

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE - UAS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

EDJANCLEY TEIXEIRA DE LIMA

**A DESCENTRALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO DO HIV PARA A ATENÇÃO
BÁSICA SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS**

**CUITÉ - PB
2013**

EDJANCLEY TEIXEIRA DE LIMA

**A DESCENTRALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO DO HIV PARA A ATENÇÃO
BÁSICA SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de
Bacharelado em Enfermagem da Universidade
Federal de Campina Grande – Campus Cuité
como exigência parcial para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª. MSc. Janaína von Söhsten Trigueiro

CUITÉ - PB
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

L732d

Lima, Edjancley Teixeira de.

A descentralização do teste rápido do HIV para a atenção básica sob a ótica de enfermeiros. / Edjancley Teixeira de Lima – Cuité: CES, 2013.

73 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Janaína Von Söhsten Trigueiro.

1. HIV. 2. Atenção básica - enfermagem. 3. Sorodiagnóstico de HIV. I. Título.

CDU

616.9

EDJANCLEY TEIXEIRA DE LIMA

**A DESCENTRALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO DO HIV PARA A ATENÇÃO
BÁSICA SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em _____ de _____ 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. MSc. Janaína von Söhsten Trigueiro
Orientadora

Prof^º. MSc. Matheus Figueiredo Nogueira
Membro Examinador Interno

Prof^ª MSc. Kathya Daniella Figueiredo Melo
Membro Examinador Externo - UFRN

CUITÉ - PB
2013

Dedico esse momento e a conquista deste estudo aos meus amados pais, Edvaldo Nogueira de Lima e Maria José dos Santos Teixeira “Jane”, que são as pessoas mais importantes da minha vida, e que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando, estimulando e acreditando na minha capacidade de vencer as dificuldades na busca de meus objetivos, sei que os mesmos não tiveram a mesma oportunidade que eu tive, sei o quanto estão orgulhosos de me ver alcançar essa conquista, portanto, a vitória também é de vocês.

AGRADECIMENTOS

Tenho plena convicção de que a realização de um trabalho como esse, é sempre resultado da contribuição de inúmeras pessoas. Assim, sinto-me motivada a registrar meu profundo e sincero agradecimento aqueles que, direta ou indiretamente, participaram desta construção:

A **Deus** toda honra e toda glória!! Sem teu amor e bondade, nada seria possível. Foi pela sua força e misericórdia que consegui encarar e vencer todos os obstáculos até aqui. Meu rochedo, refúgio e fortaleza, a quem eu entrego a minha vida, o meu caminho e, a partir de agora a minha profissão, me abençoa senhor!

Aos meus amados pai e mãe, **Edvaldo e Jane**, por acreditarem no meu potencial e estarem sempre ao meu lado me dando força, amor e carinho. Agradeço a criação, os princípios e valores que me ensinaram e a compreensão nos momentos em que estive ausente. Você são meus tesouros, sem vocês eu não sou nada.

A minha amada irmã **Edjane** por todo amor apoio e incentivo, por confiar e estar sempre ao meu lado. Te agradeço infinitamente pelo lindo presente que nos deste... **Murilo**, meu amor pequeno, sobrinho e afilhado tão querido, que tornou os nossos dias mais alegres, que nos trouxe esperança e que a cada dia que nasce nos faz perceber o quanto a vida é maravilhosa e vale à pena. A quem eu terei o maior prazer em ensinar a preparar o caminho da amizade entre as pessoas e a manter uma eterna luta pela liberdade e por um mundo melhor.

Ao meu marido **Jeconias** pela paciência, compreensão e companheirismo, pois você melhor do que ninguém sabe o quanto foi difícil para mim, associar as tarefas do dia a dia as atividades acadêmicas. Obrigada por me apoiar, do seu jeito, você soube reconhecer o meu esforço. O seu amor me faz melhor, espero que essa seja apenas a primeira de muitas conquistas ao seu lado.

