



Universidade Federal
de Campina Grande

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA – UACV
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SIBELY COELHO URBANO PEREIRA

**CONHECIMENTOS E PERCEPÇÕES DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE AIDS**

CAJAZEIRAS-PB

-2012-

SIBELY COELHO URBANO PEREIRA

**CONHECIMENTOS E PERCEPÇÕES DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE AIDS**

CAJAZEIRAS-PB

-2012-

SIBELY COELHO URBANO PEREIRA

**CONHECIMENTOS E PERCEPÇÕES DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE AIDS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV, do Centro de Formação de Professores – CFP, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^a MsC. Maria Soraya Pereira Franco.

CAJAZEIRAS-PB

-2012-

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

P436c	Pereira, Sibely Coelho Urbano Conhecimentos e percepções dos agentes comunitários de saúde sobre AIDS. Cajazeiras, 2012. 78f. Orientadora: Maria Soraya Pereira Franco Adriano. Monografia (Graduação) – CFP/UFCG 1. AIDS. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Vigilância em saúde. I. Adriano, Maria Soraya Pereira Franco. II. Título.
UFCG/CFP/BS 616.97	CDU –

SIBELY COELHO URBANO PEREIRA

**CONHECIMENTOS E PERCEPÇÕES DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE AIDS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV, do Centro de Formação de Professores – CFP, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em ____/____/2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a MsC. Maria Soraya Pereira Franco,
ESTC/CFP/UFCG

Prof.^a MsC. Aissa Romina Silva do Nascimento, Universidade Federal de Campina Grande
UFCG

Prof.^a . MsC. Lúcia de O. Bezerra, Universidade Federal de Campina Grande
UFCG

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, minha fortaleza. Por ter me dado o dom da vida, e a missão de seguir nela em benefício ao próximo.

(*In memoriam*), do meu queridíssimo avô **Pedro Urbano**, que edificou com seu trabalho e valores morais a nossa família.

Ao meu querido e amado Pai, Silvano Urbano, agradeço imensamente a oportunidade de me proporcionar uma formação em nível superior. Agradeço pelo apoio dado em toda minha trajetória de estudante, agradeço pelo amor e dedicação ao qual criou a mim e aos meus irmãos, em meio a tantas dificuldades.

Agradeço também por ter me ensinado desde cedo, os valores que enobrecem o ser humano, como honestidade, ética e humildade. Valores esses que carregarei por toda minha vida. Agradeço a Deus, pela sua existência que dá sentido a minha vida, e me faz ser espelho do que tu és, me tornando assim uma pessoa melhor e digna.

À minha mãe Maria de Fátima, agradeço o amor, carinho e dedicação. Agradeço pelos conselhos, pela preocupação de mãe, sempre presente e por não medir esforços em ajudar em todos os aspectos da minha vida, possibilitando a conquista de meus sonhos.

Aos meus irmãos **Silvano Júnior e Simone Urbano**, por compartilharem e festejarem comigo, nessa minha primeira grande vitória, agradeço a atenção dispensada nos momentos difíceis dessa longa, cansativa, e dolorida jornada.

Agradeço ao meu primo **Eduardo**, e a sua esposa **Socorro**, por ter me acolhido, e terem sido a minha família, e por não medir esforços nos momentos em que precisei. Serei eternamente grata por tudo!

Agradeço a minha tia, **Lourdes** que sempre me acolheu em sua casa, com o seu abraço acolhedor de mãe, sua hospitalidade incontestável e sua vontade de me agradar em tudo. Obrigado Tia!

A minha amiga **Maiana**, que compartilhou momentos importantes da minha vida, foi uma irmã e amiga nas horas difíceis e me proporcionou a alegria da sua companhia.

As minhas queridas amigas **Andressa, Thalyta e Graziela** que ao longo dessa jornada me mostraram o verdadeiro sentido da palavra “amizade”, que sempre estiveram presentes compartilhando tristezas, preocupações e principalmente alegrias. Sempre levarei vocês em meu coração.

Agradeço a minha querida Orientadora Prof^a Ms **Maria Soraya** por me dar um norte ao longo do caminho, pelos esforços empregados na elaboração e término deste trabalho.

Agradeço aos Agentes de Saúde da cidade de Cajazeiras-PB por terem dedicado uma parte do seu tempo para participarem da pesquisa. **A todos eles o meu muito obrigado!**

E por fim, gostaria de agradecer a todos os professores do Curso de Enfermagem da UFCG Campus Cajazeiras, por disseminarem de forma clara e objetiva os seus valiosos conhecimentos. Sem eles eu não teria aprendido tanto e, conseqüentemente, não teria chegado até aqui. **Meus eternos agradecimentos.**

*“... A minha vida é toda tua,
os meus planos os meus sonhos,
de nada vale o existir,
se não for pra te ofertar,
E em cada passo descobrir
Que o tempo esconde o que é eterno
Que tu és o sentido,
Ó meu Senhor... de tudo!*

PEREIRA, Sibely Coelho Urbano. **Conhecimentos e Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre AIDS**. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB – 2012. Orientadora: Prof.^a M Maria Soraya Pereira Franco.

RESUMO

A AIDS constitui uma grave ameaça à saúde pública, tanto por sua gravidade, velocidade de crescimento e potencial de letalidade, quanto pelo sofrimento e conseqüências econômicas e sociais que provoca. O presente estudo tem como objetivos identificar e descrever o olhar dos Agentes Comunitários de Saúde em relação aos usuários portadores de HIV/AIDS no Município de Cajazeiras. O estudo tem como proposta metodológica uma pesquisa de campo exploratório-descritivo com abordagem quantiqualitativa. Sendo os dados quantitativos analisados e computados através do software SPSS com o auxílio da estatística descritiva, em que os dados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas, sendo discutidos à luz da literatura pertinente. Enquanto os dados qualitativos ocorreram através de entrevista semiestruturada e gravada da residência de cada participante, onde a análise temática analisada fora através do Discurso do Sujeito Coletivo. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. A amostra foi composta de 30 ACS da cidade de Cajazeiras, foi feito o destaque das expressões – Chaves de todo discurso de cada sujeito. Logo após identificou-se para cada questão a ideia central (IC). Obtendo-se como resultado desse estudo a visibilidade do ACS frente a AIDS. Nos dados encontrados, referente ao perfil sócio demográfico dos participantes, identificamos que grande maioria dos profissionais são do gênero feminino, casados, da religião católica e na faixa etária de 32 a 40 anos, com pouco nível instrução, tendo na maioria deles concluído o nível médio. Revelou-se nas entrevistas que os principais problemas encontrados pelos ACS na realização da busca ativa em pacientes portadores de AIDS são o preconceito, o estigma social que a doença gera e a falta de conhecimentos dos profissionais sobre a morbidade. A maioria dos participantes revelou possuir uma grande insegurança e despreparo para lidar com o portador HIV+ e mostraram pouco conhecimento sobre a doença no decorrer das narrativas. Em relação ao auto preconceito, a maioria mostrou não possuí-lo, porém alguns participantes revelaram despercebidamente possuí-lo. O trabalho permite assim, sensibilizar os órgãos competentes a construir estratégias e ações mais eficazes, a fim de contribuir positivamente para o processo de educação em saúde.

Palavras-chave: AIDS. Agentes de Saúde. Vigilância em Saúde.

PEREIRA, Sibely Urban Rabbit. Knowledge and Perceptions of Community Health Workers on AIDS. Work completion of course (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB - 2012. Advisor: Prof.ª Ms. Maria Soraya Franco Pereira.

ABSTRACT

AIDS is a serious threat to public health, both for its severity, speed of growth and potential lethality, as the suffering and economic and social consequences it causes. This study aims to identify and describe the look of Community Health Workers in relation to users with HIV / AIDS in the city of Cajazeiras. The study has methodological proposal as a field research with exploratory and descriptive approach quantitative qualitative. Being quantitative data analyzed and computed through the SPSS software with the help of descriptive statistics, where data were presented in form of graphs and tables, and discussed in the light of relevant literature. While qualitative data through semi-structured interviews were recorded and each participant's residence, where the thematic analysis was analyzed through the Collective Subject Discourse. The study was submitted to the Ethics Committee of the State University of Paraíba. The sample consisted of 30 ACS city Cajazeiras, was made the highlight of expressions - Keys entire speech of each subject. Soon after it was identified for each question the central idea (IC). Getting up as a result of this study the visibility of ACS against AIDS. We found data concerning the socio-demographic profile of the participants, we found that most professionals are female, married, Catholic religion and aged 32-40 years, with little instruction level, most of them having completed the level Avg. It was revealed in interviews that the main problems encountered by ACS in conducting active case finding in patients with AIDS are prejudice, social stigma that the disease generates and lack of knowledge of professionals on morbidity. Most participants have revealed great uncertainty and unpreparedness to give the wearer with HIV + and showed little knowledge about the disease in the course of the narrative. Regarding the self bias, most showed not own it, but some participants revealed unobtrusively owning it. The work allows to sensitize the relevant bodies to build more effective strategies and actions in order to contribute positively to the process of health education.

Keywords: AIDS. Health monitoring agents in Health.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição da amostra estudada, segundo o tempo de Trabalho.....	49
GRÁFICO 2 – Distribuição da amostra estudada, conforme o número de empregos.....	49
GRÁFICO 3 – Distribuição da amostra estudada, quanto à situação profissional.....	50
GRÁFICO 4 – Distribuição da amostra estudada, quanto à carga horária de trabalho semanal.....	50
GRÁFICO 5 – Distribuição da amostra estudada, quanto à forma de contratação no serviço.....	51
GRÁFICO 6 – Distribuição da amostra estudada, conforme a participação em treinamentos.....	52
GRÁFICO 7 – Distribuição da amostra estudada, conforme a participação de treinamentos voltados para HIV/AIDS.....	52
GRÁFICO 8 – Distribuição da amostra, de acordo a população assistida.....	53
GRÁFICO 9 – Distribuição da amostra estudada, de acordo com o número de famílias assistidas.....	54
GRÁFICO 10 – Distribuição da amostra estudada, de acordo com a avaliação do trabalho do ACS em relação à busca ativa pelo portador de HIV / AIDS.....	55

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição das respostas, de acordo com os principais problemas enfrentados na UBSF em relação a indivíduos portadores de HIV/AIDS.....46

TABELA 2 - Distribuição das respostas, de acordo com os principais problemas enfrentados na UBSF em relação a indivíduos portadores de HIV/AIDS.....55

TABELA 3 - Distribuição das respostas dos ACS sobre as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia para trabalhar a problemática do HIV/AIDS em suas áreas de abrangência.....56

LISTRA DE QUADROS

QUADRO 1 - Elenco de variáveis do estudo.....	40
QUADRO 2 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão: O que lhe vem na mente quando usamos a palavra AIDS?.....	57
QUADRO 3 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão: Qual o significado de HIV/ AIDS para você?.....	58
QUADRO 4 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão: Como você se sente enquanto profissional da UBSF na busca ativa do portador de HIV/AIDS na sua área de abrangência?.....	59
QUADRO 5 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão: Quais as suas dificuldades enquanto profissional de saúde para trabalhar essa temática?.....	60
QUADRO 6 -Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão: Como você se percebe no processo de trabalho desenvolvido pela Unidade de saúde da Família para trabalhar com o portador de HIV?.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARC	Complexo Relacionado à AIDS
ARV	Antirretrovirais
CD4+	<i>Cluster of differentiation antigen 4+</i>
CDC	<i>Center for Diseases Control and Precention</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTA	Centro de Testagem de Aconselhamento
CRT	Centro de Referência e Treinamento
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DO	Declaração de Óbito
DNA	Ácido desoxirribonucléico
EIA	<i>Enzyme immunoassay</i>
ELISA	<i>Enzyme-Linked Immunosorbent</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAART	<i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IO	Infecção Oportunista
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravo de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de medicamentos Antirretrovirais
SNP	<i>Single Nucleotide Polymorphism</i>
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
T CD4+	<i>Linfócitos T Cluster of Differentiation Antigen 4 +</i>
TARV	Terapia Antirretroviral
UDI	Usuários de Drogas injetáveis

UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
UNAIDS	<i>United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
W	SINAN Windows
WB	<i>Western Blot</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 CARACTERIZANDO A AIDS.....	19
2.2 DEFININDO HIV/AIDS.....	21
2.3 AS VIAS DE TRANSMISSÃO DO HIV.....	22
2.4 DIAGNÓSTICO.....	24
2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DO HIV/AIDS.....	27
2.6 VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO HIV/AIDS.....	30
2.7 O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE AO INDIVÍDUO PORTADOR	33
3. METODOLOGIA.....	35
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	35
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	36
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	37
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO EXCLUSÃO.....	38
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	38
3.6 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS	41
3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISA.....	43
3.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	45
5. CONCLUSÕES.....	63
6. REFERÊNCIAS.....	64
7. APÊNDICES.....	68
7.1 APENDÊCE A.....	69
8. ANEXOS.....	71
8.1 ANEXO A.....	72
8.2 ANEXO B.....	73
8.3 ANEXO C.....	74
8.4 ADEXO D.....	76

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome na Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida inicialmente nos Estados Unidos em 1981, e em 1984 o vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi identificado como agente causador da doença (MATIOLI 2010).

Desde o surgimento da AIDS no Brasil, em 1983, mais de 205 mil mortes e 506 mil casos foram registrados no país. No mundo, somente no ano de 2007, foram 2,7 milhões de novas infecções e 2 milhões de mortes, a maior parte em países de média e baixa renda. Para traçar um paralelo, buscando situações semelhantes, com um número tão grande de vítimas, é preciso voltar a outras épocas — como a idade média, quando a peste negra dizimou cerca de 20 milhões de vidas, o que representava uma parcela expressiva da população europeia, ou no início do século XX, quando a gripe espanhola matou entre 20 e 50 milhões de pessoas em todo o mundo (GRANGEIRO et al 2009).

Levando em conta que ao final da década de 1980, os indicadores epidemiológicos da AIDS no Brasil eram semelhantes aos de muitos países da África Austral, onde, atualmente, a epidemia apresenta contornos alarmantes. Na época, estudos apontavam cada vez mais para o risco da epidemia se generalizar na população brasileira e provocar expressivo impacto na economia e na saúde. Considerado que a velocidade de crescimento da doença no Brasil, um país marcado pela diversidade social, econômica e cultural, pelo surgimento de um expressivo número de novos casos entre mulheres e homens heterossexuais e pela manutenção de incidências altas em grupos sociais mais vulneráveis (GRANGEIRO et al 2009).

Segundo relatório da ONU divulgado em 2008 havia no mundo mais de 33 milhões de pessoas infectadas com o vírus da AIDS. Somente na África Subsaariana, são mais de 22 milhões de infectados, ou 67% do total. A prevalência de adultos com AIDS entre a população da região também é alta. No Brasil, são 544 mil casos até 2009, já em 2010, foram notificados 34.218 casos da doença e a taxa de incidência de AIDS no Brasil foi de 17,9 casos por 100 mil habitantes (UNAIDS/OMS, 2009).

De acordo com a UNAIDS, estima-se que cerca de 7.400 novas infecções por HIV ocorrem por dia no mundo e 4.945 mortes relacionadas à doença por dia (NAÇÕES UNIDAS, 2011).

