O HIV liga-se a um componente da membrana célula CD4, penetrando no seu interior para se multiplicar. Com isso, o sistema de defesa vai pouco a pouco perdendo a capacidade de responder adequadamente, tornando o corpo mais vulnerável a doenças. Quando o organismo não tem mais forças para combater esses agentes externos, a pessoa começa a ficar doente mais facilmente, e então se diz que tem AIDS (BRASIL, 2020).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL 2020) é importante lembrar que todas as pessoas diagnosticadas com HIV têm direito a iniciar o tratamento com antirretrovirais imediatamente, e assim, poupar o seu sistema imunológico. Esses medicamentos impedem que o vírus se replique dentro das células T-CD4+ e evitam, assim, que a imunidade caia e que a AIDS apareça.

Janela imunológica é o intervalo de tempo decorrido entre a infecção pelo HIV até a primeira detecção de anticorpos anti-HIV produzidos pelo sistema de defesa do organismo. Na maioria dos casos, a duração da janela imunológica é de 30 dias, porém, esse período pode variar, dependendo da reação do organismo do indivíduo frente à infecção e do tipo do teste (método utilizado e sensibilidade). Se um teste para detecção de anticorpos anti-HIV é realizado durante o período da janela imunológica, existe possibilidade de gerar um resultado não reagente, mesmo que a pessoa esteja infectada. Dessa forma, recomenda-se que, nos casos de testes com resultados não reagentes, em que permaneça a suspeita de infecção pelo HIV, a testagem seja repetida após 30 dias. É importante ressaltar que, no período de janela imunológica, o vírus do HIV já pode ser transmitido, mesmo nos casos em que o resultado do teste que detecta anticorpos anti-HIV, for não reagente (BRASIL, 2020).

Quando ocorre a infecção pelo vírus causador da AIDS, o sistema imunológico começa a ser atacado. Esta é a primeira fase da doença chamada de infecção aguda, na qual ocorre a incubação do HIV (tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença). Esse período varia de três a seis semanas. O organismo leva de 30 a 60 dias após a

infecção para produzir anticorpos anti-HIV. Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar, por isso, a maioria dos casos passa despercebida (BRASIL, 2020).

A próxima fase é marcada pela forte interação entre as células de defesa e as constantes e rápidas mutações do vírus. Mas isso não enfraquece o organismo o suficiente para permitir novas doenças, pois os vírus amadurecem e morrem de forma equilibrada. Esse período, que pode durar muitos anos, é chamado de assintomático (BRASIL, 2020).

Com o frequente ataque dos microrganismos, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas, deixando o organismo cada vez mais fraco e vulnerável a infecções comuns. A fase sintomática inicial é caracterizada pela alta redução dos linfócitos T CD4+, que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm³ de sangue. Em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades. Os sintomas mais comuns nessa fase são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento (BRASIL, 2020).

A baixa imunidade permite o aparecimento de doenças oportunistas, que recebem esse nome por se aproveitarem da fraqueza do organismo. Com isso, atinge-se o estágio mais avançado da doença, a AIDS. Quem chega a essa fase, por não saber da sua infecção ou não seguir o tratamento indicado pela equipe de saúde, pode sofrer de hepatites virais, tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer (BRASIL, 2020).

2.5 Tratamento para o HIV/AIDS

Os primeiros medicamentos antirretrovirais (ARV) surgiram na década de 1980. Eles agem inibindo a multiplicação do HIV no organismo e, conseqüentemente, evitam o enfraquecimento do sistema imunológico. O desenvolvimento e a evolução dos antirretrovirais para tratar o HIV transformaram o que antes era uma infecção quase sempre fatal, em uma condição crônica controlável, apesar de ainda não haver cura (BRASIL, 2020).

Por isso, o uso regular dos ARV é fundamental para garantir o controle da doença e prevenir a evolução para a AIDS. A boa adesão à terapia antirretroviral (TARV) traz grandes benefícios individuais, como aumento da disposição, da energia e do apetite, ampliação da expectativa de vida e o não desenvolvimento de doenças oportunistas (BRASIL, 2020).

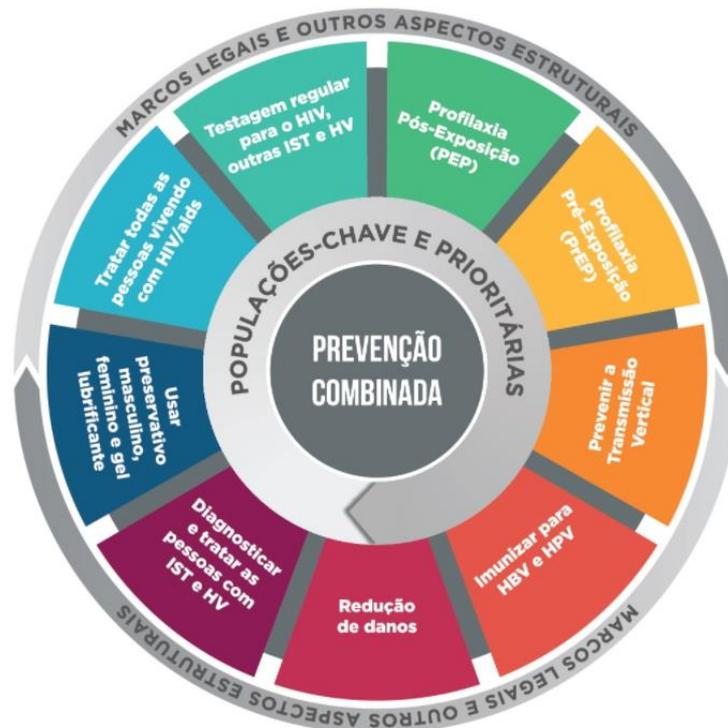
Desde 1996, o Brasil distribui gratuitamente pelo SUS todos os medicamentos antirretrovirais e, desde 2013, garante tratamento para todas as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), independentemente da carga viral. Também pode-se dizer que o tratamento pode ser usado como uma forma de prevenção muito eficaz para Pessoas Vivendo com HIV, evitando, assim, a transmissão do HIV por via sexual (BRASIL, 2020).

Atualmente, existem 21 medicamentos, em 37 apresentações farmacêuticas. Fazendo parte desse processo temos a Prevenção Combinada que associa diferentes métodos de prevenção ao HIV, às IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e às Hepatites Virais (ao mesmo tempo ou em sequência), conforme as características e o momento de vida de cada pessoa. Entre os métodos que podem ser combinados, estão: a testagem regular para o HIV, que pode ser realizada gratuitamente no SUS; a prevenção da transmissão vertical (quando o vírus é transmitido para o bebê durante a gravidez); o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e das hepatites virais; a imunização para as hepatites A e B; os programas de redução de danos para usuários de álcool e outras substâncias; a profilaxia pré-exposição (PrEP); a profilaxia pós-exposição (PEP); e o tratamento de pessoas que já vivem com HIV (BRASIL, 2020).

É importante saber que uma pessoa com boa adesão ao tratamento atinge níveis de carga viral tão baixos que é praticamente nula a chance de transmitir o vírus para outras pessoas. Além disso, quem toma o medicamento corretamente, via de regra não adoece, e garante a sua qualidade de vida (BRASIL, 2020).

Todos esses métodos podem ser utilizados pela pessoa isoladamente ou combinados, conforme se observa a figura 01.

Figura 01: Prevenção Combinada



Profilaxia Pré-Exposição (PrEP); Disponível no SUS há menos de um ano, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é a mais nova estratégia de prevenção ao HIV/aids implementada pelo Ministério da Saúde (MS). Inicialmente disponível em 11 estados – Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo – a PrEP, será implementada gradualmente nos demais estados, com perspectiva de oferta de 7 mil profilaxias neste primeiro ano. A prevenção à infecção pelo HIV nos casos em que há exposição ao vírus é feita por meio de uma pílula que contém dois antirretrovirais: fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) e entricitabina (FTC). O uso dos medicamentos pode impedir que o HIV se estabeleça ao bloquear “caminhos” que o vírus usa para infectar o organismo, reduzindo o risco em 90%. Para isso, é necessário tomar a PrEP diariamente de forma a garantir concentração suficiente do medicamento para bloqueio do vírus (BRASIL, 2017).

Voltada para pessoas que têm maior chance de entrar em contato com o HIV, a PrEP tem como públicos prioritários as populações-chave – gays e outros homens que fazem sexo com homens; pessoas trans; trabalhadores/as do sexo e casais soro discordantes (uma pessoa está infectada pelo HIV e a outra não) (BRASIL, 2020).

Além de pertencer a um dos grupos acima, a adesão ao PrEP está relacionada a práticas e contextos associados a um risco maior de infecção como não usar camisinha em relações sexuais frequentemente; ter relações sexuais, sem camisinha, com uma pessoa que seja HIV positivo e não esteja em tratamento; buscar repetidamente a PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV); e apresentar episódios frequentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (OAPS, CDV, 2019).

Diferentes métodos adotados segundo sua adequação às práticas e escolhas de cada pessoa. A prevenção combinada para HIV/AIDS reúne diversas formas de se proteger contra a infecção pelo vírus que têm por objetivo oferecer opções para uma prevenção estratégica, de acordo com os riscos envolvidos e a opção. Tendo a PrEP como opção mais recente, inclui ainda a testagem para o HIV; uso de gel lubrificante a base de água - menos atrito e menor possibilidade de microlesões que podem ser porta para o vírus; tratamento de ISTs e hepatites virais; vacinação de pessoas que têm HIV; redução de danos; prevenção da transmissão vertical de mãe para filho; e a profilaxia pós-exposição (PEP) (BRASIL, 2017).

A PEP, disponível desde 2010, é uma medida de urgência voltada para riscos de contágio causados por relação sexual sem o uso de camisinha ou quando houve rompimento, acidente de trabalho com instrumentos perfurocortantes ou com contato direto com material biológico e violência sexual. Assim como a PrEP, envolve o uso de antirretrovirais que atuam

na redução do risco de infecção e devem ser tomados no máximo em até 72 horas após a exposição - preferencialmente nas duas primeiras horas, durante 28 dias (BRASIL, 2017).

A prevenção combinada inclui também maior disponibilização de informação sobre os riscos de infecção pelo HIV, com estímulo à percepção sobre eles e mudanças no comportamento que ajudem a evitá-los, além de medidas mais estruturais que atuam na diminuição da vulnerabilidade de grupos de risco, como iniciativas contra o racismo, sexismo e LGBTfobia e de promoção e defesa dos direitos humanos (OAPS, CDV, 2019).

A indicação à PrEP está vinculada à realização de exames de triagem, seguindo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV (PCDT PrEP). Inclui teste para HIV, sífilis, identificação de outras ISTs, como hepatites B e C, função renal e hepática (BRASIL, 2020).

2.6 Profilaxia para o HIV/AIDS

Uma grande fermenta que o SUS oferece através do Programa de HIV/AIDS é a profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Disponível há menos de um ano, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é a mais nova estratégia de prevenção ao HIV/AIDS implementada pelo Ministério da Saúde (MS). Inicialmente disponível em 11 estados (Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo), a PrEP será implementada gradualmente nos demais estados, com perspectiva de oferta de 7 mil profilaxias neste primeiro ano (BRASIL, 2017).