Ao meu querido Avô **Dom Teixeira**, grande exemplo de força e resistência, sempre torcendo pelo meu crescimento.

A minha amada vizinha **Irene Teixeira** (*in memoriam*), cuja ausência física não impediu que sua lembrança se mantivesse viva em meu coração durante essa caminhada, sei que orgulhosa estaria nesse momento.

Aos meus avô e avó paternos, **José Nogueira e Maria Josefa** em nome dos quais eu estendo estes agradecimentos aos meus demais familiares (tios e tias, primos e primas), mesmo aqueles distantes, por me apoiarem e acreditarem na minha capacidade. Agradeço carinhosamente a admiração e confiança.

A minha segunda família **Mamede, Lalá, Julieta, Marizélia, Osmar, Anderson e Eduardo** que me acolheram com todo amor e carinho desde o primeiro momento, que sempre estiveram ao meu lado me dando força e apoio ímpar, vocês foram essenciais nessa conquista.

A minha orientadora **Janaina von Söhsten Trigueiro** por todo empenho, dedicação e compromisso nesta caminhada, compreendendo minhas limitações, mas ao mesmo tempo apontando trilhas alternativas. Seu incentivo, conhecimento, cobrança e disponibilidade, sempre presentes, foram fundamentais na construção desta pesquisa.

A Banca examinadora, **Matheus Figueiredo Nogueira e Kathya Daniella Figueiredo Melo**, pelas contribuições que enriqueceram este estudo.

Ao meu querido médico, amigo e patrão **Dr. Jaime**, pelo qual tenho uma enorme admiração, carinho e respeito. Não tenho palavras para agradecer tudo que fez e vem fazendo por mim e minha família ao longo desses anos, apoio incondicional, compreensão sem medida, sua ajuda foi imprescindível para que eu pudesse chegar até aqui, lhe serei eternamente grata.

Aos amigos e colegas de trabalho **Zito e Rosilda**, pessoas admiráveis que sempre me apoiaram e, nunca se negaram a me ajudar quando precisei, vocês são fantásticos! O meu carinho e amizade por vocês aumentam um pouco mais a cada dia que passa.

A minha grande amiga **Norminha** eterna cúmplice, conselheira e encorajadora, sempre presente em minha vida compartilhando dos meus sonhos e das minhas angústias, você é um tesouro valioso que Deus colocou em minha vida.

Aos amados amigos e amigas de uma vida, **Cícero, Elizama, Carlos Luis, Fabiana, Kaênia, Hosana, Ângela, Janaina, Kika, Andréia e Dvânia** que sempre me ancoraram com restrita amizade e incondicional torcida. Com vocês eu descobri o verdadeiro sentido de amizade e cumplicidade, obrigada por sempre estarem presentes nos melhores e piores momentos de minha vida. Eu quero tê-los sempre ao meu lado.

A **Hugo (in memoriam)** amigo querido que partiu precocemente deixando muita saudade e boas lembranças, sei o quanto você torceu por mim e o quanto estaria feliz em me ver chegar aqui.

As minhas queridas amigas, irmãs, colegas e companheiras de curso **Nayara Medeiros, Rayssa Naftaly, Priscilla Tereza, Karoline Santana, Celina Laura e Jéssica Ladyanne**...Quantos momentos de descontração, alegria extrema ou até de angústias foram compartilhados por nós, noites de sono perdidas em prol do aprendizado, descobertas, sonhos, emoções diversas...Juntas, nós construímos não só o conhecimento científico, as lições que vivenciamos sei que servirão de aprendizado para vida. Cada uma de nós dispõe de características que nos marcaram e servirão de referência para sempre, como tudo isso foi

importante para que pudéssemos construir laços que o tempo e a distância não serão capaz de apagar..... Amigos para sempre!!!!!!!

A minha querida mestre, amiga e mãe de coração **Erika Acioli** pelas oportunidades de aprendizado e pelos deliciosos momentos vividos com o nosso grupo de estudo.