O Ministério da Saúde do Brasil 2011, conta aproximadamente 30 mortes por dia (11 mil mortes por ano). No último boletim epidemiológico da pasta, foram contabilizados 608.230 mil casos de AIDS de 1980 até junho de 2011. Nesse mesmo

período, 241.469 pessoas morreram em decorrência dessa doença no Brasil.

Observando-se a epidemia por região em um período de 10 anos, 2000 a 2010, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 24,5 para 17,6 casos por 100 mil habitantes. Nas outras regiões, cresceu: 27,1 para 28,8 no Sul; 7,0 para 20,6 no Norte; 13,9 para 15,7 no Centro-Oeste; e 7,1 para 12,6 no Nordeste. Vale lembrar que o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (56%) (BRASIL, 2011).

Atualmente, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Esse aumento proporcional do número de casos de AIDS entre mulheres pode ser observado pela razão de sexos (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres). Em 1989, a razão de sexos era de cerca de 6 casos de AIDS no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino. Em 2010, chegou a 1,7 caso em homens para cada 1 em mulheres (ANDRADE et al, 2007; BRITO, 2011).

Diante do quadro atual da AIDS no Brasil, e levando em consideração que o país é pioneiro na distribuição de medicamentos para o combate à AIDS na rede pública de saúde, observamos a relevante função da Vigilância em Saúde, na prevenção e controle dessas doenças transmissíveis. Vale ressaltar também, a fundamental importância da notificação dos casos, para rastreamento e redução da morbimortalidade causadas pela doença.

O sistema de vigilância é capaz de identificar, controlar e prevenir surtos e emergências epidemiológicas, ou quaisquer agravos à saúde no âmbito individual e coletivo da população, promovendo e organizando práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes, realizando o monitoramento contínuo dos indicadores de saúde, tanto nas esferas municipais, estaduais e nacionais.

A Atenção Básica (AB), como primeiro nível de atenção no âmbito do (SUS) Sistema Único de Saúde, tem um papel fundamental na busca ativa de casos de indivíduos portadores do vírus HIV, por meio do profissional de Enfermagem, e principalmente o Agente comunitário de Saúde, que possibilitam ao usuário um acolhimento, e o primeiro contato do doente com a rede básica de saúde, realizando o diagnóstico precoce, assistência, e encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção.

Esses profissionais desenvolvem o seu trabalho voltado para a família, considerando o indivíduo no seu contexto social, econômico e ambiental, conhecendo a realidade da comunidade, estabelecendo vínculos e relações de co-responsabilidade com a população assistida, buscando alcançar uma atenção efetiva e de qualidade, capaz de

prevenir os agravos à saúde mais prevalentes na região e aproximando a assistência da real condição de vida dos usuários.

O ACS pode ser um grande instrumento de ações em saúde na problemática da AIDS, servindo como um “elo” entre a Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) e o portador, possibilitando o acompanhamento dos casos e a quebra de barreiras da discriminação e preconceitos, muitas vezes existentes na população, e até mesmo dos próprios profissionais para com os doentes.

Diante desta problemática, entendemos a importância deste estudo para obtenção de algumas respostas, objetivando com essa pesquisa identificar as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde para essa temática, sobretudo por haver poucos trabalhos na literatura. Nesse ínterim, o trabalho tem por finalidade descrever a visão dos mesmos em relação a AIDS. De maneira específica pretende conhecer: O perfil sociodemográfico do ACS; Traçar o perfil profissional dos ACS das Unidades de Saúde da Família (USF) frente a AIDS; Identificar as principais dificuldades para a busca ativa de indivíduos portadores de HIV/AIDS na execução do trabalho das equipes de Saúde da Família de Cajazeiras.

Levando em consideração a escassez de relatos sobre esse tema na literatura, torna-se essencial o desenvolvimento desta referida pesquisa, esperando que esse estudo contribua para o aumento do conhecimento e melhoria da prática profissional, por parte do profissional de saúde, sobre tudo do ACS perante a problemática da AIDS.

Contudo, pretende-se contribuir para aumento da reflexão desses profissionais, frente a seu olhar perante a AIDS no município do alto sertão Paraibano para uma assistência qualificada e humanizada aos portadores do vírus HIV/AIDS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CARACTERIZANDO A AIDS

As primeiras descrições, no início da década de 80, de casos de pneumonia por *pneumocystis jiroveci* e de sarcoma de Kaposi entre homossexuais jovens até então saudáveis, permitiram caracterizar AIDS. O caráter infeccioso foi a seguir confirmado pelo isolamento do agente etiológico, classificado no gênero retrovírus e que recebeu denominação de vírus da imunodeficiência humana HIV (TANCREDI, 2010).

Após a identificação do primeiro caso de infecção por HIV, em 1981, nos Estados Unidos, a transmissão desse vírus ocorreu rapidamente para pessoas de diferentes países do mundo, resultando, em poucos anos, em uma pandemia que se exterioriza nas 33,2 milhões de pessoas infectadas por HIV no mundo em 2008 (GUANILO, 2008).

O mais recente relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Programa das Nações Unidas sobre Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) – UNAIDS - mostrou pela primeira vez, em quase três décadas de epidemia da AIDS, a redução da mortalidade pela doença em mais de 10% nos últimos cinco anos. Também o número de novas infecções sofreu um declínio de 17% em oito anos. Este progresso é atribuído a campanhas de prevenção e acesso a antirretrovirais (ARV) que permitem que milhões de pessoas com HIV vivam mais tempo (SILVEIRA, 2010).

Em todo o Brasil, os casos de AIDS e óbitos pela doença sofreram pequena queda em 2010, quando comparados a 2009. Foram registrados no país 34,2 mil novos casos, contra 35,9 mil em 2009. A taxa de incidência da doença passou de 18,8 por 100 mil habitantes em 2009 para 17,9 em 2010 (BRASIL 2011).

De acordo com dados da Paraíba (2012), o estado encontra-se, no quinto lugar do Nordeste com maior incidência de AIDS. São 4.759 pessoas diagnosticadas com o vírus no Estado de 1980 até dezembro de 2011, de acordo com os números, a taxa de incidência de casos do vírus no Estado é de 8,3 para cada 100 mil habitantes.

A Região Sul é a de maior incidência da doença, comparado às demais regiões do país, apresenta, em 2010, índice de 28,8 casos por 100 mil habitantes. Em segundo na lista, está o Norte (20,6), seguido por Sudeste (17,6), Centro Oeste (15,7) e Nordeste (12,6) (BRASIL, 2011).

Dados do Ministério da Saúde (2011), revelam que os casos de óbitos também

são mais numerosos no Sul, onde o coeficiente registrado em 2010 foi de 9 mortos pela doença para cada 100 mil habitantes. O Norte aparece em segundo em mortalidade por vírus HIV (6,5 para cada 100 mil). A região com menos mortos por AIDS é o Nordeste. Os dados negativos de mortalidade no Sul revelam que a doença tem sido diagnosticada tardiamente na região.

No ano de 2010, 11,9 mil pessoas morreram em decorrência da AIDS, enquanto em 2009 foram registradas 12 mil mortes. Apesar da leve redução, o coeficiente de mortalidade se manteve igual - 6,3 por 100 mil habitantes (BRASIL 2011).

De acordo com Silveira (2010), essa redução da mortalidade pode ser causada pelo fato de, o Brasil ter sido um dos primeiros países em desenvolvimento a oferecer o acesso universal e gratuito aos medicamentos ARV através do Sistema Único de Saúde (SUS). A introdução da TARV (terapia antirretroviral) tem resultado em alterações no perfil da epidemia, especialmente na diminuição da morbimortalidade em todas as regiões do país. O aumento expressivo (178%) das vendas de preservativo no país durante o período de 1995 a 2004 também é um indicador de mudança de comportamento da população, com impacto potencial no número de casos de HIV/AIDS.

Em contrapartida, Mathias (2010) atribui essa redução da mortalidade da AIDS aos os avanços científicos referentes ao tratamento medicamentoso, com a utilização da terapia antirretroviral altamente potente (TARV), pois proporcionaram significativo aumento na expectativa de vida do portador de HIV. A doença deixou de ser incurável, fatal e irreversível, tornando-se uma doença crônica. Mas a progressão da doença é individual e o tratamento tem tolerância e efetividade diferenciada entre os portadores de HIV. A aceitação do diagnóstico e das dificuldades sociais e psíquicas advindas depende da história de vida e meio onde o portador está inserido. Isso produz incerteza e estresses psicológicos, que causam impacto na intimidade e nas relações sociais.

Com a evolução da infecção para doença crônica, o portador de HIV não precisa mais viver em função da mesma, como ocorria inicialmente, o que tem possibilitado mudança de valores, crenças e hábitos. Nesse novo contexto, torna-se fundamental compreender as novas perspectivas e os desafios proporcionados pela maior longevidade e maior convivência com o HIV nos aspectos físicos, sociais e emocionais (MATHIAS 2010).

2.2 DEFININDO HIV/AIDS

HIV é a sigla que denomina o Vírus da Imunodeficiência Humana, causador da AIDS, onde ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. O HIV faz cópias de si mesmo, alterando o DNA dessa célula. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção. Porém, ser portador do HIV não significa necessariamente ter AIDS, sendo essa última caracterizada pela intensa manifestação dos sintomas da doença. O indivíduo pode ser portador do vírus e não ter a síndrome, após o contágio pode demorar de 8 a 10 anos para a doença se manifestar. Cabe salientar que mesmo sem AIDS o indivíduo HIV positivo pode transmitir o vírus (BARRETO, 2010).

Os infectados pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+, a contagem deles é um importante marcador da imunodeficiência, sendo utilizado para estimar o prognóstico, avaliar a indicação de início de terapia antirretroviral e definição de casos de AIDS. Uma vez agravada a imunodepressão, o portador da infecção pelo HIV apresenta infecções oportunistas (IO), causadas por microrganismos não considerados usualmente patogênicos, ou seja, não capazes de desencadear doença em pessoas com sistema imune normal. Porém, nessa situação, as infecções necessariamente assumem um caráter de maior gravidade ou agressividade, para serem consideradas oportunistas. As doenças oportunistas associadas à AIDS são várias, podendo ser causadas por vírus, bactérias, protozoários, fungos e certas neoplasias (BRASIL, 2006).

Os sinais e sintomas clínicos da doença variam em cada fase da Infecção, o período desde a infecção pelo HIV até o desenvolvimento de anticorpos para o HIV é conhecido como infecção primária. Esse período caracteriza-se por intensa replicação viral e por ampla disseminação do HIV por todo o organismo. Os sintomas associados à viremia variam desde nenhum até os sintomas de uma gripe intensa, e aparecem durante o pico da viremia e da atividade imunológica. Durante a infecção primária, ocorre um período de janela imunológica, durante o qual uma pessoa com infecção por HIV exibe resultados negativos no teste de anticorpo para HIV no sangue (SMELTZER et al, 2009).

Na fase sintomática da doença, com o passar do tempo, o número de células T CD4+ cai gradualmente, o portador da infecção pelo HIV pode apresentar sinais e sintomas

inespecíficos de intensidade variável, além de processos oportunistas de menor gravidade, conhecidos como ARC - Complexo Relacionado à AIDS. São indicativos de ARC: candidíase oral; testes de hipersensibilidade tardia negativos; e a presença de mais de um dos seguintes sinais e sintomas, com duração superior a 1 mês, sem causa identificada: linfadenopatia generalizada, diarreia, febre, astenia sudorese noturna e perda de peso superior a 10%. Há uma elevação da carga viral e a contagem de linfócitos T CD4+ já pode se encontrar abaixo de 500cel/mm³ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

2.3 AS VIAS DE TRANSMISSÃO DO HIV

Sabe-se que a AIDS pode ter diferentes formas de transmissão sendo elas: relações sexuais desprotegidas, transmissão sanguínea (via parenteral ou vertical) e pelo aleitamento materno. No entanto, conforme afirmam diversos autores, o sexo desprotegido é a forma mais comum de transmissão da doença (BRITO et al, 2009).

Lima et al. (1996) Confirma a ideia de que a principal forma de exposição no mundo todo, é a sexual. Sendo que a transmissão heterossexual é considerada pela OMS, como a mais frequente do ponto de vista global.

Outro importante aspecto a ser considerado, quando se pensa em transmissão sexual, é o da vulnerabilidade de cada pessoa. A vulnerabilidade existe quando estão presentes circunstâncias desfavoráveis para a percepção de risco e/ou para adoção de medidas preventivas (BRASIL, 2010).

Alguns fatores de risco estão associados aos mecanismos de transmissão do HIV tais como: tipo de prática sexual, como em relações sexuais desprotegidas, a utilização de sangue ou seus derivados não testados ou não tratados adequadamente; a recepção de órgãos ou sêmen de doadores não testados, reutilização de seringas e agulhas, bem como o seu compartilhamento, acidente ocupacional durante a manipulação de instrumentos perfuro-cortantes, contaminados com sangue e secreções de pacientes e gestação em mulheres HIV positivos, tornando um fator de risco para o conceito (ANDRADE et al 2007; BRITO, 2011).

Uma forma de transmissão sanguínea do HIV é a transfusão de sangue, via de reconhecida importância, e por isso a triagem sorológica de sangue doado é regulamentada por lei, e obrigatoriamente realizada em bancos de sangue. No entanto, existe o risco residual (risco de doação de sangue no período da janela imunológica). A categoria de exposição transfusão foi relacionada em menos de 1% dos casos notificados de AIDS, no

Brasil, no período de 1980 a 2010 (BARRETO, 2011).

O Compartilhamento de agulhas, seringas e outros equipamentos por via sanguínea são meios de exposição e disseminação da infecção pelo HIV. Essa categoria de exposição foi observada em 17,6% dos casos notificados no sexo masculino, e em indivíduos com 13 anos ou mais de idade, no Brasil, no período de 1980 a junho de 2010, nas mulheres o percentual foi de 7,7% (ALENCAR, 2011).

No que se refere a transmissão vertical Estudos têm mostrado que existe uma diminuição do número de casos de transmissão vertical do HIV, principalmente, a partir dos resultados do acesso à terapia medicamentosa onde observa-se a redução a menos de 5%, em consequência da combinação do uso de terapia medicamentosa antirretroviral e profilaxia em gestantes e recém-nascidos. No Brasil, a transmissão vertical foi responsável por 0,1% dos casos notificados de AIDS, em indivíduos com 13 anos ou mais, no sexo feminino no período de 1980 a junho de 2010 (MACÊDO et al, 2009).

Além dessas formas mais frequentes, a transmissibilidade pode ocorrer também a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais de saúde. Algumas considerações sobre essas formas de transmissão, prevenção e controle permitirá às equipes de Atenção Básica identificar o risco dessa infecção nos usuários da UBS (BRASIL, 2010).