A prevenção à infecção pelo HIV nos casos em que há exposição ao vírus é feita por meio de uma pílula que contém dois antirretrovirais: fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) e entricitabina (FTC). O uso dos medicamentos pode impedir que o HIV se estabeleça ao bloquear “caminhos” que o vírus usa para infectar o organismo, reduzindo o risco em 90%. Para isso, é necessário tomar a PrEP diariamente de forma a garantir concentração suficiente do medicamento para bloqueio do vírus (BRASIL, 2017).

Voltada para pessoas que têm maior chance de entrar em contato com o HIV, a PrEP tem como públicos prioritários as populações-chave composta prioritariamente de gays e outros homens que fazem sexo com homens; pessoas trans; trabalhadores/as do sexo e casais soro discordantes (uma pessoa está infectada pelo HIV e a outra não) (BRASIL, 2020).

Além de pertencer a um dos grupos acima, a adesão ao PrEP está relacionada a práticas e contextos associados a um risco maior de infecção, como não usar camisinha em relações sexuais frequentemente; ter relações sexuais, sem camisinha, com uma pessoa que seja HIV positivo e não esteja em tratamento; buscar repetidamente a PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao

HIV); e apresentar episódios frequentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (OAPS, CDV, 2019).

Existem diferentes métodos adotados segundo sua adequação às práticas e escolhas de cada pessoa. A prevenção combinada para HIV/AIDS reúne diversas formas de se proteger contra a infecção pelo vírus, que têm por objetivo oferecer opções para uma prevenção estratégica, de acordo com os riscos envolvidos e a opção. Tendo a PrEP como opção mais recente, inclui ainda a testagem para o HIV; uso de gel lubrificante a base de água que oferece menos atrito e menor possibilidade de microlesões, que podem ser porta para o vírus; tratamento de ISTs e hepatites virais; vacinação de pessoas que têm HIV; redução de danos; prevenção da transmissão vertical de mãe para filho; e a profilaxia pós-exposição (PEP) (BRASIL, 2017).

A PEP não é a (PrEP)., disponível desde 2010, é uma medida de urgência voltada para riscos de contágio causados por relação sexual sem o uso de camisinha ou quando houve rompimento, acidente de trabalho com instrumentos perfurocortantes ou com contato direto com material biológico e violência sexual. Assim como a PrEP, envolve o uso de antirretrovirais que atuam na redução do risco de infecção e devem ser tomados no máximo em até 72 horas após a exposição - preferencialmente nas duas primeiras horas, durante 28 dias (BRASIL, 2017).

A prevenção combinada inclui também maior disponibilização de informação sobre os riscos de infecção pelo HIV, com estímulo à percepção sobre eles e mudanças no comportamento que ajudem a evitá-los, além de medidas mais estruturais que atuam na diminuição da vulnerabilidade de grupos de risco, como iniciativas contra o racismo, sexismo e LGBTfobia e de promoção e defesa dos direitos humanos (OAPS, CDV, 2019)

A indicação à PrEP está vinculada à realização de exames de triagem, seguindo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV (PCDT PrEP). Inclui teste para HIV, sífilis, identificação de outras ISTs, como hepatites B e C, função renal e hepática (BRASIL, 2020).

2.7 Perspectivas para a Epidemia da HIV/AIDS

Considerada referência internacional, a resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS enfrenta novos desafios, entre eles o aumento do número de casos da doença em jovens, o avanço do conservadorismo, silenciamento em torno da questão, e a persistência de estigma e discriminação (OAPS, CDV, 2019).

“A pandemia do HIV não está a caminho de terminar, e o discurso predominante sobre o fim da AIDS criou uma complacência perigosa e pode ter acelerado o enfraquecimento da determinação global de combater o HIV”. A afirmação é de uma comissão internacional de especialistas autora de um relatório especial do The Lancet publicado em julho de 2018. (UNAIDS, 2020, s.p.d).

O relatório segue a mesma linha de outro produzido pelo Programa Conjunto das Nações Unidas (UNAIDS) sobre HIV/AIDS, divulgado também em julho de 2020, o qual destaca a queda no avanço da redução de casos em crianças, número elevado de casos nas populações-chave (grupo com maior risco de contágio), e a persistência de estigma e discriminação, entre outras questões. Para o programa, é preciso abordagens inovadoras, além de investimentos financeiros suficientes e ambientes jurídicos e políticos adequados, proporcionados por líderes políticos, de governos e da comunidade internacional (UNAIDS, 2020).

No Brasil os números mostram aumento de casos de AIDS entre jovens. Em entrevista ao Observatório, Inês Dourado, docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), chamou a atenção para o crescimento de casos em adolescentes de 15 a 19 anos, e jovens de 20 a 24 anos nos últimos anos. De acordo com relatório de 2006 para 2015, a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,4 para 6,9 casos/100 mil habitantes) e, entre os de 20 a 24, dobrou (de 15,9 para 33,1 casos/100 mil habitantes). Para a pesquisadora:

É preciso olhar para o contexto político-social e de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS): Acho que é importante a gente falar, gritar para que nos escutem que há um desfinanciamento do SUS e que há também uma nova configuração social e política no Brasil. Essas coisas andam juntas e estão levando a esse quadro epidemiológico de uma piora em relação aos novos casos de HIV/AIDS e um aumento da incidência numa população jovem, o que é bastante preocupante. (OAPS, CDV, 2019, s.p.d).

Entrevistada do mês de outubro do OAPS, a pesquisadora Inês Dourado chama ainda a atenção, para o cenário preocupante do aumento de novas infecções em população jovem, em integrantes das populações-chave – homens que fazem sexo com homens, trabalhadores do sexo, travestis e mulheres transexuais – em contextos de vulnerabilidade, menor presença de ONGs e conservadorismo em relação a temas como saúde sexual e prevenção de DST nas escolas.

Os movimentos sociais, em especial as ONG/AIDS, foram fundamentais na educação e promoção da saúde devido à sua proximidade com o público alvo. Além disso, sempre assumiram um posicionamento crítico, o que se constituiu em uma das condições de possibilidade para a construção de uma política de controle da aids no país que se contrapôs ao posicionamento das agências internacionais de

financiamento, como o Banco Mundial, que preconizavam a prevenção como única estratégia para países em desenvolvimento. Foi a premissa constitucional de saúde como direito e dever do Estado que garantiu a base legal para a demanda em juízo, por meio das assessorias jurídicas de diversas ONGs, pela garantia de acesso ao tratamento e, posteriormente, para a formulação de uma lei para a garantia do acesso universal a medicamentos antirretrovirais, em 1996. A partir de então, o Programa Nacional passou a assumir um papel dominante no espaço aids, levando a uma redução gradual da crítica de oposição à política pelas ONGs/aids, que passaram a brigar pelo cumprimento dos direitos adquiridos pelos portadores de HIV/AIDS (OAPS, CDV, 2019, s.p.d).

Villarinho et al (2013) enfatizam que é de fundamental importância entender que a história da política de AIDS não se desvincula da construção histórica do SUS, cujas diretrizes incluem a justiça, a equidade e a universalidade, pois foi pautada nessas premissas que essa política foi construída. Ameaças ao SUS são ameaças também à política de AIDS. Mais do que defender os direitos da Pessoas Vivendo com de HIV/AIDS, nesse momento, é preciso defender o direito do povo brasileiro à saúde pública gratuita e de qualidade, e aprimorar o SUS.

Novos desafios se impõem com o avanço da epidemia entre os jovens e idosos, com o desfinanciamento das organizações não-governamentais, a autocensura das campanhas governamentais, bem como os problemas comuns do SUS, como a falta de profissionais de saúde e leitos, dificuldade para realização de exames, entre outros, desafios estes, que precisam ser enfrentados. A participação das ONGs/AIDS, tem sido fundamental seja na formulação ou no desenvolvimento da Política Nacional de Combate ao HIV/Aids. É preciso pensar novas estratégias de financiamento para que essas organizações continuem vivas e ativas (OAPS, CDV, 2019).

2.8 Proposta de melhoria e acesso ao programa HIV/AIDS

Garantir a acessibilidade aos serviços com qualidade é uma das metas mais destacadas dos Sistemas de Saúde, na perspectiva de viabilizar não apenas a atenção aos problemas agudos e crônicos de saúde, mas também articular ações de promoção de saúde, prevenção e proteção aos agravos (FIGUEIRA; SILVA, 2018).

Os estudos acerca da dinâmica da epidemia pelo HIV/AIDS são essenciais, tanto ao diagnóstico das tendências da epidemia, como à proposição e subsequente avaliação de estratégias preventivas sensíveis às particularidades regionais, e às características socioeconômicas e culturais de diferentes segmentos populacionais. Habitualmente estas particularidades são relegadas a plano secundário nos estudos cuja base de análise é constituída exclusivamente por dados relativos aos indivíduos singulares (MANN; TARANTOLA, 1996).

Assis e Jesus (2012) referem que se deve considerar a possibilidade do atendimento à saúde ser dividida em fases, sendo a primeira delas o acesso aos serviços. Esta questão envolve a disponibilidade ou não do serviço, a distância, e quais práticas estão sendo ofertadas para o atendimento dos usuários. Além disto, é necessário identificar quais são os recursos disponíveis, qual a habilitação técnica dos profissionais que atuam na unidade de saúde, e de que forma têm se responsabilizado pelos problemas da população, a quem e como devem prestar serviço.

Ainda para Assis e Jesus (2012, p. 2.870) discutir o acesso relacionado a políticas voltadas para grupos específicos é procurar apreender a concepção de equidade. Equidade em saúde é compreendida como diretriz de organizar ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente, com forte traço de "discriminação positiva" para superar estas desigualdades injustas através da formulação e implementação de determinadas ações.

A proposição de políticas de saúde para grupos específicos gera polêmica por ser a princípio, contrária à universalidade defendida na Carta Magna de 1988 (Brasil, 1988). Verifica-se que respeitáveis linhas teóricas são colocadas para a adequação dos serviços às demandas. No entanto, o acesso à APS não devem lançar mão de nenhum método ou processo que eleja populações prioritárias, visto que, no sistema, esse nível é considerado a porta de entrada (SAITO, LACERDA, FRACOLLI, 2006).

Sorj (2004) contrariando tal expectativa, faz um alerta decisivo no balizamento de ações inclusivas referindo que a demanda de direitos realizada pelas novas identidades coletivas, quando associada a reivindicações distributivas, apresenta risco de despolitização e da erosão do espaço público, pois essas identidades questionam a política como produção de uma utopia comum e transformam o sistema de representação em um processo de agregação de interesses de fragmentos sociais.

Contudo, para algumas pessoas dos grupos de risco a própria evolução agressiva da patologia, ou o grande potencial de contágio, exige condições de acesso aos serviços de saúde diferenciados, como é o caso de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e Hanseníase, que necessitam de diagnóstico e intervenção precoce. Outras patologias, mesmo crônicas como a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica, necessitam de diferenciação positiva devido às graves consequências produzidas se não forem controladas (ASSIS; JESUS, 2012).