A Minha turma **Enfermagem 2008.2 – 2013.1** por todos os momentos que vivemos juntos, por todo conhecimento compartilhado ao longo desses anos, sentirei saudades.

Aos colegas de luta discente, **Bia, Desiane, Edísio, Renato e Rayssa** que sempre buscaram melhorias para o nosso curso de Enfermagem.

A todos os **docentes da UFCG-CES**, pelos valiosos saberes repassados, pelas trocas de conhecimento que me estimularam e fizeram com que eu pudesse adquirir senso crítico e postura profissional.

As professoras **Gigliola e Janaina** por terem acreditado e confiado em mim, e ainda, por todos os ensinamentos e oportunidades de aprendizado que pude vivenciar durante um ano, através da monitoria da disciplina de Enfermagem Obstétrica, levarei comigo muitas e felizes lembranças desse período.

A todos os **profissionais e pacientes do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC**, em especial, aos Enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem que, contribuíram de forma significativa com o meu aprendizado no último período do curso, durante o Estágio supervisionado II, levarei comigo ricas experiências e exemplos de excelentes profissionais e seres humanos.

As **Secretarias de Saúde dos municípios de Cuité e Picuí**, que permitiram a realização dessa pesquisa.

Aos **participantes do estudo**, pela disponibilidade e relevante colaboração para construção de um novo saber.

A todos aqueles que, embora não nomeados, foram indispensáveis a concretização desse trabalho.

Venci, mas esse é apenas o começo de uma longa caminhada, afinal,
“O conhecimento é irresistível”.

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”

(CORA CORALINA).

RESUMO

LIMA, E. T. **A descentralização do teste rápido do HIV para a atenção básica sob a ótica de enfermeiros**. Cuité, 2013. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2013.

A Aids foi identificada no início da década de 1980, e manifestou-se após a infecção do organismo pelo vírus do HIV, essa doença se disseminou pelo mundo tornando-se uma pandemia. Desde então, várias medidas vem sendo adotadas para o controle da doença no Brasil, dentre estas a descentralização do teste rápido para detecção do HIV realizado nas unidades básicas de saúde, viabilizando um maior controle por meio do diagnóstico precoce. Além disso, a descentralização dos serviços de controle da infecção pelo vírus do HIV busca um maior planejamento e implementação das ações programadas de saúde no âmbito municipal, assegurando a qualidade da assistência nos campos da prevenção, proteção e tratamento. O objetivo desse estudo foi analisar, na percepção de enfermeiros, o processo de descentralização do teste rápido do HIV para as Unidades Básicas de Saúde de dois municípios do curimataú paraibano. Tratou-se de uma pesquisa exploratório-descritiva de abordagem qualitativa realizada com 08 enfermeiras atuantes nas unidades básicas de saúde da zona urbana dos municípios de Cuité e Picuí-PB. A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2013. O instrumento utilizado para coletar os dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado, dividido em duas partes: a primeira, com fins de realizar a caracterização sociodemográfica e a segunda, no intuito de atender os objetivos concernentes ao objeto do estudo Para o tratamento qualitativo dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro sob CAAE nº XX. A partir da análise detalhada dos discursos dos participantes a Unidade Temática Central foi definida, intitulando-se “Descentralização, teste rápido do HIV e Atenção Básica: conhecimentos e reflexões de enfermeiros”. Para viabilizar uma discussão mais aprofundada acerca da referida unidade, utilizando a técnica de Análise de Conteúdo, na Modalidade Temática, emergiram três categorias: Definindo a Descentralização na Atenção Básica; verificou-se o conhecimento dos profissionais que atuam na atenção básica acerca da descentralização do teste rápido do HIV para a mesma; Descentralização do teste rápido do HIV na Atenção Básica: realidade ou utopia? Para que pudéssemos conhecer a realidade vivenciada na prática quanto a realização do exame; e Revelando as potencialidades e fragilidades da descentralização do teste rápido do HIV para a Atenção Básica, onde podemos analisar nas falas dos participantes as principais potencialidades e fragilidades desse processo. Através da oportunidade de ouvir os enfermeiros, foi possível compreender o universo de questões que permeiam a efetividade desse processo, pois os resultados apresentados nesse trabalho mostram a necessidade de uma avaliação prévia das condições dos serviços de saúde em nosso país; da capacidade dos estados e municípios em prover a manutenção de suas atribuições; e a perspectiva dos profissionais, antes que uma nova proposta seja lançada. É fundamental avançarmos no processo de educação permanente para que se possa radicalizar na descentralização. Assim, sugere-se o aprofundamento deste estudo no que se refere à avaliação dessa nova política de saúde.