A Exposição ocupacional ocorre de forma acidental de diversas formas, pode ser devido ao contato de sangue ou secreções com mucosas ou pele íntegra teoricamente possam ser responsáveis por infecção pelo HIV, os seus riscos são insignificantes quando comparados com a exposição percutânea, através de instrumentos pérfuro-cortantes. Fatores como prevalência da infecção pelo HIV na população de pacientes, grau de experiência dos profissionais de saúde no cuidado desse tipo de paciente, uso de precauções universais (luvas, óculos de proteção, máscaras, aventais, etc.), bem como a frequência de utilização de procedimentos invasivos, podem também influir no risco de transmissão do HIV. O meio mais eficiente para reduzir tanto a transmissão profissional-paciente quanto a paciente-profissional baseia-se na utilização sistemática das normas de biossegurança, na determinação dos fatores de risco associados, e na sua eliminação, bem como na implantação de novas tecnologias da instrumentação usadas na rotina de procedimentos invasivos CARVALHO et al, (2004).

Diante disso, os profissionais de saúde, principalmente da atenção básica devem conhecer os principais fatores de risco, e a vulnerabilidade da população em contrair o Vírus da Imunodeficiência Humana. Nesse contexto, é de fundamental importância por parte dos

profissionais, identificarem as principais manifestações clínicas da doença, para detecção de novos casos, como também de prevenção dos mesmos.

2.4 DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO DO HIV

A primeira definição de caso de AIDS adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil (2004), foi em 1987, restrita aos indivíduos com quinze anos de idade e mais. A referência para essa primeira definição brasileira foi elaborada em 1985 pelos CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*). Denominada de Critério CDC Modificado, fundamentava-se na evidência laboratorial de infecção pelo HIV e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência utilizando-se métodos diagnósticos definitivos. Desde então, a definição de caso de AIDS em adultos no Brasil passou por sucessivas revisões que tiveram como objetivo principal a adequação dos critérios às condições diagnósticas laboratoriais e ao perfil de morbidade do País.

No Brasil, em 1992 buscando a necessidade de critérios mais simplificados para a definição de casos de AIDS, que não dependessem de exames complementares sofisticados, um critério inédito, baseado na identificação clínica de sinais, sintomas e doenças, a partir de experiências acumuladas por alguns serviços de saúde no Rio de Janeiro, sendo descrito com o nome de Critério Rio de Janeiro/Caracas. Esse critério foi proposto em reunião de especialistas organizada pela OPAS, em fevereiro de 1989, na cidade de Caracas, Venezuela. Ambos os critérios foram adotados de forma não excludente para pessoas com treze (13) anos ou mais de idade, modificando a faixa etária de referência que anteriormente era de quinze (15) anos.

O Critério Rio de Janeiro/Caracas se confirma na existência de dois testes de triagem ou um confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV + Somatório de pelo menos 10 pontos de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças.

Nessa revisão de 1992 foi também adotado o Critério Excepcional CDC, que incluía pacientes sem a evidência laboratorial da infecção pelo HIV mais que possuíam diagnóstico definitivo de determinadas doenças indicativas de imunodeficiência, desde que excluídas outras causas de imunodeficiência após investigação epidemiológica. O Critério excepcional óbito ocorre quando se faz Menção de AIDS/SIDA (ou termos equivalentes) em alguns dos campos da declaração de óbito (DO) + Investigação epidemiológica inconclusiva ou menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum dos campos da DO, excetuando-se os óbitos por causas externas + Investigação epidemiológica inconclusiva,

excetuando-se os óbitos por causas externas (BRASIL, 2004).

Os testes diagnósticos para infecção do HIV surgiram em 1985. São os chamados *enzyme-linked immunosorbent assay* (ELISA ou EIA), os enzimaímunoensaios ou ensaios imunoenzimáticos. Esses testes sorológicos são baseados na detecção de anticorpos produzidos pelo sistema imunológico do organismo da pessoa infectada contra a presença do HIV e são utilizados freqüentemente como exames de triagem, por serem testes de alta sensibilidade (MARQUEZ, 2008).

Os testes para detecção da infecção pelo HIV podem ser divididos, basicamente, em quatro grupos: Testes de detecção de anticorpos; Testes de detecção de antígenos; Testes de amplificação do genoma do vírus; e técnicas de cultura viral. As técnicas rotineiramente utilizadas para o diagnóstico da infecção pelo HIV são as baseadas na detecção de anticorpos contra o vírus, os chamados testes anti-HIV. Essas técnicas apresentam excelentes resultados. Além de serem menos dispendiosas, são de escolha para toda e qualquer triagem inicial. Detectam a resposta do hospedeiro contra o vírus (os anticorpos) e não o próprio vírus. As outras três técnicas detectam diretamente o vírus, ou suas partículas, e são utilizadas em situações específicas, tais como: esclarecimento de exames sorológicos indeterminados, acompanhamento laboratorial de pacientes e mensuração da carga viral para controle de tratamento. Os anticorpos contra o HIV aparecem, principalmente, no soro ou plasma de indivíduos infectados, numa média de 6 a 12 semanas após a infecção (BRASIL, 2006).

Os testes de detecção de anticorpos são os mais comumente utilizados, dentre eles destacam-se o ELISA (ensaio imunoenzimático) uma técnica que vem sendo amplamente utilizada na triagem de anticorpos contra o vírus, pela sua facilidade de automação, custo relativamente baixo e elevada sensibilidade e especificidade. Outro teste bastante utilizado na etapa de confirmação sorológica é o da Imunofluorescência indireta. Já o teste Western-blot é considerado “padrão ouro” para confirmação do resultado reagente na etapa de triagem. Tem alta especificidade e sensibilidade, mas, comparado aos demais testes sorológicos, tem um elevado custo (BRASIL, 2006).

Os testes rápidos surgiram com as novas tecnologias validadas e foram incorporadas pelo seu aspecto inovador, ampliação do aspecto ao diagnóstico, rapidez no resultado e pela não necessidade de estrutura laboratorial complexa. No Brasil, a partir de 1999, os testes rápidos passaram a ser utilizados, inicialmente, em maternidades no momento do parto, em gestantes que não tinham sido testadas no pré-natal, como estratégia de prevenção da transmissão vertical e profilaxia com antirretroviral quando indicado. Em

2005, a portaria nº 34 regulamentou e ampliou o uso desses testes para situações especiais, como em populações vulneráveis ou em locais de difícil acesso, após pesquisa de custo-benefício e capacitação de equipes técnicas (DHALIA, 2007).

Esses testes dispensam em geral a utilização de equipamentos para a sua realização, sendo de fácil execução e leitura visual. Sua aplicação é voltada para situações emergenciais que requerem o uso profilático com ARV, ou seja, em centros obstétricos, e no paciente-fonte após acidente ocupacional. Esse teste tem aplicação, ainda, em locais onde a avaliação de custo-benefício justifica seu uso. Os testes rápidos são executados em tempo inferior a 30 minutos. E são realizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA os exames podem ser feitos inclusive de forma anônima (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A metodologia usada nos testes rápidos é em geral a imunocromatografia ou a aglutinação de partículas em látex. Os antígenos virais utilizados são fixados a um suporte sólido e, no contato com a amostra de sangue obtida por punção venosa ou por punção digital, mudam de cor, quando houver reação. Os testes rápidos que utilizam amostra de saliva ou urina não estão disponíveis para uso geral no Brasil (MARQUEZ, 2008).

Os testes utilizados para diagnóstico rápido da infecção pelo HIV são realizados exclusivamente com *kits* registrados pela Agência Nacional de vigilância Sanitária (Anvisa), e validados pelo departamento de Vigilância, a avaliação Diagnóstica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) se dá através de uma história detalhada do usuário, e permite ao profissional informações indicativas do comportamento de risco para as DST e para a infecção pelo HIV. Com base nas informações adquiridas, o profissional poderá, em conjunto com o paciente, construir processos que minimizem ou eliminem os riscos de uma reinfecção e/ou transmissão para outras pessoas, nesse sentido em 2010/2011 fora implantada nas unidades básicas de Saúde o teste rápido com a finalidade de prevenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e em situações especiais como, por exemplo, acidentes biológicos ocupacionais para teste no paciente-fonte, gestantes que não tinham sido testadas durante o pré-natal ou não possam receber o resultado do teste antes do parto, abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional, parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS e em centros de testagem e aconselhamento (ALENCAR, 2011).

O diagnóstico do HIV em Gestantes é feito por meio da testagem para HIV, recomendada no 1º trimestre. Mas, quando a gestante não teve acesso ao pré-natal adequado, o diagnóstico pode ocorrer no 3º trimestre ou até na hora do parto. As gestantes que

souberem da infecção durante o pré-natal têm indicação de tratamento com os medicamentos para prevenir a transmissão para o feto. Já em idosos, deve-se ter mais cuidado, a fragilidade do sistema imunológico em pessoas com mais de 60 anos dificulta o diagnóstico de infecção por HIV. Isso ocorre por que, com o envelhecimento, algumas doenças tornam-se comuns. E os sintomas da AIDS podem ser confundidos com os dessas outras infecções. Por isso, é importante realizar o teste sempre que houver uma situação de risco (CARDOSO et al, 2004).

2.5 POLÍTICAS DE CONTROLE DO HIV/AIDS

A história da construção de Políticas Públicas em AIDS no Brasil vem acompanhada por forte mobilização da sociedade civil na luta contra a epidemia. As primeiras ações coletivas, focadas em protestos de rua, difundiram na sociedade o conhecimento sobre a doença, estimularam o debate contra a estigmatização dos homossexuais e exigiram respostas públicas. A inserção da AIDS na agenda política fortaleceu o movimento civil que passou a se organizar pelos direitos universais ao acesso e ao tratamento integral da doença. A conquista da distribuição universal dos medicamentos antirretrovirais consolidou a concepção de saúde como direito e dever do Estado, segundo a Constituição Federal de 1988 (PEREIRA, NICHATA, 2011).

O movimento de luta contra a AIDS expandiu-se em meados da década de 90 com a pluralidade de formação de muitas organizações não governamentais. Algumas surgiram exclusivamente com a finalidade de captação de recursos, e outras muitas foram formadas comprometidas com ações políticas e solidárias na luta contra a AIDS. Os movimentos sociais evidenciavam as contradições econômicas e sociais presentes na sociedade brasileira responsáveis por iniquidades e exclusão social (PEREIRA, NICHATA, 2011).

Alguns setores da sociedade defendiam a ideia de que a AIDS consistia em uma doença de pequena dimensão, restrita a um grupo minoritário da população. A AIDS era tida como uma “doença de uma minoria rica” portanto, não tinha relevância governamental na construção de estratégias para intervir nessa doença. O próprio Ministério da Saúde não a caracterizava como portadora de magnitude e vulnerabilidade que exigissem intervenção dos órgãos de saúde pública do país. A doença era entendida pela sociedade como sendo externa ao Brasil, uma vez que as pessoas acometidas eram de classe econômica alta, sobretudo, homossexuais que viajavam para o exterior (TEIXEIRA, 2009).

Contrária a essas considerações, a Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SESSP), criou um grupo de trabalho composto por profissionais que lidavam com hanseníase, uma doença também estigmatizante, associada ao medo de contágio, com o objetivo de trabalharem no enfrentamento da AIDS. Entre as primeiras providências foram realizadas ações de vigilância epidemiológica e atividades de educação em saúde com a sociedade, além de as instâncias de participação do movimento homossexual na discussão do planejamento das políticas terem sido formalizadas (PEREIRA, NICHATA, 2011).

Nesse contexto, desde 1986 o governo Brasileiro promove diversas medidas para conter a epidemia HIV/AIDS, iniciadas a partir da criação do Programa Nacional de DST/AIDS. Dentre elas destacam-se o estabelecimento da obrigatoriedade do teste anti-HIV, detecção de anticorpos anti-HIV, em todos os bancos de sangue no Brasil; a criação de Centros de Orientação e Apoio Sorológico, em 1987; o fornecimento de medicamentos para a profilaxia e tratamento das infecções oportunistas, em 1988; a distribuição gratuita e universal de antirretrovirais, em 1991 e a implantação do programa de prevenção às DST/HIV/AIDS nas escolas, em 1992 (BRASIL, 2005).

Em 1993, foram estabelecidas diversas modalidades de serviços de assistência, conhecidas como: Serviços de Ambulatórios Especializados, Hospitais-dia, Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica. Foram desenvolvidos com finalidades distintas, mas associados ao serviço de saúde, vinculados a atenção básica já existente, como os serviços de prevenção e controle das DST's os Centros de Testagem e Aconselhamento, visando fortalecer os serviços disponíveis, em termos de maior resolutividade diagnóstica e terapêutica, além de aprimorar os mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços públicos de saúde (BRASIL, 2005).

Em 1994, adotou-se a “Estratégia de Redução de Danos” com o intuito de promover a redução das trocas e compartilhamento de seringas, entre usuários de drogas injetáveis; em 1985, criou-se o Grupo de Apoio à Prevenção de AIDS, a primeira Organização não governamental (ONG) de luta contra AIDS no país. Assim também, ocorreu o aumento progressivo de programas específicos para considerados grupos de risco como: homossexuais, profissionais do sexo e população carcerária (GUANILO, 2008).

Uma das prioridades do Programa Nacional de DST e AIDS é a redução da transmissão vertical do HIV. Resultados animadores vêm sendo observados a partir da instituição de protocolos de tratamento da gestante/parturiente e criança exposta, a qual,

além da quimioprofilaxia com os antirretrovirais, deve ser alimentada com fórmula infantil desde o nascimento até a confirmação do seu status sorológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em 2002, com objetivo de reduzir a transmissão vertical implantou-se o projeto Nascer-Maternidades, estabeleceu-se a terapia anti-retroviral associada ao parto por cesárea eletiva (nome dado ao parto programado entre a 38ª e 39ª semana), e a ampliação da cobertura do acompanhamento do pré-natal (CARDOSO et al,2011)

Desde 2001, todas essas ações contribuíram para o reconhecimento internacional do Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS), pelo fornecimento universal e gratuito da terapia anti- retroviral e pelas suas ações que possibilitam a diminuição da epidemia em: hemofílicos, em pessoas com transfusões, em homossexuais e em usuários de drogas injetáveis (GUANILO, 2008).

A terapia antirretroviral (TARV), iniciada no Brasil em 1996, vem alterando consideravelmente a história natural dessa infecção, resultando em um aumento da sobrevivência dos pacientes, mediante reconstrução das funções do sistema imunológico e redução de doenças secundárias e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida dos pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A política governamental brasileira de resposta à AIDS, pautada na oferta universal e gratuita de antirretrovirais e medicamentos para doenças oportunistas por meio do sistema público de saúde, foi muito questionada, especialmente no início de sua implantação, na década de 90. O sucesso do programa é, hoje, reconhecido mundialmente, não só por este componente, mas também por ser um programa interministerial em diálogo permanente com os movimentos sociais e com a comunidade científica. O acesso universal à terapia antirretroviral (TARV) resultou em uma redução significativa nas taxas de morbidade e mortalidade (SZWARCOWALD, 2011).

São muitas as dificuldades, todavia, para manter a sustentabilidade das ações a longo prazo. Além das questões orçamentárias, o cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS envolve grandes desafios. Adicionalmente, os esforços preventivos precisam ser intensificados. Passados trinta anos desde os primeiros casos de AIDS no Brasil, os jovens convivem, atualmente, com uma doença que tem tratamento específico, sem ter experimentado a alta letalidade que marcou o início da epidemia. Por outro lado, com o aumento da sobrevivência, a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS adquiriu

relevância crescente. (SZWARCOWALD, 2011).