De um modo geral, o cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS baseia-se em estratégias dirigidas ao conjunto da população acometida pela infecção. Entretanto, o benefício de tais intervenções pode variar significativamente entre homens e mulheres, em

função das distinções de gênero aqui descritas em aspectos epidemiológicos e clínicos dos pacientes, no momento de seu acolhimento em uma unidade especializada no cuidado (BRAGA, CARDOSO; SEGURATO, 2007).

É importante saber que diferentemente das patologias convencionais, a população em geral tem medo do diagnóstico positivo para HIV. De acordo com a UNAIDS (2020), O estigma em relação ao HIV e AIDS pode levar as pessoas que vivem com o vírus à redução do contato social. O Índice de Estigma em Relação às Pessoas Vivendo com HIV e AIDS perguntou às pessoas entrevistadas se elas já tinham tomado alguma atitude de isolamento nos últimos 12 meses em virtude de serem Pessoas que Vivem com HIV. REVER ESTA FRASE

Os serviços de saúde são essenciais para que as pessoas que vivem com HIV/AIDS tenham acesso a seus medicamentos e possam buscar supressão da carga viral e qualidade de vida. Para que esse serviço de saúde atenda a pessoa que vive com HIV ou vive com AIDS é necessário que o sistema esteja preparado para receber essa pessoa desde o momento de prevenção e diagnóstico, até o momento de tratamento, acolhendo a população e principalmente fornecendo um serviço que seja Zero Discriminação. Os dados (QUIAS), porém, trazem números preocupantes em relação à preparação do sistema de saúde para apoiar as pessoas (UNAIDS 2020).

Lopes e Monroe (2014) “vislumbram um cenário de otimismo político apontando a possibilidade do fim da epidemia, com reflexos na pactuação internacional de metas que ambicionam acabar com o número de novas infecções pelo vírus, e a consequente discriminação pela doença e óbitos por HIV/AIDS. Os autores refletem sobre os mais de 38 mil indivíduos que foram notificados com a doença em 2011, e consideram que este fato remete a reflexões sobre a complexidade de construção do cuidado nesta área e na forma de garantir o acesso às ações de prevenção e diagnóstico precoce e, sobretudo ao cuidado integral, coordenado e resolutivo.

A partir de então, com base na literatura disponibilizada pelo Ministério da Saúde denominada “Cinco passos para a implementação das linhas de cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/ AIDS (BRASIL, 2017), foi que surgiu a idéia deste estudo como possibilidade de construir um proposta de sistematização do fluxo de acesso para estes dos usuários no Município de São José (SC).

O documento “Cinco passos para a implementação das linhas de cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/ AIDS” define os fluxos de realização de apoio matricial, estabelecendo horários (turnos), locais e critérios de solicitação de apoio matricial, bem como a forma como este será realizado (por exemplo, interconsulta, discussão presencial ou virtual de casos etc.).

O documento também define e apoia os mecanismos de referência e contrarreferência dentro da rede, facilitando o acesso das PVHA aos serviços de média e alta complexidade, de acordo com suas necessidades assistenciais. Este fluxo encontra-se esquematizado na Figura 02 a seguir:

Figura 2, Os Cinco Passos para a Construção de Linhas de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS



Fonte: Ministério da Saúde (2017).

Assim, buscando a sistematizar um fluxo de acesso, tendo por base o documento do MS já citado, e buscando por atingir o objetivo deste estudo, neste estudo será construída uma proposta de fluxo com base no 4º passo. “Desenhar as linhas de cuidado” consiste na definição de fluxos assistenciais e das responsabilidades dos pontos de atenção da Rede de Saúde, que deve ser de conhecimento de todos os atores envolvidos no cuidado das PVHA.

De acordo com orientação da cartilha a reorganização do modelo assistencial implica garantir algumas ações para que o processo de trabalho seja adaptado às novas necessidades, tais como:

- a) Fluxos assistenciais centrados na PVHA;
- b) Instrumentos que garantam acesso aos diversos níveis de complexidade da atenção;
- c) Equipes dos serviços da Atenção Básica responsáveis pela gestão do projeto terapêutico, que será executado na LC, garantindo um acompanhamento seguro e eficaz da PVHA;
- d) Gestão colegiada, envolvendo os diversos atores que controlam recursos assistenciais;
- e) Suporte técnico entre os profissionais, em suas diversas formas (matriciamento, discussão de casos, interconsultas etc.);
- f) Criação de protocolo de atendimento na AB, que orientará as ações dos profissionais de saúde, auxiliando inclusive no acesso aos serviços.
- g) Duas estratégias podem ser utilizadas como forma de estabelecer um fluxo assistencial da PVHA e garantir que esta seja acompanhada na Linhas de Cuidado, a saber:
- h) Vinculação:
- i) Garantir a vinculação da pessoa diagnosticada ao serviço de saúde como forma de assegurar o início oportuno do tratamento e seu acompanhamento no sistema de saúde. A vinculação ocorre quando há o início do tratamento ou quando há coleta para exame de CD4 e/ou CV, ou seja, quando a pessoa é cadastrada no Siclom e/ou Siscel

- j) Navegação tem por objetivo o acompanhamento enquanto um conjunto de ações para garantir o seguimento nos serviços, com o objetivo de prevenir a falha virológica devido à falta de adesão.
- k) Após realizada a testagem em um dos pontos da rede local de saúde, a PVHA deverá ser vinculada a esse serviço, o qual, a partir de agora, será responsável por seu cuidado integral. De preferência, caso o teste de triagem seja reagente, a pessoa deverá ser conduzida à Unidade Básica de Saúde, como primeira escolha, para que seja realizado o teste confirmatório. Assim, preferencialmente, nas UBS serão realizados o acolhimento, o agendamento de consulta e a solicitação de CD4 e CV.
- l) Após realizada a vinculação, a PVHA deve ser retida no serviço, como garantia de um adequado acompanhamento e monitoramento clínico, visando alcançar uma duradoura supressão da carga viral. Para facilitar o processo de retenção, os serviços devem utilizar estratégias como:
 - m) Facilitar o acesso ao serviço de saúde, em especial em situações específicas relativas ao cuidado das PVHA;
 - n) Utilizar abordagem multidisciplinar, a fim de contemplar todos os aspectos da integralidade do cuidado;
 - o) Ter resolutividade assistencial, incluindo a garantia da referência e contrarreferência a outros serviços de saúde, de acordo com as necessidades da PVHA (BRASIL, 2017, s.p.d.).

Para Andersen (1995) o acesso seria influenciado pela predisposição do indivíduo para utilização do serviço de saúde (características demográficas, estrutura social e crenças), por fatores capacitantes que permitem e que impedem a utilização (renda, seguro de saúde, disponibilidade de serviços, distância e tempo de espera) e pela necessidade de saúde do indivíduo.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A ciência tem suas regras e são elas que conferem cientificidade e validade ao que é produzido e reproduzido no universo científico. Cada área do conhecimento é constituída por um conjunto de técnicas especializadas de pesquisa, que variam conforme a natureza e as características de seu objeto de estudo. Mas todas as áreas do conhecimento compartilham um conjunto de princípios gerais, que denominamos como método científico (GUERRA, 2014, p. 11).

A primeira decisão a ser tomada após a escolha e delimitação de um tema a ser pesquisado é o caminho a ser percorrido pelo pesquisador, que se constituiu na escolha de um caminho metodológico. A seguir encontra-se se esquematizado o método adotado nesta pesquisa.

3.1 Tipo de pesquisa:

O presente estudo se constitui em uma pesquisa bibliográfica, de natureza aplicada, de caráter qualitativo descritivo. Este tipo de pesquisa busca descrever o objeto de estudo, as suas características e os problemas relacionados. De acordo com MINAYO (2008), os métodos quantitativos têm o objetivo de mostrar dados, indicadores e tendências observáveis, ou produzir modelos teóricos abstratos com elevada aplicabilidade prática. Suas investigações evidenciam a regularidade dos fenômenos. Ainda de acordo com MINAYO (2008), os métodos quantitativos têm o objetivo de mostrar dados, indicadores e tendências observáveis, ou produzir modelos teóricos com aplicabilidade de construção de um fluxo de acesso das Pessoas Vivendo com de HIV/AIDS no Centro de Vigilância em Saúde de São José (SC), de acordo com as orientações do Ministério da Saúde.

3.2 Local da pesquisa:

O local da pesquisa dos dados obtidos da através da observação realizada pela pesquisadora foi o Centro de Vigilância em Saúde de São José (SC), de acordo com as orientações do Ministério da Saúde. Este serviço presta o atendimento à Pessoas Vivendo com HIV e AIDS, e possui cerca de 5.000 pessoas cadastradas (número de pessoas que já tiveram algum tipo de acompanhamento), e cerca de 2500 PVHIV em acompanhamento.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através da pesquisa **bibliográfica e documental, de dados já publicados, e portanto, considerados de fonte secundárias**, além do relatório observacional realizado pela pesquisadora no local de trabalho da pesquisa.

Para a coleta de informações atualizadas e fidedignas, a pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando autores que corroborassem com o tema pesquisado, ou seja, que se tratava do acesso as Pessoas Vivendo com de HIV/AIDS ao serviço público responsável no município de São José.

Chizzotti (2001) refere que a

coleta de dados provém de documentos, de observação ou por meio de respostas e declarações de pessoas que contêm as informações necessárias aos objetivos da pesquisa, permitindo posteriormente o registro e a análise de tais informações quanto aos procedimentos adotados na coleta de dados.

Ainda sobre a coleta de dados, Gil (2007) refere que é importante que os dados sejam agrupados em dois grupos: No primeiro grupo devem estar as pesquisas bibliográficas e documental, que são aquelas que se utilizam de fontes de “papel. Já no segundo grupo, devem ser agrupadas as informações que se utilizam as fontes orais, isto é, que dependem de informações transmitidas pelas pessoas. Este tipo de cuidado é próprio da pesquisa experimental, a ex-post-facto, o levantamento, o estudo de campo e o estudo de caso.

A pesquisa bibliográfica se deu tanto com relação ao material disponibilizado pelo Ministério da Saúde, os quais possuem as orientações necessárias para a facilitação do acesso, quanto por documentos já existentes no Centro de Vigilância em Saúde. Tais documentos disponibilizam tabelas com o quantitativo de pessoas que obtiveram acesso ao serviço e outros dados que podemos extrair para complementação deste trabalho.

3.4 Resultados e Análise de dados

As técnicas de análise de dados têm o objetivo de compreender o que se diz de determinado assunto, consistindo em uma série de procedimentos que geram indicadores, a partir dos quais são feitas inferências sobre as condições de produção e de recepção das mensagens em estudo. Esta etapa da pesquisa consta no relatório final do estudo, realizado de forma descritiva com base na análise dos dados obtidos.