Palavras-chave: Descentralização. Soro diagnóstico de HIV. Atenção básica. Enfermagem.

ABSTRACT

LIMA, E. T. **Decentralization of rapid HIV testing for primary care from the perspective of nurses**. Cuité, 2013. 73f. Completion of course work (Undergraduate Nursing) - Academic Unit of Health, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, PB-Cuité, 2013.

AIDS was identified in the early 1980s, and manifested up the body after infection with the HIV virus, the disease has spread across the world becoming a pandemic. Since then, various measures are being taken to control the disease in Brazil. Decentralization comes to health services, and as part of this strategy, rapid testing for HIV is being done in basic health units, allowing greater control through early diagnosis, as a practical and fast execution, the basic conditions for physical structure, are able to identify the presence of antibodies against HIV viruses in 30 minutes. In addition, the decentralization of control of infection with HIV seeking greater planning and implementation of the planned actions at the municipal health, ensuring the quality of care in the fields of prevention, protection and treatment. Analyze the perceptions of nurses, the process of decentralization of rapid HIV testing for basic health units in two cities of Paraíba Curimataú. This was an exploratory descriptive research qualitative approach performed with 08 nurses working in primary health care in urban areas of the municipalities of Cuité and Picuí-PB. Data collection was conducted during June and July 2013. The instrument used for data collection was a semi-structured interview guide, divided into two parts: the first, for purposes of performing the sociodemographic characteristics and the second, in order to meet the objectives pertaining to the object of study. For the treatment of qualitative data we used the technique of content analysis in thematic. The research protocol was approved by the Ethics and Research of the University Hospital Alcides Carneiro CAAE under no. XX. A Thematic Unit Central was defined from the detailed analysis of the speeches of the participants, calling themselves "Decentralization, rapid HIV testing and primary care: knowledge and reflections of nurses." To facilitate further discussion about the unit, using the technique of content analysis, thematic modality in three categories emerged: Defining Decentralization in Primary, there was the knowledge of the professionals working in primary care about the decentralization of rapid HIV testing for the same; Decentralization of rapid HIV testing in primary care: reality or utopia? That we might know the reality experienced in practice and the examination; and Revealing strengths and weaknesses of the decentralization of rapid HIV testing for primary care, where we analyze the speeches of the participants the main strengths and weaknesses of this process . Through the opportunity to hear the nurses, it was possible to understand the universe of issues that pervade the effectiveness of this process, as the results presented in this study show the need for a preliminary assessment of the conditions of health services in our country, the ability of states and municipalities to provide maintenance of their duties, and the perspective of the professionals, before a new proposal is launched. It is essential to move forward in the process of continuing education so that we can radicalize decentralization. Thus, it is suggested that further study regarding the evaluation of this new health policy.