Ainda nas perspectivas do (PNDST), o ministério da saúde do Brasil em 2007, programa as medidas preventivas no segmento feminino, criando o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da epidemia do HIV/AIDS, e outras doenças entre as mulheres, por meio a redução das múltiplas vulnerabilidades que às torna susceptíveis a infecções (BRASIL, 2007).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde, a política social pública de atenção à saúde, estabelece que as unidades de saúde devem ser capazes de dar atenção integral à saúde dos cidadãos, pressupondo que as atividades de assistência, promoção e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS devam ser articuladas entre si, compatíveis com as necessidades da população e asseguradas pelo sistema. Dessa forma, cabe aos municípios organizar a rede de atenção ao HIV/AIDS nos seus territórios de abrangência (ABDALLA, 2007).

2.6 VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO HIV/AIDS

No Brasil, a vigilância epidemiológica da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) vem sendo realizada tomando-se como referência a notificação universal dos casos de AIDS. A infecção pelo HIV não é de notificação compulsória, a AIDS sim, é de notificação desde 1986, conforme ditado pela portaria nº 592/1986 devido ao caráter de pandemia no início da epidemia e, nos dias atuais, pela sua importância social, sendo a notificação uma ação de grande valor, especialmente por ser instrumento pelo qual se pode monitorar tendências da pandemia (BRASIL, 1986).

Com base na notificação da totalidade dos casos de AIDS existentes no Brasil, e com base na história natural da infecção, pode-se calcular retrospectivamente o avanço da epidemia em nosso País. A notificação dos casos de AIDS tem sido, pois, de grande valor para ajudar no direcionamento da resposta nacional à epidemia, seja nas atividades de prevenção, seja no planejamento das necessidades de assistência (CARDOSO et al, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o SNVE, definindo, em seu texto legal (Lei nº 8.080/90), a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1986).

A expressão vigilância epidemiológica passou a ser aplicada ao controle das doenças transmissíveis na década de 1950, para designar uma série de atividades subsequentes à etapa de ataque da Campanha de Erradicação da Malária, vindo a designar uma de suas fases constitutivas. Originalmente, essa expressão significava “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos”. Tratava-se, portanto, da vigilância de pessoas, com base em medidas de isolamento ou de quarentena, aplicadas individualmente e não de forma coletiva (SANTOS, 2002).

O modelo da CEV inspirou a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) a organizar, em 1969, um sistema de notificação semanal de doenças selecionadas e a disseminar informações pertinentes em um boletim epidemiológico de circulação quinzenal. Tal processo fundamentou a consolidação, nos níveis nacional e estadual, de bases técnicas e operacionais que possibilitaram o futuro desenvolvimento de ações de grande impacto no controle de doenças evitáveis por imunização (BRASIL, 2009).

Durante a 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), por meio de legislação específica (Lei nº 6.259/75 e Decreto nº 78.231/76). Esses instrumentos tornaram obrigatória a notificação de doenças transmissíveis selecionadas, constantes de relação estabelecida por Portaria (BRASIL, 1976).

Nesse conceito, as ações de vigilância epidemiológica passaram a ser operacionalizadas num contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, caracterizada pela descentralização de responsabilidades, pela universalidade, integralidade e equidade na prestação de serviços (SANTOS, 2002).

Com isso, o objetivo da vigilância em AIDS se baseia em acompanhar a tendência temporal e espacial da doença, de infecções e comportamentos de risco, visando orientar as ações de prevenção e controle do HIV/AIDS e, conseqüentemente, reduzir a morbi-mortalidade associada à respectiva doença.

Um sistema de vigilância epidemiológica precisa responder à complexidade dos agravos que busca conhecer a AIDS, desenvolvendo novos modelos, que não sejam baseados exclusivamente na notificação de casos e que podem representar eventos ocorridos anos antes. Para tanto, é necessário conhecer oportunamente as populações vulneráveis, comportamento, riscos, entre outros fatores, de forma a subsidiar intervenções mais efetivas (SANTOS, 2002).

No Brasil a vigilância epidemiológica da AIDS, além de se basear em

informações fornecidas pela notificação de casos registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e em registros de óbitos, do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), possui dois sistemas particulares: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) (CRUZ, TOLEDO e SANTOS, 2003).

As informações do Sinan, no caso particular da AIDS, são provenientes das notificações de casos confirmados pela definição de casos da doença adotada no país. O sistema contém informações epidemiológicas relevantes, que têm sido utilizadas para caracterizar a dinâmica da epidemia, assim como para subsidiar as ações de prevenção e controle da doença (CRUZ, TOLEDO e SANTOS, 2003).

O SIM tem o objetivo principal de fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade no país. Contém informações sobre o óbito, como a causa básica, data, local e município de ocorrência, assim como informações sobre o indivíduo que faleceu, tais como a idade, sexo, grau de escolaridade, ocupação e município de residência (ROUQUAYROL, 2003).

O Siscel foi desenvolvido com o objetivo de monitorar os procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4/CD8 e quantificação da carga viral do HIV, para avaliação de indicação de tratamento e monitoramento de pacientes em TARV. O Siclom foi desenvolvido com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais. As informações são utilizadas para controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes de AIDS e uso de diferentes esquemas terapêuticos (SANTOS, 2002).

Uma principal ferramenta no rastreamento dos casos de HIV/ AIDS é a notificação dos casos confirmados, onde é feita mediante o preenchimento da ficha de notificação/investigação de AIDS, adulto, disponível no Sinan, que deve ser preenchida pelo médico ou outro profissional de saúde, no exercício de sua função. A Portaria GM/MS nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, regulamenta a notificação de doenças compulsórias em todo o país (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, considerando que o Agente Comunitário de Saúde tem a capacidade de captar através da busca ativa, as morbidades no seu território, o mesmo é considerado um profissional com um papel relevante na equipe de Saúde e na comunidade, o que permite a notificação, proporcionando o perfil epidemiológico fidedigno da sua micro área.

O sistema de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis no Brasil é

rotineiramente passivo. O desconhecimento das doenças a notificar e do fluxo da notificação pelos profissionais de saúde, bem como mudanças na definição de caso e a crença de que outro profissional notificou o caso, podem contribuir para a subnotificação de casos. Acrescenta-se a isso a solicitação de sigilo do diagnóstico de doenças como a AIDS, por pacientes ou familiares, mesmo que seja uma informação necessária para fins oficiais (CARVALHO et al 2011).

A subnotificação de agravo de notificação compulsória ocorre quando um caso não é notificado ao sistema de informação ou ocorre fora do período estabelecido. Estimativas equivocadas da magnitude das doenças podem decorrer disso, o que prejudica o planejamento de estratégias de prevenção e controle e pode levar à subalocação de ações e recursos (CARVALHO et al 2011).

2.7 O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE AO INDIVÍDUO PORTADOR

O agente comunitário de Saúde integra as equipes do PACS e ESF, realizando atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, de acordo de acordo com as diretrizes do SUS. (BRASIL, 2010).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1991 com pontos centrais na sua atuação, tais como: a valorização da família e da comunidade, bem como sua participação ativa na prevenção de doenças e na promoção da saúde (BRASIL, 2005).

O PACS é uma estratégia que integra a Agenda Básica da comunidade solidária. No foco dessa estratégia estão as ideias de proporcionar a população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações (FIGUEIREDO, 2005).

ACS é ser uma pessoa que se identifica, em todos os sentidos, com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem, costumes, atuando como “ponte” entre a comunidade e os serviços de saúde disponíveis em seu município. Ele deve ter espírito de liderança e de solidariedade (ALMEIDA, 2008).

O ACS começa o seu trabalho pelo reconhecimento da população recolhe informações detalhadas acerca da realidade de cada domicílio e cadastram as famílias, na sequência de seu trabalho, ele irá acompanhar as modificações que ocorrem nos dados desse cadastro, para manter atualizado os usuários. E também identifica as condições de habitação,

trabalho, e de renda dos moradores, esse conjunto de dados é atualizado continuamente pelos ACS (ALMEIDA, 2008).

Nessa ótica, o ACS desempenha fundamental importância na prevenção de agravos a saúde, como também realiza o papel da busca ativa de casos de HIV/AIDS na comunidade, contribuindo assim para o diagnóstico e a notificação da doença.

O atendimento ao portador de HIV/AIDS pelo ACS, na perspectiva do SUS deve se fundamentar em atividades informativo-educativas, desenvolvidas pelos próprios agentes comunitários de saúde (ACS) nas comunidades e pelos demais profissionais das UBS, com o objetivo de despertar os indivíduos para a realização do teste anti-HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Portanto, as UBS devem se estruturar para responder a demanda de usuários que buscam a unidade, para esclarecimento de seu quadro clínico a respeito dos sintomas sugestivos de infecção pelo HIV, pois pode proporcionar a oportunidade de diagnóstico ao primeiro contato, e encaminhamento aos serviços especializados disponíveis no SUS. Os serviços especializados para atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS são: Serviço de Assistência Especializado (SAE), Hospital Dia (HD), Hospital Convencional (HC) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

3 METODOLOGIA

O conhecimento científico é um conhecimento real que lida com toda forma de existência manifestada de algum modo, obtido de forma sistemática, racional e experimental através de uma metodologia rigorosamente conduzida. (MARCONI, 2009)

Segundo Ferreira (1986), metodologia é a arte de conduzir o espírito na investigação da verdade. Para Colzani (2010), trata-se de um conjunto de técnicas e métodos imprescindíveis à produção do conhecimento científico, isto é, a execução prática do pensamento científico diante do processo de apreensão da realidade. Dessa forma, a metodologia é de vital importância para o desenvolvimento da pesquisa e alcance dos resultados desejados.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Marconi e Lakatos (2009) definiram pesquisa como um apanhado sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados ao tema. De acordo com Andrade (2001), pesquisa é um conjunto de procedimentos sistemáticos, baseados no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos.

O presente estudo tem como proposta metodológica uma pesquisa de campo exploratório-descritiva com abordagem quantitativa.

A pesquisa de campo tem como foco, a abordagem do objeto de estudo no seu ambiente próprio. A coleta de dados é feita nas condições espontâneas em que os fenômenos ocorrem, sendo assim diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador. Pode abranger desde os levantamentos, que são mais descritivos, até estudos mais analíticos (SEVERINO, 2007).

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis. Nesse sentido, são considerados como objeto de estudo uma situação específica, um grupo ou um indivíduo (FIGUEIREDO, 2008).

Segundo Severino (2007), a pesquisa exploratória procura realizar descrições precisas da situação e descobrir relações existentes entre os elementos pesquisadores; busca apenas levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de

trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem o levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

A pesquisa qualitativa enfatiza a compreensão da experiência humana como é vivida, coletando e analisando materiais narrativos e subjetivos, centrados nos aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenômenos, tentando capturá-los em sua totalidade, dentro do contexto dos que o experimentam (POLIT: BRCK:HUNGLER, 2004).

A abordagem quantitativa envolve mensurações, controle de variáveis e análise estatística. Tendendo a focar na análise, para examinar as partes dos componentes de um fenômeno (COZBY, 2003).

De acordo com Triviños (1987), o procedimento comparativo e descritivo visa conhecer para descrever com exatidão os fatos e fenômenos da realidade.

Ainda como parte do estudo fora utilizado, um estudo exploratório, em uma abordagem qualitativa, utilizando os critérios estabelecidos por Leférere; Leférere (2005), quanto ao Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Essa proposta tem como fundamento teoria das representações sociais, pois esta tem se mostrado de grande utilidade nas análises referente as pesquisas sociais, principalmente no campo da saúde. A representação é uma construção do sujeito enquanto sujeito social. Sujeito que não é apenas produto de determinações sociais nem produtor independente, pois que as representações são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam.

Logo, em se tratando da AIDS e dos serviços oferecidos aos indivíduos portadores todas as representações construídas nos seus grupos de pertencas são compartilhadas tanto por eles quanto pelos profissionais de saúde, determinando comportamentos e práticas relevantes no âmbito da saúde.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O trabalho será realizado nas Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB. Cajazeiras ocupa uma área total de 565,8km² e detém uma população de 58.446 habitantes, sendo 27.938 homens e 30.508 mulheres. Encontra-se situada na extremidade ocidental do estado da Paraíba, no Alto Sertão Paraibano, distando cerca de 465 km da capital João Pessoa. Limita-se a norte e leste com São João do Rio do Peixe, oeste com Cachoeira dos Índios e Bom Jesus, ao sul com São José de Piranhas, a noroeste Santa

Helena e a sudeste Nazarezinho (IBGE, 2010).

O município foi criado pela lei nº 92 de 23 de Novembro de 1.863 e instalado em 23 de Novembro de 1.864. Conta com 15 Unidades de Saúde da Família, constituídas de médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares ou técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. O município dispõe ainda de Unidades de Pronto Atendimento, hospital municipal de atendimento materno infantil, policlínica, Núcleo de Apoio a Saúde da Família; e órgãos estaduais, sendo localizada de acordo com o Plano Diretor de regionalização na 9º Regional de Saúde, Hospital Regional de Cajazeiras, Maternidade, e Banco de Leite Humano além de apresentar serviços de referência e contra-referência (DATASUS, 2011).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Montenegro (2010) afirma que os sujeitos envolvidos em um estudo científico têm informações cruciais para sanar nossas interrogações e apenas podem ser obtidas através dos mesmos.

A população de um estudo é um conjunto de elementos, ou melhor, um grupo de indivíduos da qual se deseja obter dados em um estudo particular, desde que todos contenham pelo menos uma característica em comum. Já a amostra é definida como um subconjunto finito da população, destacando que os indivíduos elegidos necessariamente precisam apresentar as mesmas características da população para que possa ser considerada representativa (MEDRONHO, 2009).

A amostra eleita para participar do estudo foi formada por (30) agentes comunitários de saúde do serviço de Atenção Básica de Saúde de Cajazeiras – PB, Brasil.

Nessa perspectiva, a amostra foi formada por todos os participantes que aceitarem participar do estudo, atendendo as recomendações previstas na Resolução 196/1996, do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo, os profissionais atuantes em qualquer que seja a Unidade de Saúde da Família (USF) de abrangência da cidade de Cajazeiras, desde que em pleno exercício de suas atividades e que concordem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos do estudo, os profissionais que estiverem ausentes de suas atividades no momento da pesquisa e os que não concordarem em participar do trabalho.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O questionário, segundo Severino (2007), caracteriza-se como um conjunto de questões, sistematicamente articuladas, que tem por finalidade obter informações dos sujeitos pesquisados acerca de sua opinião sobre o assunto em estudo. A entrevista, por sua vez, trata-se de uma conversação oral entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto; isto é, o principal interesse do pesquisador é conhecer o significado que o entrevistado dá aos fenômenos e eventos de sua vida cotidiana, utilizando seus próprios termos.

Optou-se por esse tipo de instrumento (APÊNDICE A) por acreditar que é a melhor forma de descrever os relatos individuais e compreender as especificidades de cada um.

Para realizar a coleta de dados, utilizou-se os seguintes instrumentos: um questionário sócio-demográfico (APÊNDICE A) . O roteiro de entrevista utilizado foi dividido em duas partes os dados sócios demográficos e as questões norteadoras da pesquisa.