3.5 Considerações Éticas

Em qualquer método de pesquisa utilizado, é indispensável que se siga os cuidados os cuidados éticos e metodológicos, conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Este método dispensa a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética, uma vez que se utiliza de estudos já publicados e que se caracterizam como fontes secundárias. Esta informação está respaldada na orientação contida no documento orientador da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que determina que as pesquisas envolvendo apenas dados de domínio público, que não identifiquem os participantes da pesquisa, ou apenas revisão bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos, não necessitam aprovação por parte do Sistema CEP/CONEP (Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, que revoga a Res. 196 de 1996 (BRASIL, 2013)).

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A Declaração de Paris é resultado de uma iniciativa lançada no Dia Mundial de Luta contra a AIDS realizada em 2014, quando prefeitos de todo o mundo foram chamados para firmarem o compromisso de acelerar a resposta para o fim da epidemia de AIDS em suas cidades. O município de São José é signatário desta carta, e entre os compromissos assumidos está o alcance das metas “90-90-90”. Esta meta prevê que até 2020, 90% das pessoas vivendo com HIV, tem que saber que são portadoras do vírus, 90% das pessoas diagnosticadas com HIV, devem estar recebendo o tratamento e 90% das pessoas em tratamento, devem estar com carga viral indetectável. A carta ainda prevê a criação de políticas públicas para auxiliar no fim erradicar a discriminação e o estigma do portador de HIV (Previsão de Zero Discriminação) (SANTA CATARINA, 2018).

Entre os princípios a serem alcançados com Carta de Paris podemos citar:

- a) Acabar com a epidemia de AIDS nas cidades em 2030;
- b) Colocar as pessoas no centro de todas as nossas ações;
- c) Enfrentar as causas do risco, das vulnerabilidades e da transmissão do HIV;
- d) Usar nossa resposta à AIDS para uma transformação social positiva;
- e) Construir e acelerar uma resposta adequada às necessidades locais;
- f) Mobilizar recursos para a saúde pública e um desenvolvimento integrado;
- g) Unirmo-nos como líderes.

O município de São São José, através Centro de Vigilância em Saúde (CVS) segue as premissas o Ministério da Saúde e da Carta de Paris no tocante ao Programa de HIV/AIDS. , Localizado no Centro Histórico de São José, e Inaugurado em 08 de novembro de 2006 na Praça Arnaldo de Souza, no realiza atendimentos dos programas de HIV/AIDS, Hepatites Virais, Tuberculose e Hanseníase, além de oferecer o serviço de cauterização química de pequenas lesões.

O CVS é a referência para o tratamento e acompanhamento dos munícipes de São José com diagnóstico de HIV/AIDS, Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase e HPV masculino, a fim de identificar a demanda e encaminhar de forma apropriada para tratamento.

O Centro de Vigilância em Saúde tem a missão de formular e fomentar políticas públicas de forma ética, eficiente, participativa com base nos Direitos Humanos e nos princípios e diretrizes do SUS. Tem como visão contribuir para a excelência do Sistema Único de Saúde respondendo de forma ousada, inovadora e com forte articulação política às

necessidades da população em relação às IST, HIV/ AIDS, Hepatites Virais, Hanseníase e Tuberculose.

Dentre os objetivos da organização:

- h) Reduzir a transmissão das patologias atribuídas ao CVS;
- i) Garantir o acesso e a adesão ao tratamento;
- j) Garantir o sigilo ao diagnóstico;
- k) Fornecer os dados para gestão com intuito de auxiliar planejamento de políticas públicas adequadas para o município de São José com a finalidade do alcance das metas mundiais estabelecidas, trabalhando em conjunto com nossas lideranças, nossa infraestrutura, nossos recursos materiais e humanos, nossas cidades construirão um futuro mais equitativo, inclusivo, próspero e sustentável para seus cidadãos - independentemente de sexo, idade, condição social e econômica ou orientação sexual.

4.1 Serviços Oferecidos no Centro de Vigilância em Saúde do município de São José (SC)

Entre o serviços oferecidos pelo Centro de Vigilância em Saúde encontra-se:

4.1.1 Consulta de enfermagem

De forma geral, o acesso do usuário ao serviço é realizado inicialmente pelo agendamento de uma consulta com a enfermeira responsável pelo programa. Nesta consulta o usuário recebe acolhimento, orientações, e é a porta de entrada para a realização de exames para estabelecimento do diagnóstico. Neste momento é firmada sua vinculação e referenciamento ao programa.

Na consulta de enfermagem é realizada a abertura de prontuário, quando é necessários a apresentação de documento oficial com foto, Cartão Nacional do SUS devidamente atualizado e cadastrado no município de São José; resultado do exame de HIV reagente. Caso o usuário seja proveniente de outro município ou instituição torna-se necessário também o Relatório de Transferência e ou Cópia do Prontuário.

Outro serviço oferecido no SVS e vinculado ao HIV/AIDS é a consulta de Profilaxia Pós Exposição (PEP). Diferentemente das demais consultas a PEP possuem atendimento em livre demanda. Para os casos de exposição sexual de risco ao HIV em até 72 horas, o usuário é avaliado pelo enfermeiro da unidade, e se for o caso é encaminhado para o médico infectologista de plantão para início de Terapia Antirretroviral (TARV), e assim prevenir a

infecção pelo vírus HIV desse usuário. Esse atendimento é realizado de segunda a sexta-feira das sete horas da às dezesseis horas, a partir das dezessete horas até às seis da manhã em dias comerciais. Nos finais de semana e feriados esse atendimento é realizado pela UPA (Unidade de pronto Atendimento) da Forquilha, onde são realizados os testes rápidos e os demais acompanhamentos são realizados no CVS.

4.1.2 Consulta Médica

As Consultas Médicas disponibilizadas no CVS contam com um médico Clínico, quatro médicos infectologistas e uma pneumologista. Além das consultas médicas é realizado, quando necessário, o procedimento de cauterização química de pequenas Lesões de HPV, desde que tenha diagnóstico prévio na Unidade Básica de Saúde. O paciente com lesões sugestivas de HPV é avaliado pelo médico da UBS e encaminhado através do sistema de regulação, que avalia a prioridade e autoriza a consulta para a agenda de cauterização química.

As consultas médicas em HIV/AIDS para os usuários com diagnóstico realizado através de teste rápido ou exame sanguíneo em rede privada, sempre deve conter o exame confirmatório. Quando provenientes de transferência o usuário deve apresentar o histórico clínico. A consulta é realizada com um médico infectologista ou clínico que avalia os exames para definir o tratamento.

O seguimento clínico deve adequar-se às condições clínicas da PVHIV e à fase do tratamento. O primeiro retorno após o início ou alteração da TARV deve ocorrer em torno de sete a quinze dias, com avaliação de eventos adversos e problemas relacionados à adesão medicamentosa. A adaptação ao uso da TARV deve ser avaliada individualmente e podem ser necessários retornos mensais até se alcançar maior adesão.

A determinação de um exame de carga viral é recomendada entre quatro e oito semanas de tratamento para avaliar a eficácia. Sugere-se a periodicidade mínima de consultas médicas de seis em seis meses para casos de quadros clínicos estáveis em uso de TARV. Nesses casos exames de controle serão realizados semestralmente ou conforme avaliação e indicação. Nos intervalos entre as consultas médicas, o reforço à adesão deve ser estimulado nos momentos da dispensação dos medicamentos ou da realização de exames (BRASIL, 2021).

O uso de linguagem acessível pelos profissionais de saúde é fundamental para a compreensão das PVHIV sobre aspectos relacionados à infecção, transmissibilidade, rotina da avaliação clínico-laboratorial, adesão ao tratamento e enfrentamento ao estigma e à

discriminação. O diálogo permite o esclarecimento de dúvidas e auxilia a superação de dificuldades clínicas, sociais e comportamentais (BRASIL, 2021).

Outros aspectos a serem abordados rotineiramente pelo profissional são a saúde sexual da pessoa e suas parcerias, bem como o desejo de reprodução. Orientações objetivas sobre as estratégias atuais de prevenção combinada auxiliam na redução do risco de transmissão do HIV e das IST, e permitem que a decisão sobre a concepção seja feita no melhor cenário clínico, com as menores chances de transmissão vertical e sexual (BRASIL, 2021).

Populações com maior urgência para início de TARV deve ser iniciado imediatamente, logo que o diagnóstico da infecção pelo HIV tenha sido estabelecido, independentemente de critérios clínicos e imunológicos (resultado do CD4- Carga Viral). Esta alternativa leva em consideração o fato de que muitas pessoas têm evolução fatal, sem nunca terem sequer iniciado o tratamento, apesar do acesso universal a terapia no país. Também existem situações que exigem maior urgência para o início da TARV, como gestantes, devido ao impacto na transmissão vertical do HIV como pessoas com comorbidades graves, como tuberculose ativa, hepatites B ou C e pessoas com risco cardiovascular elevado; e casos com LT-CD4+ inferior a 350cél/mm³ e sintomáticos, devido ao importante impacto na morbimortalidade (BRASIL, 2021).

4.1.3 Exames

Os exames solicitados para o seguimento do tratamento do HIV/AIDS são realizados pelos laboratórios conveniados com a PMSJ e incluem os exames laboratoriais de rotina definidos pelo médico responsável pelo acompanhamento deste usuário.

Para a abertura do prontuário do paciente que ingressa no programa, devem ser realizados os exames bioquímicos do sangue (creatinina, TGO, TGP, Hemograma e uréia) para serem realizados em até 15 dias, os quais são indispensáveis para avaliação de toxicidade de ARV.

A carga viral é o foco principal do monitoramento laboratorial nas PVHIV em uso de terapia antirretroviral, o que possibilita a detecção precoce de falha virológica. No Brasil, os profissionais de saúde podem consultar o Sistema Laudo, que disponibiliza informações para o monitoramento clínico das pessoas vivendo com HIV, como o histórico de exames de LT-CD4+ e carga viral, histórico de dispensação de TARV e resultados de genotipagens (BRASIL, 2021).

Os exames semestrais de acompanhamento que devem ser agendados na UBS são: Exames bioquímicos (Creatinina, Hemograma, Uréia, TGO, TGP, etc.); Exame de USG;

Exame de Radiografia (Raio X); e outros exames que se fizerem necessários ou encaminhamento de consultas com outras especialidades.

Ainda são necessários a realização de exames semestrais de acompanhamento que podem ser coletados no Laboratório Municipal de São José como: a Carga Viral do HIV, da Hepatite B, e de Hepatite C, os quais determinam a quantidade de vírus no corpo humano. Também é realizado a Genotipagem usado para avaliar a estrutura genética do vírus de HIV e de Hepatite B;

Quando existe suspeita de tuberculose, o exame de PPD e escarro para pesquisa de BAAR podem ser solicitados para serem realizados no Laboratório Municipal de Forquilha. O PPD (ou prova de Mantoux) é um teste de diagnóstico que permite detectar se a pessoa está infectada com o bacilo da tuberculose. A prova consiste na injeção intradérmica de uma substância denominada tuberculina, que provoca uma reação de sensibilidade (ou não), após três dias da aplicação quando deverá ser avaliado o local. Se houver o surgimento de uma lesão, indica que a pessoa teve contato com o bacilo e deve ser investigada.