Keywords: Decentralization, Serum diagnosis of HIV. Primary care. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Representação dos entrevistados e suas referidas conquistas. Cuité e Picuí, Paraíba. Brasil, 2013.....	37
Quadro 2: Dados sócio-demográficos dos entrevistados. Cuité e Picuí, Paraíba. Brasil, 2013.....	39

LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

AC - Análise de Conteúdo

AIDS - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

ARV - Antirretrovirais

CDC- Centros de Controles de Doenças dos Estados Unidos

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CES - Centro de Educação e Saúde

CNAIDS - Comissão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis Aids e Hepatites Virais

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COAS - Centros de Orientação e Apoio Sorológico

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CPF - Cadastro de Pessoa Física

CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento

DST - Doença Sexualmente Transmissível

ELISA - *Enzyme Linked ImmunonoSorbent Assay*

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

FR - Folha de Rosto

GAP - Global AIDS Program

HAART - *Highly Active Antiretroviral Treatment*

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

ODM - Objetivos do Milênio

ONG - Organização Não Governamental

ONG - Organização Não Governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PLATBR - Plataforma Brasil

PNA - Programa Nacional Aids

PNAB - Programa Nacional da Atenção Básica

POP – Procedimento Operacional Padrão

SES - Secretarias Estaduais de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR – Teste Rápido

UAS - Unidade Acadêmica de Saúde

UBS - Unidade de Saúde da Família

UFMG - Universidade Federal de Campina Grande

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Contextualização do problema e justificativa.....	17
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivo específico.....	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
3.1 Diagnóstico e tratamento da Aids no Brasil.....	23
3.2 O papel da Atenção Básica na prevenção do HIV	26
3.3 O teste rápido do HIV e o processo de descentralização.....	28
4 METODOLOGIA.....	32
4.1 Tipo de pesquisa.....	33
4.2 Local da pesquisa.....	33
4.3 População e amostra.....	34
4.4 Instrumento para coleta de dados.....	34
4.5 Procedimentos para coleta de dados	34
4.6 Análise dos dados.....	35
4.7 Aspectos éticos.....	36
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
5.1 Caracterização sociodemográfica.....	39
5.2 Unidade Temática Central.....	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE B – Instrumento para Levantamento de Dados	
ANEXOS	
ANEXO A – Termo de Anuência I	
ANEXO B – Termo de Anuência II	
ANEXO C – Termo de Compromisso dos Pesquisadores	
ANEXO D – Termo de submissão do Projeto de TCC na PLATBR	
ANEXO E – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	



1 Introdução

1.1 Contextualização do problema e justificativa da pesquisa

O *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) foi identificado em 1983 como o agente etiológico de uma doença infecciosa reconhecida em meados de 1981, nos Estados Unidos da América (EUA), denominada *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). No Brasil, os primeiros casos de infecção pelo HIV surgiram na década de 1980, restringindo-se, principalmente, nas metrópoles das regiões sul e sudeste. Neste período, evidenciou-se uma maior exposição por parte de grupos de homens homossexuais e pessoas submetidas a transfusões de sangue e hemoderivados (BRASIL, 2011).

No início da década de 1990 ocorreu a expansão da epidemia para os demais estados brasileiros, surgindo uma nova categoria de portadores da doença, os usuários de drogas injetáveis e mulheres parceiras de usuários. Convém destacar que, o desenvolvimento na população feminina ocasionou no aparecimento de casos de infecção em crianças, em sua maioria adquirida pela transmissão vertical do vírus (SILVA JÚNIOR, 2004).

Considerando a limitada infraestrutura de vigilância epidemiológica do Brasil no início da década de 1980, havia uma grande dificuldade em rastrear os novos casos de HIV, o que impossibilitava o Ministério da Saúde (MS) de mensurar a taxa de incidência da doença. Contudo, havia um aumento da infecção entre as mulheres e a população pobre de pequenas cidades, e assim como em outros lugares pelo mundo, a população passou a exigir uma resposta do governo para o controle da epidemia (SIMÃO, 2011).

Os primeiros programas de controle da Aids passaram a existir como uma resposta emergencial, a exemplo do Programa Nacional de Controle da Aids (PNA) criado no estado de São Paulo, em 1983 e a Comissão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis Aids e Hepatites virais (CNAIDS), em 1985, para ofertar consultoria, apoio científico, técnico e político. Salienta-se que São Paulo permaneceu sendo referência na resposta e controle da aids na década de 1990 e, com base no seu exemplo, Organizações Não Governamentais (ONG's) foram contratadas em todo o Brasil, com o propósito de oferecer serviços de prevenção que incluíam: educação de profissionais do sexo, programa de troca de agulhas para usuários de drogas, distribuição de camisinhas, campanhas de conscientização (SIMÃO, 2011).