O questionário sócio-demográfico possibilitou identificar o perfil dos participantes (sexo, idade, gênero, estado civil, escolaridade, religião etc). Esses dados capacitaram o pesquisador a entender melhor a amostra que foi utilizada.

Por fim, o instrumento dispõe ainda de uma entrevista contendo questionamentos a fim de obter nas falas dos sujeitos sua própria percepção sobre AIDS; o significado que o entrevistado dá aos fenômenos e eventos de sua vida cotidiana em relação a essa morbidade utilizando seus próprios termos assim como a AIDS representa para seu olhar enquanto ACS, ou seja, enquanto profissional de saúde a qual trabalha e como percebe-se no processo de busca ativa a esses indivíduos no trabalho desenvolvido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) a qual faz parte, lembrando que as respostas serão

gravadas com auxílio de um aparelho mp3.

O instrumento utilizado foi a técnica da entrevista através de um roteiro de entrevista, a qual trata-se de uma conversação que oferece ao pesquisador os dados e informações necessárias para melhor esclarecimento do estudo. O pesquisador visa compreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam, fazem e argumentam (MINAYO, 1999).

3.5.1 Elenco de Variáveis

As variáveis de estudo foram: características sócio demográficas (gênero, idade, escolaridade e local de residência), comportamentais e bem como relacionada ao olhar do ACS frente a AIDS. As variáveis contempladas no estudo estão caracterizadas no quadro 1.

Quadro 1. Elenco de variáveis do estudo (subdivisão em 4 blocos)

EVENTO/CLASSIFICAÇÃO	VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
ASPECTOS SÓCIO- DEMOGRÁFICOS	Local de residência	Município onde reside	Localidade de residência .
	Gênero	Condição ou característica biológica do indivíduo	Feminino/Masculino
	Faixa etária	Idade em anos (Idade de acordo com Organização Mundial de Saúde –OMS)	Grupos etários: adolescentes (>13 a 17), adultos (18 a 59) e idosos (≥ 60)
	Escolaridade	Nível de escolaridade do indivíduo	Nível médio completo Nível médio incompleto Superior incompleto Superior Completo

EVENTO/CLASSIFICAÇÃO	VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
ASPECTOS PROFISSIONAIS	Tempo de trabalho na Unidade	Tem em anos de serviço na Unidade de Saúde da Família	0 - menos de 1 ano; 1 a 5 anos; 6 a 10 anos; mais de 10 anos
	Contratação	Forma de contratação na USF	Processo seletivo; concurso público; convite/simples ocupação de vaga disponível; outra.
	Treinamento	Participação do profissional em curso ou treinamento introdutório para atuar na ESF	Sim; não.
CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	População assistida	Características da população assistida	Apenas zona rural; apenas zona urbana; zona rural e zona urbana

3.6 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados é a etapa da pesquisa onde são aplicados os instrumentos elaborados e as técnicas selecionadas para a coleta de dados previstos. (MARCONI, 2009).

De acordo com Marconi (2009), ao finalizar a coleta de dados, o pesquisador precisa processar os dados para se detectar possíveis falhas ou erros que possam confundir ou distorcer as informações a tempo de não prejudicar no resultado da pesquisa.

Analisar, segundo Medeiros (2010), significa decompor e examinar sistematicamente

os elementos que compõem o texto. É nessa etapa que o pesquisador entra em maiores detalhes sobre os dados coletados, procurando estabelecer as relações necessárias entre os dados obtidos e as hipóteses formuladas.

Os métodos quantitativos sacrificam a compreensão do significado, uma vez que descrevem de forma objetiva, sistemática e numérica, o conteúdo manifesto da comunicação. O método qualitativo difere do quantitativo à medida que não emprega um instrumental estatístico como base do processo de análise de um problema; mas busca aprofundar-se no mundo dos significados, das ações e das relações humanas. (MINAYO, 2008).

Inicialmente, foram realizados procedimentos para análise exploratória de dados visando eventuais omissões de respostas. Os dados sócio-demográficos foram analisados através de estatística descritiva.

Os dados quantitativos foram tabulados com o auxílio do Software SPSS Statistic for Windows – versão 18. Enquanto os dados qualitativos foram analisados com os critérios de estabelecidos por Leférere; Leférere; quanto ao discurso do sujeito coletivo.

Para iniciar o procedimento de coleta de dados inicialmente foi mantido contato com a Secretária Municipal de Saúde com vistas a solicitar autorização do desenvolvimento da pesquisa nas Unidades de Saúde da Família de Cajazeiras, através do Termo de Autorização Institucional (ANEXO D).

Após assinatura do presente termo, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com fins de apreciação, análise e aprovação.

Diante de tal procedência, foram obedecidas etapas como o contato inicial com a população do estudo com o intuito de explicar a finalidade da pesquisa, seus objetivos, sua relevância, os instrumentos utilizados e a necessidade de sua participação, bem como o esclarecimento da participação voluntária, da confidencialidade dos dados e de possíveis dúvidas. Com isso, foi solicitada assinatura do TCLE (ANEXO C), assim como foi procurado um ambiente tranquilo para que o sujeito envolvido possa se sentir a vontade ao responder o instrumento ou agendar-se-á a visita em outra oportunidade. Ao final, não foi esquecido os agradecimentos e informações relevantes para esta pesquisa, o retorno para a obtenção de novos dados ou esclarecer dúvidas quando necessário.

3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISA

Pesquisa envolvendo seres humanos é aquela que, de forma individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais. (BRASIL, 1996)

Foi obedecida a Resolução 196/96 do CNS/MS, que discorre sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, fundamentada nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas envolvendo seres humanos, seja ela individual ou coletiva, em sua totalidade ou partes, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 2007). Para tanto, destacou-se aos participantes que todos os direitos dos profissionais seriam reservados, garantindo-lhes a liberdade de recusar a participação ou retirar seu consentimento durante o desenvolvimento da pesquisa, assegurando-lhes confidencialidade das informações e obedecendo ao princípio da não maleficência. A resolução mencionada encontra-se fundamentada nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas envolvendo seres humanos, seja ela individual ou coletiva, em sua totalidade ou partes, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 2007).

A coleta de dados iniciará após a assinatura da Carta de Anuência por parte da Secretária de Saúde, bem como após a assinatura do Termo Esclarecido (ANEXO III) e mediante a apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

3.8 ANÁLISE DE DADOS

Os dados provenientes do questionário sócio-demográfico foram analisados e computados através do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, na versão 18.0) e analisados com o auxílio da estatística descritiva. Em seguida os resultados, foram apresentados em forma de gráficos e tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente.

Enquanto os dados qualitativos foram analisados com os critérios estabelecidos por Leférere; Leférere (2005), quanto ao discurso do sujeito coletivo.

Essa proposta tem como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos e consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos. O discurso do sujeito coletivo é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que tem depoimentos como matéria

prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese, escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso.

Inicialmente, foi feito o destaque das expressões – Chaves de todo discurso de cada sujeito, que são trechos mais significativos de cada resposta. Logo após identificou-se para cada questão a ideia central (IC) onde apreende a percepção daquele grupo sobre a temática. e, por fim, a escolha dos discursos que abrangeram a percepção de todo grupo para melhor compreensão, transformando em um único discurso com a junção das expressões Chaves (EC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo serão expostos os resultados e discussões dos dados obtidos a partir da presente pesquisa. A princípio, foi analisado o resultado do instrumento de coleta de dados, através do questionário sócio-demográfico dos participantes, obtendo conseqüentemente os dados quantitativos do presente estudo, seguido da apresentação das ideias centrais e dos discursos do sujeito coletivo, referente às respostas de cada pergunta do roteiro de entrevista.

4.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Durante a Realização da pesquisa Participaram dessa pesquisa 30 Agentes Comunitários de Saúde do município de Cajazeiras, sendo esses profissionais de Unidades de Saúde da Família distintas.

As amostras do estudo foram de conveniência, para tanto foram escolhidos os profissionais que se encontravam nas unidades nos dias em que foi realizada a pesquisa, respeitando apenas a disponibilidade e o desejo dos mesmos de participar do estudo. As respectivas UBSF onde ocorreu a coleta de dados foram as Unidades: Simão de Oliveira, Vila Nova, Sol Nascente, Padre Cícero, Dom Bosco, Maria José de Jesus e PAPS. Atendendo as demandas da área urbana e rural da cidade de Cajazeiras, no Alto Sertão Paraibano.

Na tabela 1 são apresentados os dados sócio-demográficos através das variáveis gênero, idade, religião, grau de instrução, estado civil e etnia.

Tabela 1 - Distribuição da amostra estudada, de acordo com o perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa.

Variáveis	<i>f</i>	(%)
Gênero		
Feminino	24	80%
Masculino	06	20%
Idade		
25 a 30	07	23%
32 a 40	13	44%
41 a 50	10	33%
Religião		
Católica	24	80%
Protestante	04	15%
Espírita	02	05%
Grau de Instrução		
Médio completo	20	60%
Médio incompleto	03	10%
Superior completo	03	10%
Superior incompleto	04	20%
Estado civil		
Casado	17	57%
Solteiro	11	37%
Viúvo	01	03%
Desquitado	01	03%
Etnia		
Parda	10	70%
Branca	20	30%
Total	30	100%

De acordo com a amostra pesquisada em se tratando ao gênero, observa-se uma significativa predominância do feminino (80%) sobre o masculino (20%).

Considerando que a densidade demográfica da cidade ser predominantemente do sexo feminino, de acordo com o último censo realizado em 2010, onde foram totalizadas 58.437 habitantes, sendo 27.930 do sexo masculino e 30.507 habitantes do sexo feminino. Essa predominância do sexo feminino sobre o masculino pode ser atribuído também pelo fato de que a maioria dos Agentes de Saúde participantes da pesquisa faz parte da categoria de técnico de enfermagem. E a categoria da enfermagem em seu contexto histórico, é comprovadamente uma profissão exercida em sua maioria por mulheres.

Segundo Ojeda et al (2008), a história das mulheres expressa que, ao longo dos tempos, instituiu-se seu papel natural de cuidadora da família e do espaço doméstico. Esses papéis, historicamente construídos, aparecem transversalizados nas profissões de cuidado, o que permite conjugar a sua construção social à construção social de gênero, a exemplo da Enfermagem que, constitui um "verdadeiro gueto ocupacional feminino".

Silva (1986), refere que “a história da enfermagem pré-profissional é a história de uma prática social que nasceu vinculada às atividades domésticas, à mercê do empirismo das mães de família, monjas e escravas”. Assim, na história da divisão sexual do trabalho dava-se à mulher a responsabilidade de cuidar da casa, da prole e dos enfermos.

No que se refere a faixa etária, observa-se que (44%) dos ACS possui idade entre 32 a 40 anos, uma porção ainda significativa de (33%) tem entre 41 e 55 anos, e por fim, uma minoria de apenas (23%) corresponde à faixa etária de 25 a 30 anos.

Assim, nota-se uma forte predominância de trabalhadores na faixa etária entre 32 a 40 anos, o que caracteriza um quadro profissional de adultos. Vale ressaltar que uma parcela considerável de 33% dos profissionais estudados de 41 a 55 anos, são considerados adultos de meia idade, onde foi constatado nessa faixa etária através das entrevistas, um menor grau de informação á cerca do tema tratado no estudo. E analisando a etnia da amostra estudada, observamos uma diferença de 40% entre a população parda sobre a branca.

Analisando a religião da população estudada, podemos observar a predominância de participantes católicos, correspondendo a 80% e uma pequena porcentagem de participantes protestantes e espíritas, com 15% e 5 % respectivamente.

Sociologicamente, Oliveira (1995), entende a religião como um fato social universal, sendo encontrada em toda parte desde os tempos mais remotos.

Desse modo, percebe-se que a religião é fenômeno íntimo de cada ser humano e conseqüentemente relativo e integra a identidade das pessoas. (RELIGIÃO,1977).

Estudos de Beltrame (2009), comprovam que é primordial hoje em dia reconhecer o importante papel da religião na luta contra a AIDS concomitantemente ao papel positivo e

fundamental que as igrejas e as formas de expressão da fé e espiritualidade podem desempenhar na luta contra a pandemia do HIV/AIDS. A experiência pessoal de viver com HIV/AIDS tem demonstrado que, após o conhecimento do diagnóstico, as pessoas atravessam dificuldades emocionais e sociais que desembocam em grande necessidade espiritual.

As diversas expressões religiosas, quando bem preparadas, podem transformar suas comunidades de fé em comunidades acolhedoras e solidárias com pessoas que vivem e convivem com o HIV/AIDS, além de desempenhar papel importante na educação e prevenção. Podem também ser núcleos importantes de produção de valores que contribuam para a superação do estigma, do preconceito e da discriminação relacionados à AIDS, ainda muito presentes na sociedade (BELTRAME, 2009).

Em relação ao estado conjugal, a tabela expõe que 57% dos profissionais estudados informaram ser casados, 37% são solteiros, 3% viúvo e separado, respectivamente. Observa-se então, uma predominância do número de casados sobre o de solteiros, isto pode ser explicado pelos dados encontrados, que grande quantidade dos Agentes de Saúde está numa faixa etária entre 32 e 40 anos, ou seja, são adultos que já possuem estabilidade financeira para possuir uma união conjugal.

Segundo Santos (1998), o casamento possui grande representatividade para os profissionais de saúde, pois influencia direta ou indiretamente na prática profissional, principalmente no que se refere à concepção errônea do caráter de submissão da profissão. Conforme dados apresentado na tabela percebe-se que (60%) dos trabalhadores possuem uma formação em nível médio, e uma porcentagem bem menor de (10%) afirmaram não ter concluído o ensino médio. Outros (20%) informaram não ter concluído a Graduação e apenas (10%) dos entrevistados informou possuir nível superior completo.

O grau de instrução está relacionado com o grande número de profissionais que possui apenas uma formação de nível médio, correspondendo à grande quantidade de Técnicos de Enfermagem que constitui a amostra estudada. Estes profissionais são responsáveis pela maior parcela do contingente de trabalhadores da saúde, devido o custo de sua mão de obra ser bem mais barato do que o dos profissionais mais qualificados. Essa realidade é justificada por Silva (1998), quando comenta que a assistência à saúde é encarada como um empreendimento que visa produção e lucro, onde os gestores tendem a despender menos recursos financeiros com o pessoal mais qualificado, contratando em maior número a mão de obra menos qualificada e mais barata.

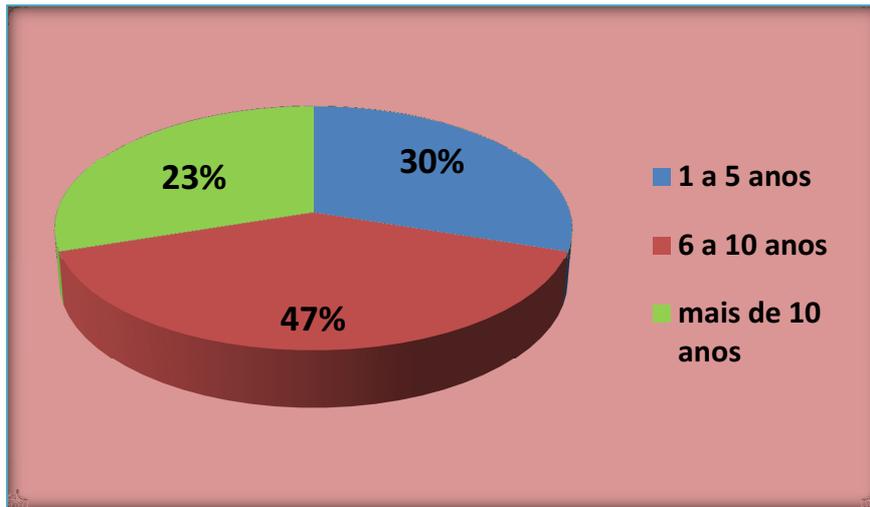


Gráfico 1 – Distribuição da amostra estudada, segundo o tempo de trabalho.