No teste de Escarro, a coleta é realizada em três amostras, por três dias seguidos coletadas em três recipientes diferentes que devem ser entregues na UBS de referência do usuário. Após as amostras são direcionadas ao laboratório municipal localizado no bairro de Forquilha (SJ).

Os Testes Rápidos para a detecção de HIV, para a detecção de Hepatite B (HbsAg), e de Hepatite C (Anti HCV), e o Teste Rápido para a detecção de Sífilis podem ser agendados pelo Sistema de Acesso aos Prontuários (CELC), realizados nas Unidades Básicas de Saúde e nos CTA's (CTA Serraria, Forquilha e CVS). Estes testes rápidos são realizados a partir da coleta de uma gota de sangue de uma das extremidades digitais. O sangue é colocado nos dispositivos de testagem e para chegar ao resultado, o profissional segue um protocolo determinado cientificamente por cada fabricante.

4.1.4 Outros serviços ofertados

Além dos serviços descritos acima, outros serviços são ofertados também pelo Centro de Vigilância em Saúde, como por exemplo, o atendimento realizado pelos profissionais de Serviço Social. Este é responsável por acolher e informar o usuário sobre o atendimento a ser prestado, incluir o usuário em políticas públicas, orientar sobre auxílio doença, sobre os direitos ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), passe-livre, saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), auxílio alimentação, auxílio natalidade, inscrição no

CADÚNICO e bolsa família, encaminhamento para acompanhamento no CRAS/CREAS e outras demandas sociais.

Além das atividades descritas acima, este serviço tem por função promover a cidadania e o reconhecimento dos direitos individuais do usuário, transferência dos pacientes para outros municípios, identificar e ofertar suporte para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais, solicitar transporte da saúde para os pacientes de baixa renda, e realizar a busca ativa nos casos de: abandono ou má adesão ao tratamento, crianças expostas ao HIV, crianças VHIV, visita aos hospitais e maternidades para coleta de informações e investigação de casos (público e privado).

Além do serviço social, outro setor existente é o de Investigação que realiza o acompanhamento dos casos de HIV. Este trabalho deve ser realizado em até 30 dias para conclusão da investigação no caso de adultos. Nos casos de gestantes, a notificação e a investigação devem ser imediatas, independente de estar sendo atendida em serviço público ou privado. As crianças expostas ao HIV devem ter acompanhamento de 1 a 2 dias por mês até completar 1 ano e 8 meses, ou até que tenha alta do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG).

O Serviço de Investigação realiza também a investigação dos agravos dos demais programas do CVS, realiza alimentação de planilhas específicas de setor relatando os dados supracitados, a busca ativa dos faltosos e/ou abandonos via telefone e domiciliar, em parceria com o serviço social, registro de evolução dos casos no sistema CELK, retirada de resultados no SISCEL e GAL (sistema de resultado dos exames de carga viral de HIV, e Hepatites) e preparo e envio de documentos à Vigilância Epidemiológica (VIEP).

4.1.5 Farmácia ou Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM)

É responsável pelo cadastro no SICLOM (Sistema de Controle e Logística de Medicamentos), acolhimento e assistência. O usuário passa por uma conversa acolhedora com o farmacêutico, onde recebe orientações a respeito do programa, dos seus medicamentos e seu tratamento. A postura do usuário perante seu tratamento e a adesão à TARV dependem muito desse primeiro encontro e da maneira como é acolhido na farmácia, daí este momento ser considerado de extrema importância para a manutenção do usuário em seu tratamento.

Os objetivos do tratamento antirretroviral são reduzir a morbidade e mortalidade e prevenir a transmissão do HIV para outras pessoas. Para atingir esses objetivos, o tratamento deve resultar na supressão máxima do HIV. Desse modo, a adesão ao tratamento é condição essencial para o seu sucesso e deve ser discutida desde a primeira consulta.

No setor de dispensação de medicação, o usuário recebe a medicação para trinta dias de TARV e orientado a retornar em 25 dias para retirar a próxima remessa de medicamentos. É fornecido o contato telefônico da farmácia com a disponibilização dos farmacêuticos para qualquer intercorrência ou dúvidas durante a adaptação à TARV.

O retorno à UDM dá-se de forma mensal para as PVHIV. O usuário é atendido de forma individual dentro do box da farmácia visando o sigilo ético e profissional. Neste momento é feita uma avaliação da adesão do usuário ao tratamento através da análise de seu histórico de carga viral e das seis últimas datas de retirada do medicamento, informações estas disponíveis no SICLOM. A investigação de interações medicamentosas e indicativos de comorbidades também são realizados em diálogo informal com o paciente e registradas no CELK.

O usuário identificado com má adesão ao tratamento passa por uma avaliação do farmacêutico que o encaminha à equipe multidisciplinar para identificar os motivos da não adesão, e traçar novas intervenções. Nos casos de abandono de TARV é realizada a inativação do cadastro no SICLOM após 90 dias consecutivos sem retirada de medicamentos.

4.1.6 Serviço Administrativo

O Centro de Vigilância em Saúde conta com um setor administrativo que realiza diversas atividades de controle e gerenciamento. Entre estas, esta o monitoramento do E-mail institucional (vigilanciaensaude@pmsj.sc.gov.br) afim de verificar e distribuir as informações recebidas. Este setor é responsável pelo controle da abertura de chamados realizados pelos servidores, solicitado através do ícone “Abrir Ticket” disponível na área de trabalho de cada servidor. Também é responsável pela confecção e envio de memorandos e ofícios que tratam das questões administrativas, solicitação de manutenção com o setor responsável (por e-mail), divulgar os avisos pertinentes pelo grupo de WhatsApp do Centro de Vigilância em Saúde.

O Serviço administrativo tem ainda como função: realizar e encaminhar mensalmente o preenchimento da sala de situação (ferramenta na qual divulga os atendimentos realizados à Secretaria de Saúde do Município), o fechamento e envio do consolidado dos testes rápido realizados; o fechamento do ponto dos servidores; envio da sala de situação a produtividade dos enfermeiros e o pedido de almoxarifado; identificação das problemáticas em relação a estrutura física, equipe e usuários, podendo assim dar resolução aos problemas enfrentados; confecção e manutenção das agendas, transferência de pacientes agendados, avisos das consultas médicas, e por fim a elaboração de planos e metas para a melhoria do serviço.

4.1.7 Programas do Centro de Vigilância em Saúde

- a) HIV/AIDS
- b) Hepatites Virais
- c) Programa Municipal de Hanseníase
- d) Programa de Tuberculose

4.1.8 Dados do atendimento de HIV/AIDS do município de São José em 2019:

Com base com os dados fornecidos pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) no mês de julho de 2019, existem cerca de 2.994 usuários ativos no programa de HIV/AIDS. Estes dados foram elaborados pela autora deste estudo em 2019, e apresentados à Secretaria Municipal de Saúde de São José de Santa Catarina.

Dos 2.994 usuários ativos no programa de HIV/AIDS em 2019, 2307 (77,05%) eram munícipes de São José, 342 (11,42%) dos outros municípios da Grande Florianópolis e 345 (11,52%) de outros municípios de Santa Catarina e de outros estados da federação.

O CVS é um serviço municipal dirigidos aos munícipes de São José, no entanto, vem atendendo também outras pessoas de outras localidades¹. Somando a quantidade de vagas disponibilizadas para outros municípios, havia um total de 687 usuários sendo acompanhados em São José, não residentes no município, conforme dados apresentados na Tabela 01, a seguir, que mostra a origem dos pacientes

Tabela 01 Origem dos pacientes

ORIGEM	TOTAL	%
São José	2.307	77,05%
Grande Florianópolis	342	11,42%
Demais municípios	345	11,52%
TOTAL GERAL	2.994	100,00%

Fonte: Schlemper, 2019

A tabela 02 a seguir apresenta o status de acesso dos usuários admitidos pelo programa HIV/AIDS de São José, no ano de 2019. Nesse ano foram admitidos 159 pacientes, dos quais 62 (que corresponde a 40,45%) tinham critérios sugestivos de AIDS. Ainda a partir desta tabela podemos observar que cerca de 25,53% dos casos novos (diagnosticados) apresentavam critérios clínicos para AIDS, isto é, dos 47 pacientes recebidos, cerca de 12 apresentam indicação para esse critério.

¹ Por conta do estigma ao HIV diversas pessoas por muito tempo buscavam atendimento fora de seu território, seja municipal ou estadual, para ter sua identidade preservada quando ao sigilo diagnóstico (NOTA DA AUTORA).

Observa-se também, com relação aos pacientes transferidos de Florianópolis que eram munícipes de São José, ou seja, 47,73% (44 pacientes) foram recebidos com critérios clínicos para AIDS, sendo que deste total, 21 já chegaram debilitados pela doença.

Tabela 02: Status de acesso dos usuários admitidos pelo Programa HIV/AIDS

Origem	Sem Resultado de Carga Viral		HIV		AIDS		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Casos Novos	13	27,66%	22	46,81%	12	25,53%	47	29,55%
Florianópolis	0	0,00%	23	52,27%	21	47,73%	44	27,67%
Rio Grande do Sul	2	13,33%	7	46,67%	6	40,00%	15	9,43%
Serviço Privado	3	21,43%	5	35,71%	6	42,86%	14	8,80%
Outras Origens	6	11,83%	16	42,74%	17	45,43%	39	24,52%
Total Geral	24	13,48%	73	46,07%	62	40,45%	159	100,00%

Fonte: Schlemper, 2019

De acordo com a tabela acima pode-se observar que cerca de 29,55% dos casos admitidos no CVS em 2019, foram pacientes recém diagnosticados. Quanto ao quantitativo dos pacientes recebidos por transferência, 27,67% foram procedentes de Florianópolis, seguido pelo estado vizinho, Rio Grande do Sul, com 9,43% dos pacientes acolhidos pelo programa.

Com o encerramento dos atendimentos dos munícipes de São José por Florianópolis, em 2019, houve um pico de transferências desse município, sendo que quase a metade chegou ao serviço com critério positivo para AIDS, como demonstrado na tabela 02. Observa-se uma grande diferença nos usuários que já estão em acompanhamento no CVS em comparação com os casos novos admitidos.

Estes dados mostram ainda que a demanda de pacientes com HIV positivo do município de Florianópolis, que tiveram alta por pertencerem à São José, tiveram a situação agravada, por não terem acesso ao agendamento de consultas médicas naquele município.

Com relação ao alcance das metas 90-90-90 definidas pela Carta de Paris, o modelo de atendimento oferecido no Centro de Vigilância tem se mostrado eficaz com relação a supressão da Carga Viral das PVHIV em acompanhamento, conforme aparece na tabela 03, na qual se pode observar os índices de carga viral.

Para este trabalho considera-se Carga Viral <50 como indetectável nesse caso a supressão viral é alcançada e a PVHIV não transmite o vírus e de 50 – 1000 e >1000 como detectável nesse caso a supressão viral não é alcançada e a PVHIV se torna potencial transmissor do vírus.