Os países com economia avançada passaram a utilizar a *Highly Active Antiretroviral Treatment* (HAART), pois o seu uso mostrou-se eficaz no aumento da sobrevivência dos pacientes com AIDS. No Brasil, o período após 1996 foi marcado pelo início da terapia antirretroviral (TARV), por decreto lei, possibilitando a distribuição de maneira gratuita e universal, através do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA JÚNIOR, 2004).

Atualmente, a taxa de incidência de aids no Brasil tem se mantido nos mesmos patamares. De acordo com o Boletim Epidemiológico, foram notificados 446.318 casos, considerando o período que compreende os anos de 2000 a 2012. Embora apresente diferenças regionais, a grande maioria dos casos concentra-se nos grandes centros urbanos, a prevalência da infecção pelo HIV na população de 15 a 49 anos se mantém estável desde 2004 e a população masculina ainda é a porção mais afetada (BRASIL, 2012).

Estudos realizados entre os anos de 2008 e 2009, com cidadãos possuindo idade superior a 18 anos, demonstraram que os grupos populacionais mais vulneráveis são os usuários de drogas, 5,9%, homens homossexuais, 10,5%, e mulheres profissionais do sexo, 4,9% (BRASIL, 2012).

Desse modo, os Programas e as políticas públicas de saúde no Brasil, com o intuito de obter o diagnóstico precoce, disponibilizam exames laboratoriais rápidos, que detectam a presença de anticorpos contra o vírus do HIV em até 30 minutos, sendo necessária apenas uma gota de sangue da ponta do dedo. O SUS garante a gratuidade e o anonimato dos testes nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) que, além da coleta, realizam também um processo de orientação antes e depois da execução dos mesmos (BRASIL, 2012).

Remetendo ao conceito de saúde, apontado pela constituição de 1988 como um direito fundamental de cidadania, de caráter universal e igualitário, dos usuários dos serviços, sendo estes organizados de forma hierarquizada e a sua gestão descentralizada, o governo federal, por meio do MS, vem desenvolvendo Programas e políticas de enfrentamento e controle da epidemia que, no decorrer das diversas conjunturas, assumem configurações variadas no que se refere a sua gestão e financiamento (LANDIM, 2008).

Assim, o processo de descentralização da saúde, implementado a partir dos anos 90, assume aspectos singulares, apresentando-se como um fenômeno permeado pelas influências político-institucionais. Além disso, a descentralização dos serviços de controle da infecção pelo vírus do HIV busca um maior planejamento e implementação das ações

programadas de saúde no âmbito municipal, assegurando a qualidade da assistência nos campos da prevenção, diagnóstico, proteção e tratamento (LANDIM 2008).

Como parte dessa estratégia, a descentralização do teste rápido para detecção do HIV propõe sua realização nas unidades básicas de saúde, tendo em vista que, desta forma, haverá um maior controle por meio do diagnóstico precoce, sendo este realizado de forma prática com execução rápida em condições mínimas de estrutura física (BRASIL, 2012).

Frente ao exposto, a opção pela temática surgiu, a princípio, do desejo em realizar algo novo e que pudesse contribuir com a região onde moro. Ademais, a vontade de aprofundar os conhecimentos acerca do processo de descentralização do teste rápido e, principalmente, do entendimento sobre a aplicação do mesmo na Atenção Básica.

Por essa razão, o presente estudo foi norteado pelos seguintes questionamentos: Qual o conhecimento dos enfermeiros sobre a descentralização do teste rápido do HIV? Na prática, o teste rápido já é realizado? Os enfermeiros receberam capacitação adequada para realizar este exame?