Fonte: Cajazeiras- PB.

Segundo o critério tempo de trabalho, nas respectivas unidades de saúde foi constatado que 47% dos Agentes de Saúde trabalham entre 6 a 10 anos em suas respectivas unidades de saúde. Uma proporção menor de 30% afirmaram trabalhar entre 1 a 5 anos, e 23% da população de ACS estudada relataram trabalhar num período superior a 10 anos. Constando um quadro de funcionários antigos, que trabalham há muito tempo em suas respectivas unidades, muitos deles trabalham desde a fundação das mesmas.

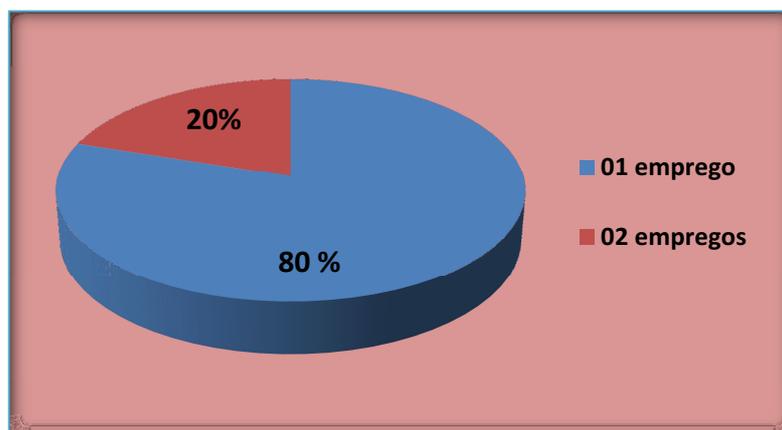


Gráfico 2 – Distribuição da amostra estudada, conforme o número de empregos.

Fonte: Cajazeiras- PB.

De acordo com o número de empregos dos profissionais analisados, uma grande quantidade da amostra 80% possui apenas um vínculo empregatício, os demais 20% da população afirmam ter outros empregos. O fato da maioria da população exercer apenas a função de ACS pode ser atribuído à carga horária semanal, que impossibilita esses profissionais de exercer outras

funções. No entanto, grande parte desses profissionais executam outras funções além de agente comunitário de saúde, se encaixam nessa porcentagem os que possuem cursos técnicos em saúde como, por exemplo, o técnico de enfermagem, ou em outras áreas de atuação.

Lunardi Filho (1997) afirma que a remuneração dos trabalhadores da enfermagem é extremamente baixa e injusta, pelo tipo de atividade exercida, alto nível de responsabilidade exigida e pelas restrições à vida social que a profissão impõe, não garantindo condições decentes de vida, constituindo-se em fator tributário de sofrimento no trabalho.

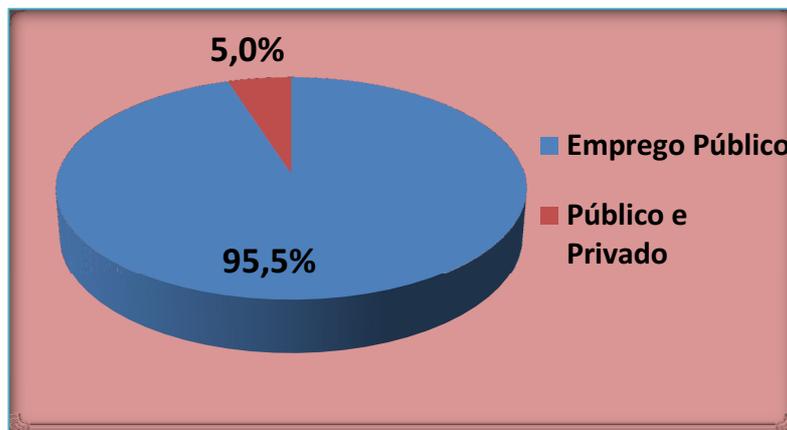


Gráfico 3 - Distribuição da amostra estudada, quanto à situação Profissional.

Fonte: Cajazeiras- PB.

De acordo com o gráfico acima da atual situação profissional dos entrevistados, (95,5 %) diz possuir apenas o emprego público, já a menor fração de (5,0%) dizem possuir tanto empregos públicos como privados.

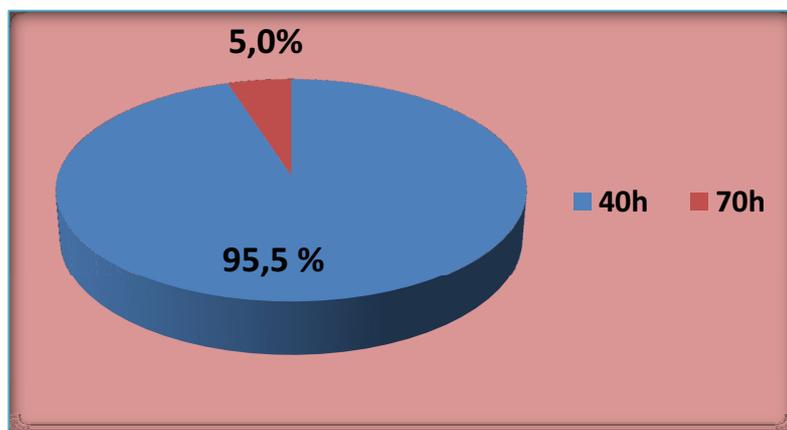


Gráfico 4 - Distribuição da Amostra estudada, quanto à carga horária de trabalho Semanal.

Fonte: Cajazeiras- PB

Conforme os dados acima, no que se refere a jornada de trabalho semanal dos ACS entrevistados, (95,5%) afirmam trabalhar num regime de 40h semanais, e apenas (5,0%) trabalham numa carga horária de 70h semanais, isso pode ser justificado pela necessidade de ter outros empregos afim de complementação da renda mensal.

De acordo com Martins (2002), a jornada de trabalho é pré-estabelecida através de escala de trabalho que atendem à necessidade da instituição. Geralmente existe uma sobrecarga de trabalho devido à disposição de recursos humanos que pode ser insuficiente ou inadequadamente distribuída entre os turnos e setores de trabalho.

Estudos de Pinto, Menezes e Villa (2010), em relação à situação das condições de trabalho dos profissionais de saúde, observa-se que, os profissionais da ESF consideram possuírem uma remuneração insuficiente ao atendimento das suas necessidades pessoais, o que parece contribuir para a busca e a manutenção de outro vínculo empregatício como forma de complementação salarial. Trata-se de uma realidade de saúde presente, que termina sendo um grande obstáculo para a concretude da ESF.

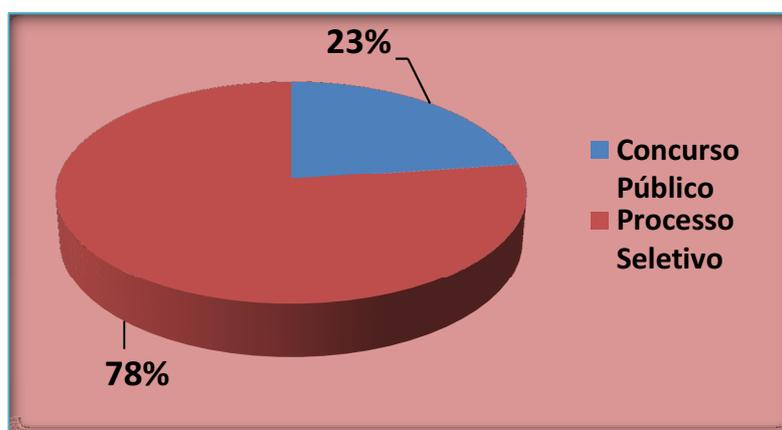


Gráfico 5 - Distribuição da amostra estudada, quanto à forma de contratação no serviço.

Fonte: Cajazeiras- PB.

Conforme exposto no gráfico acima, a principal forma de contratação desses profissionais foi na forma de processo seletivo realizado pela prefeitura municipal de Cajazeiras, representando (78%) da população estudada. Com uma representatividade menor, de (23%) estão os profissionais que foram contratados na unidade através de concurso público.

De acordo com Kafer e Scheid (2007) apesar da importância da atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) junto a comunidade, observa-se que para a admissão destes não tem muita exigência de um alto grau de escolaridade, apenas a conclusão do ensino fundamental, e muito menos de algum tipo de formação específica prévia.

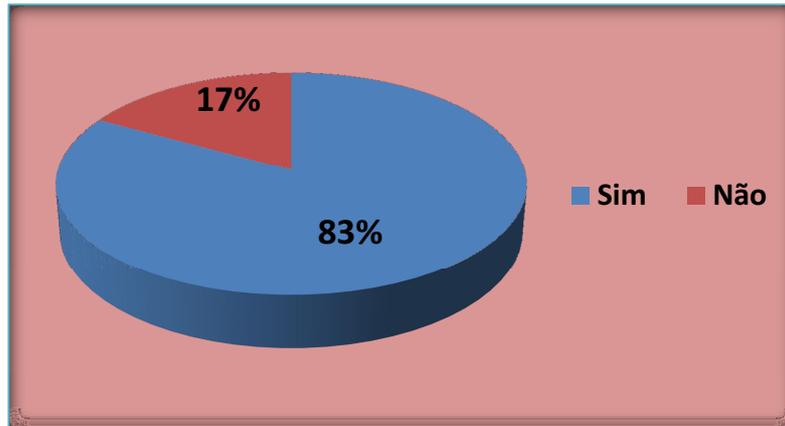


Gráfico 6- Distribuição da amostra estudada, quanto à participação em Treinamentos.

Fonte: Cajazeiras- PB.

Como expõe o gráfico acima, (83%) da população estudada afirmaram ter participado de treinamentos para atuar como ACS, em suas respectivas unidades de saúde, e apenas 17% não tiveram nenhum treinamento para exercer sua profissão.

Segundo Pinto, Menezes e Villa (2010) a proposta de trabalho para o serviço da ESF parte da orientação de um padrão de composição de equipe, do perfil dos profissionais desde o seu processo seletivo, da capacitação, dos conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até as características operacionais de supervisão e de avaliação de pessoal. Por tanto, esses aspectos podem revelar de maneira positiva ou negativa a concretude de uma ESF.

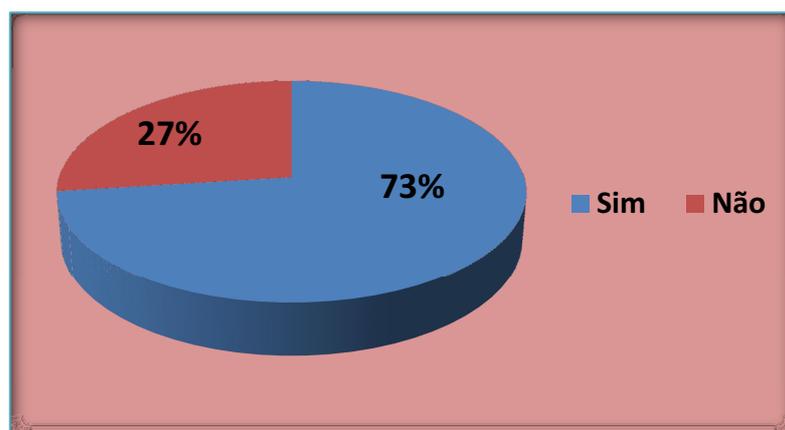


Gráfico 7 - Distribuição da amostra estudada, conforme a participação em treinamentos voltados para HIV/AIDS.

Fonte: Cajazeiras- PB.

Referente à participação desses profissionais em treinamentos específicos em HIV/AIDS, (73%) afirmaram ter participado de palestras educativas e treinamentos para DST e

AIDS, e uma porcentagem de (27%) não participaram de nenhum treinamento voltado para temática. Esses profissionais que não receberam treinamentos, podem se encaixar no quadro de recém-contratados pela prefeitura.

Segundo Kafer e Scheid (2007) a responsabilidade de identificar, orientar, encaminhar e acompanhar os pacientes, muitas vezes não é suprida com os treinamentos isolados pelos quais esses profissionais passaram. Observa-se que nem sempre possuem suporte necessário para as dificuldades que encontram no seu dia a dia, já que são cobrados tanto do público a quem atendem que exige conhecimento, quanto da Unidade Básica de Saúde (UBS) que exige qualidade e rendimento do seu trabalho.

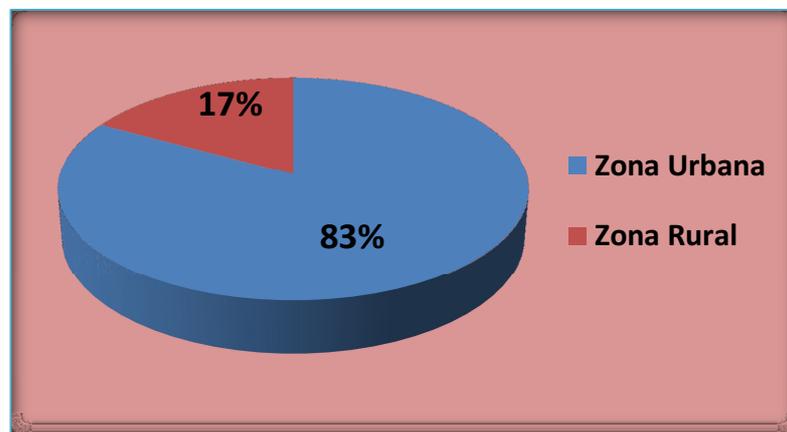


Gráfico 8 – Distribuição da amostra estudada, de acordo com a População assistida.

Fonte: Cajazeiras- PB.

Conforme ilustra o gráfico, (83%) da população assistida nas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas pertencem à área Urbana do município, e apenas (17%) das UBS visitadas, fazem a cobertura das áreas rurais, mostrando que a concentração da população encontra-se nesse setor, daí a necessidade de intensificar políticas voltadas em HIV/AIDS nesses locais.

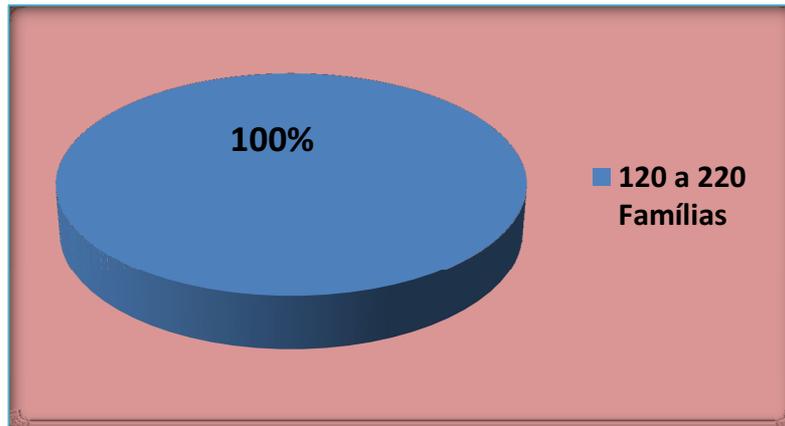


Gráfico 9 - Distribuição da amostra estudada, de acordo com o número de famílias assistidas.