De acordo com os dados obtidos ainda na tabela 3 podemos destacar:

- O CVS possui no total geral 80,95% dos usuários com Carga Viral Indetectável;
- Cerca de 6,53% das PVHIV apresentam Carga Viral entre 50-1000 cópias representam aqueles que estão em processo de controle virológico.
- E por fim 12,51% que possuem Carga Viral >1000 cópias podem ser casos recém diagnosticados, e/ou pacientes não aderente ao ARV.

Tabela 03: Relação de Carga Viral dos usuários do CVS por atendimento médico

Médicos	<50	50-1000	>1000	Total
Médico A	85,15%	6,77%	8,08%	100,00%
Médico B	82,93%	5,03%	12,04%	100,00%
Médico C	72,87%	7,75%	19,38%	100,00%
Médico D	77,34%	9,07%	13,60%	100,00%
Médico E	80,07%	5,72%	14,21%	100,00%
Total Geral	80,95%	6,53%	12,51%	100,00%

Fonte: Schlemper, 2019

Como podemos observar a adesão das PVHIV aumenta em São José, de 80,95% (apresentado na tabela 03) para 81,54% (tabela 04), considerando apenas os munícipes de São José.

Tabela 04: Atendimento médico de pacientes por Carga Viral

	<50		50-1000		>1000		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
São José - SC	1294	81,54%	96	6,05%	197	12,41%	1587	100%
Médico A	320	86,96%	21	5,71%	27	7,34%	368	100%
Médico B	302	83,20%	17	4,68%	44	12,12%	363	100%
Médico C	74	71,15%	7	6,73%	23	22,12%	104	100%
Médico D	228	78,89%	24	8,30%	37	12,80%	289	100%
Médico E	370	79,91%	27	5,83%	66	14,25%	463	100%
Grande Florianópolis	144	79,56%	14	7,73%	23	12,71%	181	100%
Médico A	37	78,72%	7	14,89%	3	6,38%	47	100%
Médico B	35	79,55%	4	9,09%	5	11,36%	44	100%
Médico C	9	90,00%	0	0,00%	1	10,00%	10	100%
Médico D	22	73,33%	1	3,33%	7	23,33%	30	100%
Médico E	41	82,00%	2	4,00%	7	14,00%	50	100%
Demais Municípios	160	77,67%	19	9,22%	27	13,11%	206	100%
Médico A	33	76,74%	3	6,98%	7	16,28%	43	100%
Médico B	42	84,00%	2	4,00%	6	12,00%	50	100%
Médico C	11	73,33%	3	20,00%	1	6,67%	15	100%
Médico D	23	67,65%	7	20,59%	4	11,76%	34	100%
Médico E	51	79,69%	4	6,25%	9	14,06%	64	100%
Total Geral	1598	80,95	129	6,53	247,00	12,05	1974,00	100%

Fonte: Schlemper, 2019

No entanto, se considerar o número de CV indetectável entre os munícipes de São José com 81,54%, para o restante da Grande Florianópolis de 79,56% e dos usuários de outros municípios com distância maior acompanhados em São José para 77,74%. Logo quanto mais longe do município de tratamento, menor o índice de adesão.

Esses dados são o ponto de partida da avaliação do cumprimento das metas acordadas na Convenção de Paris. A partir de agora cabe o acompanhamento e evolução desses dados para poder avaliar de forma concreta a evolução do município com relação a supressão viral das PVHIV de São José.

4.2 Linhas de Cuidado

Com base na Coletânea elaborada pelo Ministério da Saúde, são os cinco passos para a construção de Linhas de Cuidados para as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, sendo que o quarto passo consiste propriamente em desenhar essa linha de cuidado. Essa linha é o caminho do usuário na rede de atenção para receber os cuidados necessários à sua saúde. Ela é expressa na forma de um fluxograma, mas pressupõe a parte textual, ou seja, além da representação em um diagrama que expresse de forma visual o caminho a ser percorrido pelo usuário em busca de seu tratamento, precisa que seja explicada de forma escrita. A linha de cuidado é uma produção dinâmica e deve ser aperfeiçoada no seu desenvolvimento (BRASIL, 2017).

Neste trabalho estão desenhadas as Linha de cuidado Adolescente (a partir de 15 anos) e Adulto e HIV, Linha de cuidado -Gestante- HIV. Devem constar dessa linha os serviços que realizarão os testes anti HIV, bem como as condutas a serem tomadas diante de qualquer resultado (negativo ou positivo), e quais os encaminhamentos possíveis. A participação da rede no acompanhamento das PVHA, inclui a Atenção Primária (AP), serviços especializados, hospitais e serviços de urgência e emergência, de acordo com a estratificação de risco definida.

4.2.1 Linha de cuidado para Adolescente (a partir de 15 anos) e Adulto diagnosticado no CTA e UBS

O usuário chega na Unidade de Saúde de referência ou CTA para a realização de teste rápido, e em seguida passa por acolhimento/aconselhamento com equipe de enfermagem, quando então é realizada a testagem para HIV.

Caso resultado seja negativo, o usuário recebe orientações sobre uso de preservativos e necessidade de rotina de testes semestrais. Caso resultado seja positivo é realizado

aconselhamento pós teste, orientando sobre a patologia e suas formas de transmissão e tratamento. A equipe de enfermagem da AP realiza notificação e investigação de cada caso e em seguida encaminha a PVHIV ao CVS para a continuidade do acompanhamento clínico.

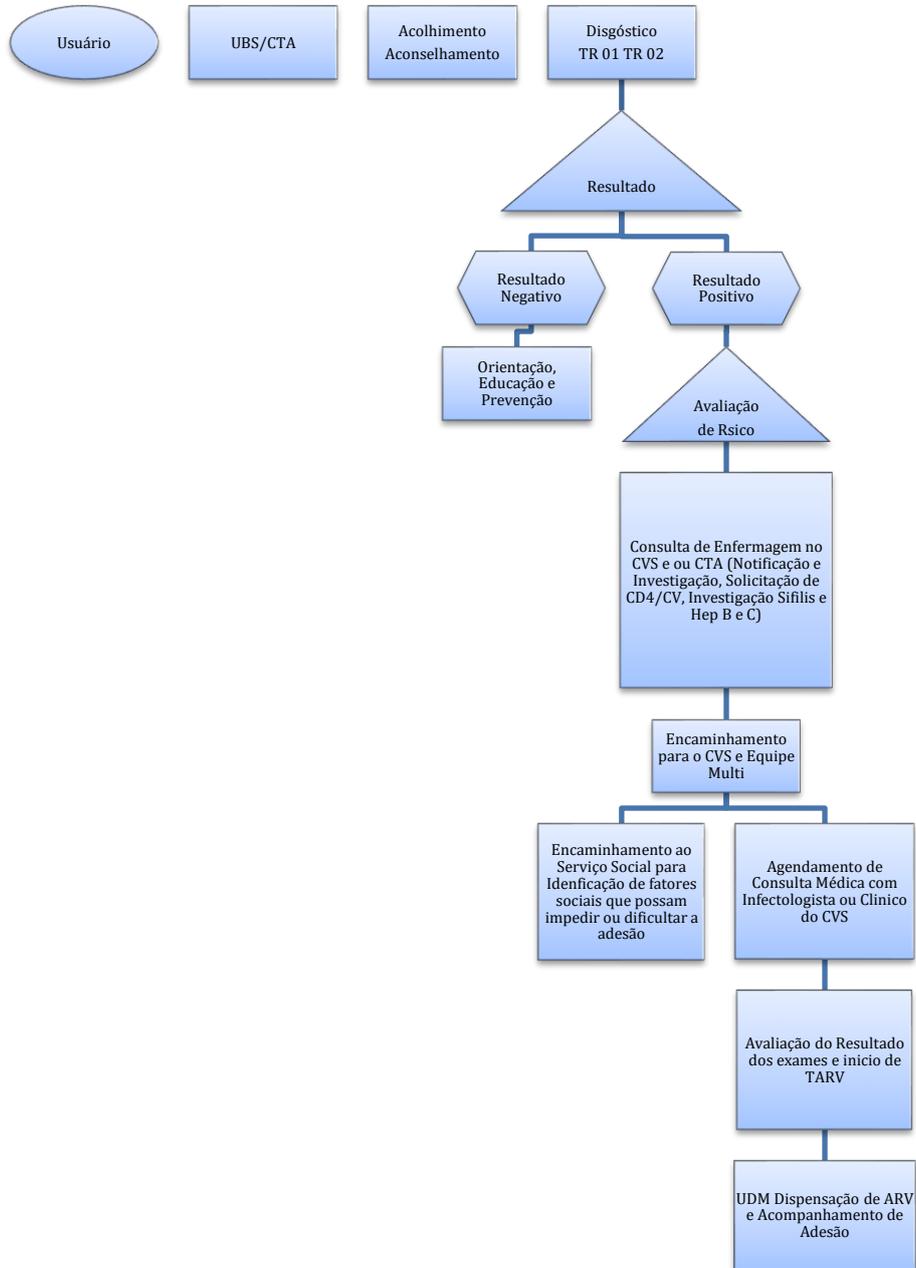
O CTA realiza a notificação e investigação, solicita de exames de CD4/CV e realiza o agendamento de consulta médica com infectologista/clínico do CVS.

No CVS o usuário é avaliado pela equipe de enfermagem que realiza classificação de risco, solicita exames de CV4/CV (nos casos encaminhados pela AP), e agenda consulta com médico Infectologista/Clinico e serviço social para identificar fatores sociais que possam impedir ou dificultar a adesão.

Em consulta médica a PVHIV recebe orientação sobre tratamento e adesão, sobre seguimento semestral, recebe Terapia Antirretroviral (TARV) e é encaminhado para a Unidade de Dispensação de medicamentos (DM). Nesta o paciente é acolhido e orientado sobre o uso de TARV, sobre adesão e é realizada a dispensação da medicação.

Esta linha de cuidados descrita textualmente está representada no fluxograma 01 apresentado abaixo.