2 Objetivos

No intuito de aprofundar a temática em questão, os seguintes objetivos foram elencados:

2.1 Geral:

- Analisar, na percepção dos enfermeiros, o processo de descentralização do teste rápido do HIV para as unidades básicas de saúde de dois municípios do Curimataú paraibano.

2.2 Específicos:

- Traçar o perfil sociodemográfico dos enfermeiros;
- Analisar o conhecimento dos enfermeiros com relação à descentralização do teste rápido do HIV;
- Investigar se há aplicação do teste rápido do HIV nas referidas unidades básicas de saúde;
- Verificar se houve capacitação dos enfermeiros no que diz respeito à descentralização do teste rápido do HIV.



3 Referencial Teórico

3.1 Diagnóstico e Tratamento da Aids no Brasil

Há trinta e um anos o primeiro caso de aids foi descrito e diagnosticado, desde então, muito já se fez para que houvesse uma mudança no quadro dessa epidemia que hoje alcança o mundo inteiro, e vem sofrendo transformações epidemiológicas ao longo do tempo. Busca-se o descobrimento da cura para essa doença repleta de desafios, que atualmente atinge qualquer indivíduo que se encontra vulnerável, independente de cor, raça, sexo, classe social, faixa etária ou opção sexual (LEITE et al., 2006).

No ano de 2010, os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), consideraram a resposta à epidemia da aids como um assunto prioritário, incluindo-o entre um dos oito Objetivos do Milênio (ODM) e, estabeleceram como meta, a reversão da tendência de crescimento em todas as populações até o ano de 2015. A expectativa é que até lá, haja a garantia do acesso universal à prevenção, tratamento, atenção e apoio ao HIV (BRASIL, 2010).

O surgimento da epidemia de aids no Brasil foi responsável por mudanças significativas para a saúde e outros campos da política social do país, por combinar comportamento sexual e doença, a problemática desencadeou desafios para a área científica, trouxe novos atores para os movimentos sociais e, especialmente, atribuiu visibilidade a questões atreladas a sexualidade (GALVÃO, 2000).

O Brasil teve participação na mobilização internacional para enfrentar a epidemia, quando no âmbito das Américas, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizava reuniões para atualização da situação epidemiológica e definição de estratégias regionais de enfrentamento ao problema da aids pelo mundo (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

No que se refere à estruturação organizacional e operacional, a política pública de aids no Brasil foi marcada por diferentes fases. A priori por respostas locais desenvolvidas no âmbito dos estados e municípios que identificaram os primeiros casos no país. Em seguida, por meio da criação do Programa Nacional de DST e Aids, que elevou a instância federal a concentração financeira de poderes e tomada de decisões técnicas e políticas referentes ao processo de construção da resposta à doença (GRANGEIRO et al., 2010).

As primeiras ações voltadas ao combate da epidemia surgiram em um período em que o sistema brasileiro de saúde enfrentava uma série de modificações determinadas pela mais ampla reforma sanitária ocorrida no país e que, concretizaram as bases para a criação

do SUS, na Carta Magna de 1988. As políticas públicas orientavam preposições que apontavam acatar os interesses sociais coletivos, transformando impasses sociopolíticos em ações institucionalizadas, implementando-as por meio de traços democráticos (SILVA, 2004).

Assim, baseados nos princípios do direito do cidadão à saúde e da responsabilidade do estado em efetivar os serviços, garantindo a universalidade, equidade e integralidade do sistema, as primeiras iniciativas públicas concentraram-se, inicialmente nas Secretarias de Saúde do Estado de São Paulo, no ano de 1983 e, posteriormente, estenderam-se aos demais estados da região Sul e Sudeste, por meio de medidas locais, com o propósito de prestar assistência e instituir a vigilância epidemiológica, no intuito de amenizar a preocupação da população acerca da epidemia considerada devastadora (GRANGEIRO et al., 2010).