Fonte: Cajazeiras- PB

Conforme o gráfico acima ilustra, (100%) dos ACS entrevistados afirmaram atender entre 130 a 220 famílias. De acordo com as Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o ACS deve trabalhar com famílias de base geográfica definida. Sendo um agente responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas, tendo em vista que, grande parte das famílias acompanhadas possuem vários membros, principalmente as famílias de posições sociais mais baixas.

O perfil de cada família pode ser considerado o fator de grande número de pessoas atendidas pelos ACS. A Organização Mundial da Saúde OMS, aponta para um aumento da incidência de AIDS em populações consideradas de baixo nível socioeconômico e de escolaridade. Desta feita quando o mesmo tem um numero registrado de famílias acima do preconizado, pode-se gerar uma dificuldade na assistência, gerando fragilidades no processo de acompanhamento dos usuários, tornando-se diminuído ou até mesmo escasso a busca ativa.

De acordo com o número de pessoas assistidas em uma UBSF, constatamos que (63%) dos Agentes de Saúde entrevistados são responsáveis por fazer o acompanhamento de 300 a 600 pessoas, e uma parcela considerável de (37%) afirmou acompanhar uma quantidade acima de 650 pessoas.

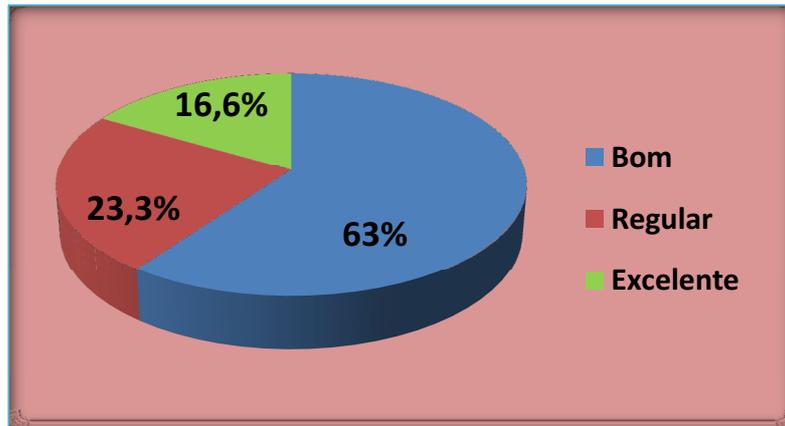


Gráfico 10 - Distribuição da amostra estudada, de acordo com a avaliação do trabalho do ACS, em relação à busca ativa pelo portador de HIV/AIDS.

Fonte: Cajazeiras- PB

Respondendo as questões de autoavaliação do trabalho dos ACS, relacionado à busca ativa do portador na comunidade, a maioria de (63%) dos entrevistados consideraram bom o trabalho de busca ativa. Já (23,3%) dos profissionais relataram ser regular, e apenas (16,6) relataram ser excelente o trabalho voltado ao portador desenvolvido pelos Agentes de Saúde.

Tabela 2- Distribuição das respostas, de acordo com os principais problemas enfrentados pelos ACS na UBSF em relação a indivíduos portadores de HIV/AIDS.

Problemas enfrentados na UBSF em relação a indivíduos portadores de HIV/AIDS		
portadores de HIV/AIDS	<i>f</i>	(%)
Relação com os pacientes	06	13,6%
Condições de trabalho	11	25,0%
Preconceito	14	31,9%
Falta de conhecimento/ desinformação	08	18,2%
Medo	05	11,3%
Total	44	100%

Quando foram questionados sobre os principais problemas enfrentados na unidade básica de saúde, em relação aos indivíduos portadores, obtivemos 44 respostas dos 30 ACS entrevistados, conforme expõe a tabela 1. Destas respostas, 14 (31,9%) apontaram o preconceito como problemas principais ressaltaram ainda, as precárias condições de trabalho (25%) como um fator que dificulta a relação com o indivíduo portador. Visto que a falta de recursos materiais como

cadernetas, panfletos e demais materiais educativos voltados á temática da AIDS contribui para a falta de conhecimentos dos ACS, mencionado por (18,2%) dos entrevistados. A relação com os pacientes (13,6) também foi muito mencionada, pois demoram algum tempo, para o profissional adquirir confiança, e muita das vezes existe resistência para se falar abertamente da temática.

Martins (2002), diz que o profissional de saúde deve ter preparo técnico e intelectual, ter a sua disposição recursos materiais e ter saúde física e mental para desempenhar a sua tarefa. É um trabalho que exige um estado de alerta constante e grande consumo de energia física, mental e emocional por parte do trabalhador.

Tabela 3- Distribuição das respostas dos ACS sobre as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia para trabalhar a problemática do HIV/AIDS em suas áreas de abrangência.

Dificuldades enfrentadas pelo ACS para trabalhar a problemática na sua área	<i>f</i>	(%)
Falta de conhecimento	05	6,0%
Preconceito	10	12,5%
Acesso ao portador	09	10,9%
Falta de equipamentos/ recursos materiais	10	12,5%
Escassez de profissionais	05	6,0%
Ausência de médicos especialistas	17	20,7%
Falta de medicamentos	02	2,3%
Dificuldades/ demora na marcação de exames	15	18,2%
Fragilidades no sistema de referência e contra referência	09	10,9%
Total	82	100%

Respondendo o questionamento de quais eram as suas principais dificuldades encontradas no dia-a-dia de trabalho, para se trabalhar a problemática em suas respectivas áreas, obtivemos 82 respostas dos 30 ACS entrevistados. Das respostas encontradas com maior frequência, 17 (20,7%) foi a falta de médicos especialistas, que ocasiona dificuldade para exercer o trabalho voltado em HIV/AIDS. A dificuldade e a demora na marcação de exames 15 (18,2) também foi um problema bastante citado nas entrevistas, assim como a falta de recursos materiais e o preconceito, ambas apareceram com a mesma frequência 10 (12,5).

4.2 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Neste momento será feita uma abordagem sobre os resultados e discussões das questões levantadas no instrumento de coleta de dados.

Nesse ínterim o referido trabalho procurou descrever cada questão e suas respectivas ideias centrais, que emergiam dos discursos, como também formação dos DSC que se caracterizam, para então serem discutidos a luz da literatura. O instrumento utilizado foi composto por 05 questões subjetiva.

Quadro 2 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão: O quê lhe vem na mente quando usamos a palavra AIDS?

IDEIA CENTRAL	DSC 1	DSC 2	DSC 3
O PRECONCEITO	“Uma DST, que existe muito preconceito, o ACS vê que uma pessoa com DST geralmente adquiriu por falta de prevenção e informação.”	“O povo tem muito preconceito, mais hoje eu dia eu não tenho tanto preconceito.”	“É uma DST, tem gente que tem mais preconceito do que o câncer, um portador de HIV pode ter uma vida normal.”

Segundo Garcia (2008) o estigma e a discriminação associados ao HIV/AIDS podem reduzir/ dificultar a procura pela realização do teste, devido ao receio do resultado, bem como a busca de tratamento adequado nos serviços de saúde após a condição sorológica positiva revelada.

Silva (2008), diz que o estigma e o preconceito representa um obstáculo na luta pela prevenção e combate ao HIV/AIDS, colocando as pessoas HIV+ em difícil posição frente à vida. A AIDS apresenta-se através de visões estigmatizadas e equivocadas, e o impacto da doença não está apenas, no diagnóstico mais, também no fato de desvelar hábitos até então não desvelados.

O preconceito foi amplamente discutido nas entrevistas como uma barreira entre a unidade de saúde e a assistência ao portador, tornando difícil a busca ativa dos casos e o acompanhamento dos mesmos, uma vez que eles não gostam de se dirigir a UBSF, por medo que

as pessoas descubram e especulem sobre a doença.

Quadro 3 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão: Qual o significado de HIV/ AIDS para você?

IDEIA CENTRAL	DSC 1	DSC 2	DSC 3
<p>CONHECIMENTO DO ACS SOBRE HIV/ AIDS</p>	<p>[...]É uma doença contagiosa [...]</p>	<p>[...]Uma doença sexualmente transmissível [...]</p>	<p>[...]HIV e AIDS são a mesma coisa uma DST, que se pega também através do sangue [...]</p>

No decorrer da entrevista, foi possível perceber pelo discurso dos entrevistados, um conhecimento limitado sobre a doença como mostra a tabela acima.

De acordo com Ferreira (2008), a construção do conhecimento sobre AIDS não está restrita a questões informativas, mas envolve também a percepção individual sobre o problema, isto é, a compreensão e capacidade de assimilação dessas informações. A transformação desse conhecimento na adoção de práticas protetoras é mediada por questões de gênero, classe social, raça e outros componentes sociais. O poder do conhecimento na mudança de comportamento depende das alternativas e perspectivas que se apresentam para o indivíduo. O grau de informação sobre AIDS não é suficiente para que uma pessoa adote um comportamento protetor, porém a falta de informações básicas contribui substancialmente para aumentar sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

Quadro 4 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão: Como você se sente enquanto profissional da UBSF na busca ativa do portador de HIV/AIDS na sua área de abrangência?

IDEIA CENTRAL	DSC 1	DSC 2	DSC 3
<p>INSEGURANÇA NA BUSCA ATIVA DE PORTADORES</p>	<p>[...] Me sinto mais como um grupo de apoio do que mesmo de busca ativa [...]</p>	<p>[...]Me sinto excluída, por que ninguém conta com o ACS para essa busca ativa, nesses sete anos de trabalho como ACS nunca me mandaram desenvolver busca ativa de AIDS, é como se o ACS não fosse capaz de desenvolver essa busca e de identificar casos [...]</p>	<p>[...]Faço sempre o melhor possível, a equipe está sempre orientando, geralmente mais em época de campanhas[...]</p>

Conforme relatado nas falas acima, observou-se que os profissionais não possuem segurança na realização da busca ativa, bem como não existe também um estímulo das unidades de saúde no desenvolvimento dessas atividades. Ficando restrita a realização da busca apenas em campanhas. Essa insegurança gerada pelos profissionais pode comprometer a qualidade do serviço prestado a sociedade.

Essa insegurança dos ACS gera questionamentos a cerca de como esses treinamentos estão sendo executados e se eles estão realmente surtindo efeito com os profissionais. Segundo Kafer e Scheid (2007), o aperfeiçoamento profissional é cada vez mais urgente, haja vista o ritmo do desenvolvimento tecnológico e das transformações sociais, que geram a necessidade constante do indivíduo ampliar e atualizar seus conhecimentos.

Quadro 5 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão: Quais as suas dificuldades enquanto profissional de saúde para trabalhar essa temática?

IDEIA CENTRAL	DSC 1	DSC 2	DSC 3
<p>FALTA DE PREPARO DA EQUIPE</p>	<p>[...]Falta de material didático para os ACS, falta de material informativo e falta de interesse da equipe [...]</p>	<p>[...] Deveria existir mais iniciativa da secretaria de saúde durante todo o ano, que não se limitasse apenas em épocas de campanhas. A unidade deveria realizar mais palestras educativas no assunto, principalmente para os jovens nas escolas[...]</p>	<p>[...]Subsídios de informação, estratégias e políticas voltadas para o HIV, por que o município não dá suporte para o usuário[...]</p>

Quando questionados sobre quais são as maiores dificuldades para se trabalhar com esse tema, muitos ACS afirmaram não possuir conhecimentos específicos sobre a doença, relataram que existe uma escassez de materiais informativos, palestras educativas e treinamentos específicos sobre HIV/AIDS. Gerando insegurança na abordagem ao portador, o que contribui para falhas no processo de busca.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), os Agentes Comunitários de Saúde desenvolvem atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade. Nesse sentido, faz-se necessário treinar esses agentes, capacitando-os em DST/AIDS, para que estes orientem, detectem populações de risco, encaminhem para testagem, conscientizem para a importância do uso dos insumos de prevenção, e a partir deste trabalho provoquem a diminuição da disseminação das DST/AIDS no Município.

Corroborando com Ferreira (2008), na formulação de políticas públicas para o controle

do HIV, é necessário haver conhecimentos constantemente atualizados, referentes ao nível de informação e percepção de risco da população. Além do acompanhamento do nível de informação da população, pode-se dimensionar a parcela da população que ainda não está bem informada em relação às questões básicas relativas ao HIV/AIDS e traçar seu perfil socioeconômico e demográfico.

Quadro 6 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão: Como você se percebe no processo de trabalho desenvolvido pela Unidade de saúde da Família para trabalhar com o portador de HIV?

IDEIA CENTRAL	DSC 1	DSC 2	DSC 3
<p style="text-align: center;">FALTA DE ESTRATÉGIAS DA UBSF,</p>	<p>[...] Nunca houve na unidade um trabalho voltado especificamente para HIV /AIDS na unidade, não existe orientação do planejamento familiar, quando os usuários veem até a unidade pegar preservativos e contraceptivos, deveria existir uma orientação a cerca das doenças sexualmente transmissíveis, para que a pessoa possa orientar os parceiros a praticar a prevenção[...]</p>	<p>[...] Nós ACS na verdade muitas vezes nos sentimos de mãos atadas, pois nem sempre a comunidade se abre ou dar espaço para falar nesses temas. Creio que para o médico é mais fácil trabalhar na busca ativa de sinais e sintomas. Mais precisamos de mais apoio da secretaria para desenvolver projetos[...]</p>	<p>[...] Quase não se tem trabalhos ou projetos desenvolvidos pela USF para o ACS trabalhar com um portador ou possível portador de HIV/ AIDS, me sinto limitada até pela própria unidade para trabalhar essa temática[...]</p>

Analisando as falas acima, foi constatado que as UBSF não possuem estratégias de orientação ou programas voltados especificamente para a busca de portadores de HIV/AIDS, relatou-se que esses trabalhos são desenvolvidos nas unidades apenas nas campanhas, o que geralmente ocorre uma vez ao ano. Tornando os ACS limitados no desenvolvimento desse

trabalho.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), os serviços da atenção básica devem possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e encaminhamento dos casos de HIV/AIDS quando necessários. As ações da equipe de uma UBSF devem incluir: Atividades educativas para promoção à saúde e prevenção, aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência, diagnóstico precoce das DST, infecção pelo HIV, tratamento adequado da grande maioria das DST, encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto, dentre outras.