Fluxograma 01 – Linha de cuidado (ADULTO) diagnóstico (UBS e CTA)



FONTE: Elaborado pela autora

4.2.1 Linha de cuidado para Adolescente (a partir de 15 anos) e Adulto diagnosticado em Hospitais e UPAS

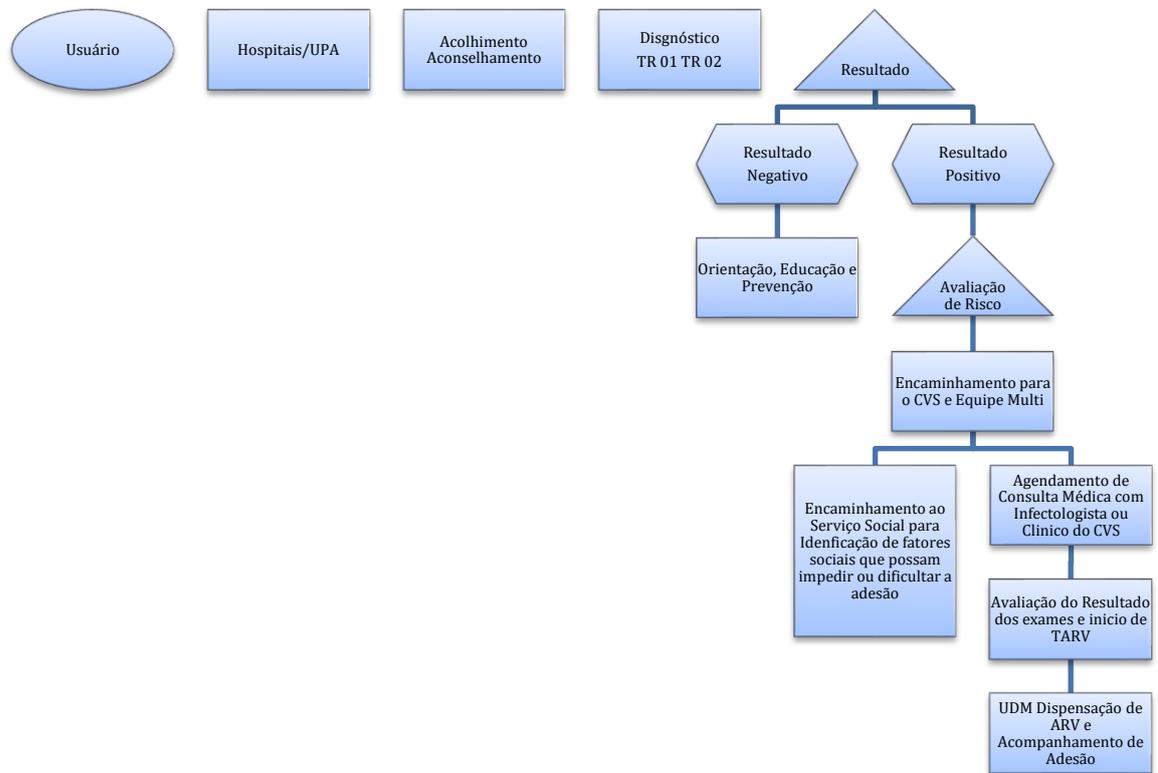
O usuário é atendido nos Hospitais e UPAS e em seguida passa por um acolhimento/aconselhamento com equipe de enfermagem, quando é realizado a testagem para HIV. Caso resultado seja negativo, o usuário recebe orientações sobre uso de preservativos, e necessidade de rotina de testes semestrais. Caso resultado seja positivo é realizado aconselhamento pós teste, orientando sobre patologia e formas de transmissão e tratamento. Passa por consulta médica (se no hospital já inicia TARV e é solicitado exames de CV4/CV) e é orientado a procurar o CVS.

No Centro de Vigilância em Saúde o usuário é avaliado pela equipe de enfermagem que realiza classificação de risco, solicita exames de CV4/CV (caso não tenha realizado), e agenda consulta com médico Infectologista/Clinico e serviço social para Identificar fatores sociais que possam impedir ou dificultar a adesão.

Em consulta médica a PVHIV recebe orientação sobre tratamento e adesão, sobre seguimento semestral, recebe Terapia Antirretroviral (TARV) e é encaminhado para a UDM da unidade. Na Unidade de dispensação de medicamentos (UDM), o paciente é acolhido e orientado sobre o uso de TARV, sobre adesão e é realizada a dispensação da medicação.

Esta trajetória esta descrita no fluxograma 2 a seguir:

Fluxograma 02 – Linha de cuidado (ADULTO) Diagnóstico (outros serviços)



Elaborado pela autora

4.2.3 Linha de cuidado – Gestante diagnosticada pelo HIV

A gestante realiza a rotina do pré-natal na UBS e em seguida passa por acolhimento/aconselhamento com equipe de enfermagem, quando é realizado a testagem para HIV. Caso resultado seja negativo, a gestante recebe orientações sobre uso de preservativos. Caso resultado positivo é realizado aconselhamento pós teste, orientando sobre patologia e formas de transmissão e tratamento. A equipe de enfermagem da AP realiza a notificação e investigação, e em seguida encaminha ao CVS para seguimento.

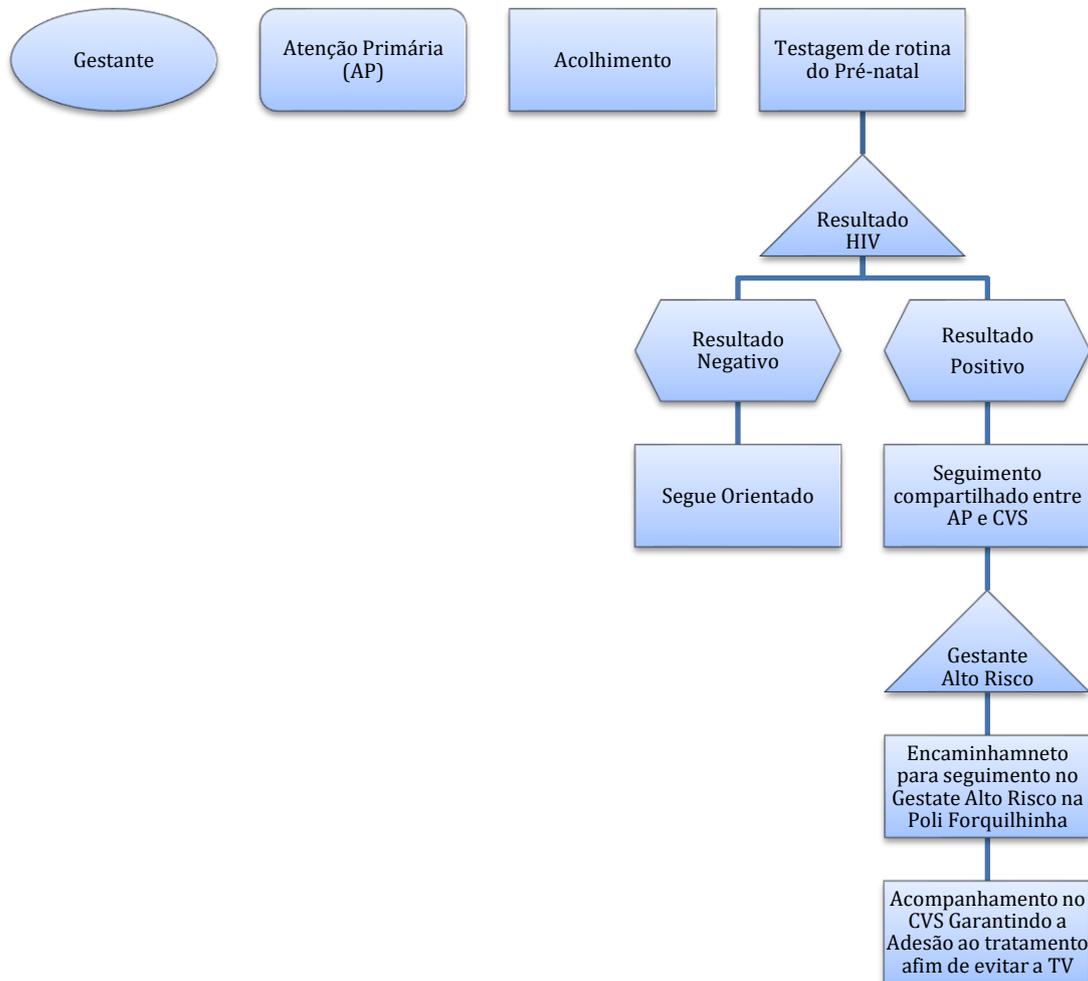
No Centro de Vigilância em Saúde a gestante é avaliada pela equipe de enfermagem que realiza classificação de risco, solicita exames de CV4/CV, e agenda consulta com o médico infectologista/clínico e serviço social para identificar os fatores sociais que possam impedir ou dificultar a adesão ao tratamento.

Em consulta médica a gestante recebe orientação sobre tratamento e adesão, sobre seguimento semestral, sobre Transmissão Vertical (TV), sobre a transmissão na amamentação, recebe a Terapia Antirretroviral (TARV) e é encaminhado para a UDM da unidade. Nesta a paciente é acolhida e orientada sobre o uso de TARV, sobre adesão e é realizada a dispensação da medicação.

Definidos as condutas e o papel de cada serviço da rede na prevenção da transmissão vertical do HIV, é importante abordar o diagnóstico no pré-natal, o tratamento antirretroviral e a referência para a maternidade no momento do parto, bem como o acompanhamento da mãe, da criança exposta e da criança infectada pelo HIV, no período posterior ao parto (caso ocorra).

Estes passos estão representados no fluxograma 03:

Fluxograma 03 – Linha de cuidado (GESTANTE) Prevenção da Transmissão Vertical



Fonte: Elaborado pela autora

5. CONCLUSÃO

Este trabalho veio propor ações para melhoria do acesso das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS ao Centro de Vigilância em Saúde de São José (SC). Neste serviço já existia uma rotina para o atendimento, porém havia a necessidade de descrever esta rotina de acesso e criar um fluxograma, além de sugerir a implementação deste ao Centro de Vigilância em Saúde de São José (SC).

A ideia teve por base nortear o atendimento da equipe multidisciplinar, do usuário e de toda a rede municipal de saúde. A proposta de reestruturação ocorreu com base nas recomendações do Ministério da Saúde através da coletânea “Os Cinco Passos para a Construção de Linhas de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS”, sendo utilizado nesse caso especificamente, o 4º passo: “Desenhar as linhas de cuidado”.

A definição do fluxo assistencial depende da definição das linhas de cuidado e da definição das responsabilidades dos pontos de atenção da Rede de Saúde, que deve ser de conhecimento de todos os atores envolvidos no cuidado das PVHIV.

A partir disso foi possível a reorganização do modelo assistencial através da criação dos fluxos assistenciais centrados na PVHIV, utilizando esses instrumentos para garantir acesso dos usuários aos diversos níveis de complexidade da atenção.

O desenho de linha de cuidado auxilia na definição dos esquemas e torna-se importante salientar que o cuidado com a PVHIV começa na Atenção Primária, e mesmo tendo um serviço de referência para o acompanhamento e tratamento de HIV no município de São José, este cuidado deve ser compartilhado.

O método adotado para este estudo foi composto de uma pesquisa bibliográfica e documental, e de um estudo de campo. O método escolhido mostrou-se adequado uma vez que viabilizou que a autora construísse uma fonte de dados observáveis que a possibilitaram atingir seus objetivos.

No entanto, a experiência da autora atuando como técnica administrativa no Centro de Vigilância em Saúde, por aproximadamente 10 anos, foi fundamental para a identificação do problemas apontados, para os aspectos descritivos do serviço e para visualizar os pontos frágeis e sugerir a construção dos fluxogramas apresentados.

Todos os dados levantados durante a pesquisa foram apresentados à gerência do CVS, com a devida sugestão de implementação do fluxo de acesso, o que caracterizou o alcance do terceiro objetivo específico traçado no início, cabendo à esta gerência, decidir pela implementação, o que foge ao escopo desse trabalho.

É importante salientar que mesmo apenas sem o fluxo de trabalho definido, a equipe multidisciplinar do CVS do município de São José, tem apresentado números muitos positivos com relação a adesão dos usuários ao tratamento da HIV/AIDS, como pode ser observados nos dados apresentados.