5. CONCLUSÕES

O presente estudo se propôs a dar visibilidade e reflexão para os sentidos construídos sobre HIV/AIDS por agentes comunitários de saúde, como também estabeleceu o perfil profissional e sociodemográfico desses ACS. Através da pesquisa permitiu constatar que os dados encontrados referente ao perfil sócio demográfico dos participantes, foi que a grande maioria dos profissionais são do gênero feminino, casados, da religião católica e na faixa etária de 32 a 40 anos, com pouco nível instrução, tendo na maioria deles concluído o nível médio . Revelou-se nas entrevistas que os principais problemas encontrados pelos ACS na realização da busca ativa em pacientes portadores de AIDS são o preconceito, o estigma social que a doença gera e a falta de conhecimentos dos profissionais sobre a morbidade. A maioria dos participantes revelou possuir uma grande insegurança e despreparo para lidar com o portador HIV+ e mostraram pouco conhecimento sobre a doença no decorrer das narrativas. Em relação ao auto preconceito, a maioria mostrou não possuí-lo, porém alguns participantes revelaram despercebidamente possuí-lo. Em relação ao trabalho realizado nas UBASF voltadas para essa temática, foi constatado que as unidades de saúde realizam poucos trabalhos em HIV/AIDS e que dão mais ênfase na temática em épocas de campanhas.

A tentativa de se dialogar sobre os diversos entendimentos de questões que permeiam as barreiras para realizar a busca ativa de indivíduos portadores de HIV/AIDS na cidade de Cajazeiras, a pesquisa mostra algumas vozes que informam que o preconceito é tido como fator principal que dificulta a realização desse trabalho. Identificou-se também por meio destas, a falta de preparo dos profissionais que lidam cotidianamente com o portador, falta de recursos para realização do trabalho: como materiais educativos, palestras voltadas ao tema, e cursos de capacitação para os ACS, e falta de incentivo do município na temática abordada.

A partir dessa análise, buscou-se ampliar os conhecimentos sobre a doença, e percebeu-se uma limitação de conhecimentos desses profissionais sobre os sinais e sintomas da doença, principalmente do sexo feminino e da faixa etária entre 32 a 40 anos e que trabalham há muito tempo como ACS, o que comprova a ausência de cursos de educação continuada por esses profissionais.

O trabalho permite assim, sensibilizar os órgãos competentes a construir estratégias e ações mais eficazes, a fim de contribuir positivamente para o processo de educação em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, W. K. **Análise de sobrevivência de pacientes coinfetados HIV/HCV de um centro de referência em DST/AIDS no município de São Paulo.** Dissertação de mestrado. Faculdade de saúde pública. Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2011.
- ABDALLA, F.T.M.; **Abertura da privacidade e o sigilo do HIV/AIDS nas equipes de uma unidade básica do Programa de Saúde do município de São Paulo.** Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007
- ALMEIDA, E.Z. **As Concepções do Agente Comunitário de Saúde Sobre Promoção da Saúde.** Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo 2008.
- AMORIN, J. A.; SOUZA, F. M. B. ; COSTA E. B.; CARNEIRO V. S. M. ; LUCENA A. A. G. Prevalência das doenças estomatológicas em pacientes HIV positivos. **Odontol clín- cient Recife**, v.8, n.2, p: 127-131, abr/jun. 2009.
- ANDRADE; M.F.O. *et al.* Casa Siloé: a história de uma ONG para Crianças portadoras de HIV/AIDS. **Hist. Cienc. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25n.4, p. 727 – 737, abr, 2011.
- BRITO, M.A Fármacos recentes usados para o tratamento da infecção pelo HIV-1: enfuvirtida, maraviroc, raltegravir e etravirina. **Ver Ciênc Farm Básica Apl**, v.32, n.2, p:159-168, 2009.
- BARRETO, M. M. M. **As formas de transmissão HIV/AIDS determinando representações: um estudo de enfermagem entre adolescentes soropositivos.** Dissertação de mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.
- BARTLETT J. G. **Medical care of patient with HIV infection.** Philadelphia: LWW; 2002.
- BELMAN, A.L. HIV-1 infection and AIDS. **Neurol Clin**, v.20, n.4, p. 983-1011, Nov. 2002.
- BRASIL, Ministério da justiça. Lei de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> lei 0.080/90> Acesso em: 12 de abril de 2012.
- _____. Decreto Nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que **Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças.**
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS:** manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 118p.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Crítérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças.** Brasília: Ministério da

Saúde; 2004. 56p.il. (Série Manuais n° 60).

_____. _____ . **Manual de Controle Doenças Sexualmente transmissíveis DST.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Série Manuais n° 68 4a edição.

_____. _____ . Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Série A. Normas e Manuais Técnicos 7ª edição. Brasília; 2009.

_____. _____ . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/AIDS, hepatites e outras DST.** Cadernos de Atenção Básica - n.º 18 Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2006.

CARVALHO C. N.; DOURADO, I; BIERRENBACH, A. N. Subnotificação da comorbidade de tuberculose e AIDS: uma aplicação do método de *linkage*. **Rev Saúde Pública** (on line) 2011; 45(3):548-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000300013&script=sci_arttext> Acesso em 05 de março 2012.

CDC.Center for Disease Control and Prevention (CDC). Pratical infections control in the dental office. 2006.Disponível em: <<http://www.cdc.gov/>>. Acesso em 02 de junho de 2011.

DHÁLIA, C.B.C.; DIAZ-BERMÚDES, B.X.P.; **Teste rápido por que não? Estudos que contribuíram para a política de ampliação de testagem para o HIV no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde 2007.

FERREIRA, Cláudio Vital de Lima. **AIDS e exclusão social:** um estudo clínico com pacientes com HIV. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

FERREIRA, Cláudio Vital de Lima. **AIDS e exclusão social:** um estudo clínico com pacientes com HIV. São Paulo: Lemos Editorial, 2008.

GARCIA, S.; KOYAMA, M.A.H.; Estigma, discriminação e HIV/AIDS no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Rev Saúde Pública 2008.**

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA. Secretaria de Saúde da Paraíba. Coordenação Estadual de DST/AIDS do Estado da Paraíba. Secretaria da Saúde da Paraíba realiza 4 macro-regionais sobre notificação de DST nos 223 municípios do Estado.20 de julho de 2005. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/secretaria-da-saude-da-paraiba-realiza-4-macro-regionais-sobre-notificacao-de-dst-nos-223-mu>>. Acesso em 01 de abril de 2012.

GUANILO M.C.T.U. **Vulnerabilidade Feminina ao HIV: Metassíntese.** Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo (USP), São Paulo 2008.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M.M.L.; CASTILHO, E.A. A epidemia de AIDS no Brasil e desigualdades regionais de oferta de serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2355-2367, dez. 2010.

KÄFFER, M.; SCHEID, S.B.; Importância da Educação Continuada Para os Agentes comunitários de Saúde: Relato de Experiência. **Rev. UNIOESTE** vol. 2 n° 3 p. 261-265 jan./jun. 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LIMA, Maria Lúcia Chaves; MOREIRA, Ana Cleide Guedes. **AIDS e feminização: os contornos da sexualidade.** Revista Mal-estar e Subjetividade, Fortaleza, vol. VIII, n. 1, p. 103-118, 2008.

MACÊDO, C.V. *et al.* **Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1679-1692, ago, 2009.

MARTINS, M.M **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos.** Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2002.

MARQUEZ, C.; ZETOLA N.M, KLAUSNER, J.D. **HIV testing: un upad MLO Med Lab.** 2008.

MATIOLI, M.G.W. **Estudo descritivo das alterações ecocardiográficas em portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de saúde pública. Universidade de São Paulo (USP), São Paulo 2010.

MATHIAS, A. E. R. A. **Qualidade de vida de mulheres com infecção pelo HIV.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo 2010.

MONTEIRO, S. *et al.* **Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(1):170-176, jan, 2012.

OJEDA, B.S; *et al* Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. Rev. Brasileira de Enfermagem, jan-fev; 61(1): 78-84 Brasília 2008.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S.; Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP 2010.**

PEREIRA AJ, NICHATA LYI; **A sociedade civil contra a AIDS: demandas coletivas e políticas públicas.** The civil society against aids: collective demands and public policies. Ciência & Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva. Universidade de São Paulo (USP), 2011. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-594416>> acesso em 06 de março de 2012.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia & Saúde. Editora Futura, 6 ed. Rio de Janeiro, 2003.

ROSSI, A. S. **Demanda e barreiras para o acesso a serviços de reprodução assistida de pessoas vivendo com HIV no Brasil: Perspectivas de gestores, profissionais e usuários.** Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo 2010.

SANTOS, S. R. **Motivação no trabalho do enfermeiro: fatores de satisfação e insatisfação.** 1992. 165 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, 1992.

SILVA, J. et al. **AIDS, Estigma e Preconceito: a percepção da terceira idade.** Universidade Federal da Paraíba(UFPB), Paraíba **2008.**

SCHWARCZ, S.; RICHARDS, T.A.; FRANK, H.; WENZEL, C.; HSU, L.C.; CHIN, C.S. et al. Identifying barriers to HIV testing: personal and contextual factors associated with late HIV testing. **AIDS Care**, Oxford, v. 23, n.7, p. 892-900, Jul. 2011.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SILVA, M. A. P. D. **As representações sociais e as dimensões éticas.** Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1998.

SZWARCWALD, C.L.; CASTILHO, E.A. **A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 Sup 1:S4-S5, 2011

SILVA, M. A. P. D. **As representações sociais e as dimensões éticas.** Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TANCREDI, V. M. **Sobrevida de pacientes com HIV e AIDS nas eras pré e pós terapia antirretroviral de alta potência.** Tese de Doutorado. Programa de pós-graduação em saúde Pública. Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2010.

TEIXEIRA, P.R. Políticas públicas em Aids. In: Parker R, organizador. **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil.** Rio de Janeiro, 2009.

UNAIDS. **Report on the global AIDS epidemic.** Geneva: 2009. UNAIDS.

UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010.Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS. (online) Disponível em:<<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2010/december/20101230unaidsin2011/>>Acesso em 05 de março 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I- Identificação

Cajazeiras, _____ de _____ de _____.

Idade _____ **Gênero** ()Feminino ()Masculino **Cor/Raça** ()Branca ()Preta ()Parda ()Amarela ()Indígena

Estado civil ()Casado(a) ()Desquitado(a)/Separado(a) ()Divorciado(a) ()Viúvo(a) ()Solteiro(a)

Religião ()

Nível de escolaridade: () Alfabetização () Regular do ensino fundamental (da 1ª a 4ª série/ 1º ao 4º ano) () Regular do ensino fundamental (5ª a 8ª série/ 6º ano 9º ano) () Regular, EJA – Educação de jovens e adultos, Supletivo do ensino médio, 2º grau. () Superior de graduação () Especialização de Nível Superior (mínimo de 360 horas)

Tempo de formação (anos) _____

II Características Profissionais

Unidade de Saúde da Família (USF) _____

Há quanto tempo trabalha na USF? () menos de 1 ano () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos

() mais de 10 anos

Número de empregos atualmente _____ **Jornada de trabalho semanal** _____

Qual a sua situação profissional? () apenas emprego público () acumula emprego público e emprego privado

() outros. Qual? _____

Forma de contratação na USF () processo seletivo () concurso público () convite/simples ocupação de vaga disponível () outro(a). Qual? _____

Participou de algum treinamento/curso introdutório para atuar na ESF? () sim () não

Participou de algum treinamento/curso voltado para HIV/AIDS? () sim () não

III- Características da Equipe de Saúde da Família

População assistida pela USF () apenas zona rural () apenas zona urbana () zona rural e zona urbana

Número de famílias assistidas _____ **Número de pessoas assistidas** _____

Quais os principais problemas enfrentados na USF em relação a indivíduos portadores de HIV/AIDS?

- relação com os pacientes
- condições de trabalho
- preconceito
- falta de conhecimento/ desinformação
- Medo
- outros. Qual? _____

IV. Organização do trabalho do ACS

Quais as dificuldades enfrentadas por você no dia-a-dia de trabalho em uma USF para trabalhar essa problemática na sua área?

- Falta de conhecimento
- Preconceito
- Acesso ao portador
- Falta de equipamentos/recursos materiais
- Escassez de Profissionais
- Ausência de médicos especialistas
- Falta de medicamentos
- Dificuldade/demora na marcação de exames
- Fragilidades no sistema de referência e contra-referência do município
- Outra(s). Qual(is)? _____

Como avalia o trabalho dos demais membros da equipe em relação a busca ativa pelo portador de HIV/AIDS?

- Médico** excelente bom regular outros. Qual? _____
- Enfermeiro** excelente bom regular outros. Qual? _____
- Dentista** excelente bom regular outros. Qual? _____
- ACS** excelente bom regular outros. Qual? _____
- ASB** excelente bom regular outros. Qual? _____
- Técnico de enfermagem** excelente bom regular outros. Qual? _____

Como avalia o seu trabalho enquanto membro da equipe em relação a busca ativa pelo portador de HIV/AIDS?

- excelente bom regular outros. Qual? _____
- Já realizou alguma notificação de indivíduos portadores de HIV/AIDS? sim não

ENTREVISTA

1. O quê lhe vem na mente quanto usamos a palavra AIDS ?
2. Qual o significado de HIV/ AIDS para você?
3. Você já identificou alguma portador de HIV/AIDS na sua área?
4. Como você se sente enquanto profissional da USF na busca ativa do portador de HIV/AIDS na sua área de abrangência?
5. Quais as suas dificuldades enquanto profissional de saúde para trabalhar essa temática?
6. Como você se percebe no processo de trabalho desenvolvido pela Unidade de saúde da Família para trabalhar com o portador de HIV/AIDS ?

ANEXOS

ANEXO A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Título da pesquisa: A AIDS NO OLHAR DO ACS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado. Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, _____ de _____ de 2012.

MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO ADRIANO
Pesquisador da Pesquisa

SIBELY COELHO URBANO PEREIRA
Pesquisador Participante

Cajazeiras, _____ de _____ de 2011.

ANEXO B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

Título da pesquisa: A AIDS NO OLHAR DO ACS

Eu, Sibely Coelho Urbano Pereira, discente da UFCG, portadora do RG 3147716 SSP/PB e CPF 081.705.246-27, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Orientador(a)

Orientando (a)

Cajazeiras, _____ de _____ de 2011.

ANEXO C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: “A AIDS NO OLHAR DO ACS

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu _____,

Profissão _____, residente na rua
_____, portador da Cédula de
identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF _____

nascido(a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “A AIDS NO OLHAR DO ACS.

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam investigar a representação social por parte dos ACS de Cajazeiras-PB a respeito da AIDS;
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;

- V) Os resultados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.
- Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande, _____ de _____ de 2012

Testemunha 1 : _____
 Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____
 Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:

 Maria Soraya Pereira Franco Adriano
 Rua: João Gabínio de Carvalho, 255 –jd 13 de Maio.

Telefone para contato: (83) 8852-2263

ANEXO D

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua.: Manoel Gomes Pedroza, sn Centro.

Cep.: 58900-000

DECLARAÇÃO

Eu, **Pablo Leitão**, Secretário de saúde do Município de Cajazeiras - PB, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “**A AIDS NO OLHAR DO ACS: REPRESENTAÇÃO SOCIAL**”, que será realizada nas Unidades do Saúde da Família deste Município, no período de maio de 2012, tendo como pesquisadora a Profa.: Maria Soraya Pereira Franco Adriano professora da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG e a discente Sibely Coelho Urbano Pereira.

Campina Grande, 02 de Abril de 2012.

Pablo de Almerda Leitão
Secretário de Saúde
Mat. 13709

Dr. Pablo Leitão

Secretário de Saúde do município de Cajazeiras – PB.