Ainda com relação aos dados apresentados, podemos entender que quanto maior a facilidade de acesso do usuário ao serviço de saúde, maior a sua adesão ao tratamento, daí a necessidade de orientar e clarificar todos os caminhos disponíveis aos usuários para que procurem e sigam o tratamento.

Quando falamos em SUS, falamos em regionalização e municipalização que são os seus princípios fundamentais. Nos casos em que o atendimento é realizado no município de origem do usuário, eles apresentam um maior índice de adesão, e conseqüentemente uma supressão viral de forma eficaz e duradoura. Esta é a visão e objetivo do Centro de Vigilância em Saúde em todas as suas atribuições, assim como a Secretaria Municipal de Saúde e a Prefeitura de São José, conforme foi definido no Acordo de Paris.

REFERÊNCIAS

- ABIH. Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia Hospitalar. 1º de Dezembro - Dia Mundial de Luta Contra a Aids. 2020. Disponível em: <<https://www.abih.net.br/news-abih-detalle.php?blog=1227>> Acesso em: 18 de junho 2021
- ALMEIDA, M. de S. **Elaborando seu Projeto** de TCC. p. 49, 20.
- ANÁLISE DE POLITICAS DE SAUDE NO BRASIL. **Panorama recente e perspectivas para as políticas de HIV/Aids**. Ano 04, Edição 19, Setembro/Outubro de 2018. Disponível em: <<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/19/#:~:text=Considerada%20refer%C3%Aancia%20internacional%2C%20a%20resposta,persist%C3%Aancia%20de%20estigma%20e%20discrimina%C3%A7%C3%A3o.>> Acesso em: 24 maio 2021.
- ANDERSEN, R. M. **Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?** Journal of Health and Social Behavior, Los Angeles, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- ANDRADE LOM. **Evolução das Políticas de Saúde no Brasil: do nascimento da saúde pública ao movimento pré-sus**. In: Andrade LOM, Barreto ICHC, organizadores. SUS Passo a Passo: História, Regulamentação, Financiamento, Políticas Nacionais. 2. Ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo. JESUS, Washington Luiz Abreu. **Acesso aos Serviços de Saúde: Abordagens, Conceitos, Políticas e Modelo de Análise**. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?lang=pt>> Acesso em: 31 de maio 2021.
- BRAGA PE, CARDOSO MRA, SEGURADO AC. **Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo**, Brasil. Cad Saude Publica 2007;23(11):2653-2662.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim epidemiológico AIDS**. Brasília-DF, Ano III, nº 1, Jan a Jun/ 2006 a. p. 3-5. 3. Galvão J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Ed.34; 2000.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 05/06/2021.> Acesso em: 20 de junho 2021
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Hiv/Aids e das Hepatites Virais. **Cinco passos para a implementação das linhas de cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/aids – Manual para Profissionais de Saúde**– Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 32 p.: il.
- BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Hiv/Aids e das Hepatites Virais. **Cinco passos para a construção de linhas de cuidado para pessoas vivendo com HIV/Aids – Guia para Grupos Locais** – Brasília : Ministério da Saúde, 2017b. 40 p. : il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. HIV/Aids 2019. Boletim

Epidemiológico. 2019, especial. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>> Acesso em: 16 de junho 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>>. Acesso em 28 de maio 2021.

BRASIL. **Kit HIV/Aids na Atenção Básica - Material para Profissionais de Saúde e Gestores - 5 passos.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/kit-hivaids-na-atencao-basica-material-para-profissionais-de-saude-e-gestores-5-passos>> Acesso em: 13 de junho de 2020.

_____. **Diretrizes Nacionais de Prevenção Combinada em HIV/Aids.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/organizacao-dos-servicos/diretrizes-nacionais-de-prevencao-combinada-em-hivaids>> Acesso em 29 de agosto 2020.

_____. **Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** O que é HIV. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>> Acesso em: 16 maio 2021

_____. **Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis** O que é sistema imunológico. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/o-que-e-sistema-imunologico>> Acesso em: 16 maio 2021

_____. **Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis** Sintomas e fases da aids. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/sintomas-e-fases-da-aids>> Acesso em: 16 maio 2021

_____. **Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis** Diagnóstico do HIV. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/diagnostico-do-hiv>> Acesso em: 16 maio 2021

_____. **Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis** Tratamento para o HIV. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/tratamento-para-o-hiv>> Acesso em: 16 maio 2021

BRITO, Ana Maria de Euclides. CASTILHO, Ayres de Célia. SZWARCOWALD, Landmann. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada.** 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/zBSKHBdyfvz7cLQp7fsSBg/?lang=pt>> Acesso em: 31 de maio 2021.

CASTILHO EA, CHEQUER P, SZWARCOWALD CL. A AIDS no Brasil. In: Rouquayrol E, Almeida N (eds) Epidemiologia, Saúde. Editora Médica e Científica, Rio de Janeiro, 1999.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 5. ed. São Paulo: Cortez, maio 2001.

COUTINHO, M. F. C., O'Dwyer, G., & Frossard, V. (2018). Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. Saúde em Debate, 42, 148-161. FACULDADE DE MEDICINA. **Dia Mundial contra o HIV/Aids expõe realidade da epidemia no país** .Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/dia-mundial-contra-a-aids-expoe-a-realidade-da-epidemia-no-pais/>> Acesso em 31 de maio 2021.

FERNANDES, P. D. S. (2018). Sobre viver: um estudo da percepção de jovens vivendo com HIV/Aids por transmissão vertical e perinatal sobre sua condição e tratamento (Doctoral dissertation).

FIGUEIRA, Maura Cristiane e Silva. SILVA, Wellington Pereira. SILVA, Eliete Maria. **Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura.** 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/fpPZ8GnZ6XnPwC4Y9nhPYnM/?lang=pt>> Acesso em: 31 de maio 2021

FONSECA EM, NUNN A, SOUZA-JUNIOR PB, BASTOS FI, RIBEIRO JM. **Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil.** Cad Saúde Pública 2007;23(9):2134-44.

FORATTINI OP. **Aids e sua origem.** Rev de Saúde Pública 1993; 27(3): 3-12.

FREITAS, KEILLA. Dra. Keilla Freitas. **História de HIV.** 2018. Disponível em: <<https://www.drakeillafreitas.com.br/historia-do-hiv/>> Acesso em: 16 de maio 2021

GALVÃO J. **A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito?** Cad Saúde Pública 2002;18:213-9.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007. DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Cambridge: Harvard University, 1973.

GUERRA, Elaine Linhares de Assis. Manual de Pesquisa Qualitativa. Grupo Anima Educação. Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, 2014.

LEVESQUE, J., Harris, MF & Russell, G. **Acesso centrado no paciente aos cuidados de saúde: conceituando o acesso na interface dos sistemas de saúde e as populações.** Int J Equity Health 12, 18 (2013). Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>> Acesso em 30 de agosto 2020.

Lopes, Livia Maria. Monroe, Aline Aparecida. **Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Estado de São Paulo, Brasil. 2014.** Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/MdKyJSqqrw3PQvj6KHLxzXj/?format=html>>. Acesso em 01 de junho 2021.

MANDAL, ANANYA. **História do AIDS.** 2019. Reviewed by April Cashin-Garbutt, MA (Editor). Disponível em: <[https://www.news-medical.net/health/History-of-AIDS-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/History-of-AIDS-(Portuguese).aspx)> Acesso em: 16 de maio 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

POLITIZE. **Saúde pública e as bases de funcionamento do SUS.** 2021. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/saude-publica-e-como-funciona-o-sus/>> Acesso em 29 de agosto 2020.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. **Manual de Investigação em Ciências Sociais.** 4. ed. Lisboa: Gradiva, 2005.

REIS, Denizi Oliveira. ARAÚJO, Eliane Cardoso. CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. 2011. UNA-SUS | UNIFESP

ROCHA S. **AIDS: uma questão de desenvolvimento?**. In: Passarelli CA. AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA; 2003. p.34-40. SAITO RXS, LACERDA RA, FRACOLLI LA. **Atenção primária: análise de acesso ao primeiro contato em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo**. Rev Paul Enferm 2006;25(2):74-81.

SANTA CATARINA. **Declaração de Paris é assinada em Florianópolis**. 2018. Disponível em: <<https://www.sc.gov.br/noticias/temas/saude/declaracao-de-paris-e-assinada-em-florianopolis>>

SANTA CATARINA. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **25 anos da epidemia de Aids: Uma História de Lutas, Avanços, Desafios e Conquistas**. Boletim Epidemiológico, Agosto, de 1984. 1º caso notificado de Aids em Santa Catarina.

SÃO JOSE. **Secretaria de Saúde**. Disponível em: <<https://www.saojose.sc.gov.br/index.php/sao-jose/secretarias-e-orgaos-desc/secretaria-de-saude/programas>> Acesso em 01 de junho 2020.

SORJ, B. **A Democracia Inesperada: Cidadania, Direitos Humanos e Desigualdade Social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2004.

SOUTO MC. **Projeto AIDS II e a implementação das ações de prevenção do HIV/AIDS no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]-Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

SUPER INTERESSANTE. **Como surgiu a aids?** Por Redação Mundo Estranho Atualizado em 17 mar 2020, 22h03 - Publicado em 18 abr 2011, 18h51. Disponível em: <[https://www.news-medical.net/health/History-of-AIDS-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/History-of-AIDS-(Portuguese).aspx)> <<https://super.abril.com.br/mundo-estranho/como-surgiu-a-aids/>> Acesso em: 16 de maio 2021.

SZWARCWALD, Celia Landmann. BASTOS, Francisco Inácio. ESTEVES, Maria Angela Pires. Andrade, Carla L. Tavares. **A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial**. The spread of the AIDS epidemic in Brazil from 1987 to 1996: a spatial analysis. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2000.v16suppl1/S7-S19/pt/>> Acesso em: 31 de maio 2021.

UNAIDS. **ÍNDICE DE ESTIGMA RELATAM DIFICULDADE PARA CONTAR ÀS PESSOAS SOBRE SEU DIAGNÓSTICO. Em São Paulo, 80,7% das pessoas que vivem com HIV entrevistadas para o Índice de Estigma relatam dificuldade para contar às pessoas sobre seu diagnóstico**. Disponível em: <<https://unaid.org.br/2020/11/em-sao-paulo-807-das-pessoas-que-vivem-com-hiv-entrevistadas-para-o-indice-de-estigma-relatam-dificuldade-para-contar-as-pessoas-sobre-seu-diagnostico/>> Acesso em: 31 de maio 2021.

VERONESI R. Tratado de Infectologia. 8ª ed. Focaccia R, Dietze R, co-editores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.

VILLARINHO, Mariana Vieira. PADILHA, Maria Itayra Lina. BERARDINELLI, Márcia Miguéis. BORENSTEIN, Miriam Susskind. MEIRELLES, Betina Horner SCHLINDWEIN.

Andrade Selma REGINA. **Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença.** Public health policies facing the epidemic of AIDS and the assistance for people with the disease Políticas de salud pública para la epidemia del SIDA y la atención a personas con la enfermedad. Revisão • Rev. Bras. Enferm. 66 (2) • Abr 2013 •