Ainda nesta década, houve uma considerável evolução das políticas de saúde, quando os diferentes segmentos sociais e institucionais da sociedade, por meio das ONGs, Igreja e mídia organizados, passaram a exercer importante função na formulação de políticas públicas para o combate a infecção pelo HIV e aids. Para tanto, realizou-se a cobrança de seus direitos, tanto no plano da atenção à saúde, como na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos afetados pela doença (PINTO et al., 2007).

Somente ao final da década de 1980 foi iniciado o fomento para a estruturação de Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), conforme denominação da época. Estes Centros foram considerados uma modalidade alternativa de serviços de saúde, visando a oferta de sorologia anti-HIV gratuita, confidencial e anônima, ofertando aos indivíduos em risco de contaminação, atividades de educação em saúde e aconselhamento (BRASIL, 2010).

Em consonância, o cenário nos anos de 1990 foi marcado por uma maior atuação do MS no que se refere à consolidação da resposta nacional, haja vista a grande expansão da resposta em todas as regiões do país por meio do fortalecimento dos estados e municípios, destacando-se, neste sentido, alguns aspectos importantes como o crescimento do Programa Nacional de DST's e Aids, oriundo das modificações ministeriais e das novas articulações com instituições internacionais que firmaram as negociações com o Banco Mundial, passando este, a ser o financiador do Programa de combate a aids. Ressalta-se que houve um aumento do número de profissionais e capacitação dos mesmos, e ainda, um

maior desenvolvimento de pesquisas que aprofundaram o conhecimento sobre a epidemia e as possíveis formas de prevenção (SAMPAIO, 2006).

É de suma importância destacar que o Brasil foi um dos pioneiros, entre os países em desenvolvimento, a efetivar o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais (ARV) através do SUS, a partir de 1996 bem como a política para assistência aos indivíduos infectados pelo HIV que, dentre diversas atribuições, incluía a implementação de outras modalidades assistenciais visando a redução das internações hospitalares, com a melhoria da assistência ambulatorial especializada e da terapêutica domiciliar (DOURADO et al., 2006).

Esta medida de acesso universal aos ARV pelos pacientes portadores de HIV/Aids evidenciou uma relevante queda nas taxas de mortalidade pela doença. Convém apontar que, o acesso e posterior produção local dos genéricos, a negociação dos preços e a quebra de patentes, trouxe a tona algumas questões referentes aos direitos humanos à saúde, garantindo assim melhoria na qualidade da assistência e qualidade de vida aos pacientes soropositivos (SILVA, 2004).

Nesta perspectiva, o ano 2000 teve seu marco no surgimento de alguns questionamentos a respeito da capacidade do MS em enfrentar à expansão territorial da epidemia, e o modelo centralizado de resposta conflitava com o avanço da municipalização e a preocupação em gerar sustentabilidade do financiamento para as três esferas do governo. Sendo assim, os gestores e ativistas de ONGs sentiram a necessidade de ampliar as estratégias de descentralização da resposta à aids. O avançar destas políticas aumentaram as discussões entre os gestores sobre qual seria a atribuição de cada esfera na aquisição e distribuição de insumos para prevenção, material de laboratório e medicações, além da reorganização das ações (GRANGEIRO et al., 2010).

Ao longo desses anos de epidemia surgiram novas respostas, alguns mitos foram desmistificados e as experiências foram se acumulando na busca de novas tecnologias de prevenção e tratamento. Desse modo, foram criados no Brasil os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), serviços essenciais no tocante à prevenção primária do HIV, por meio da adoção de medidas que estimulam o uso de práticas mais seguras em relação ao sexo e ao uso de drogas injetáveis. Enfatiza-se que os avanços mais consideráveis nas questões ligadas ao diagnóstico, tratamento e prevenção do HIV/AIDS, revelam a importância da realização do diagnóstico precoce da contaminação e, conseqüente adesão ao tratamento (ALMEIDA, 2004).

A identificação da doença e a busca pelo diagnóstico através dos testes geralmente não acontece de forma espontânea. Nos CTAs uma quantia estimável dos indivíduos que procuram o serviço passou por alguma situação de risco de infecção, como a doação de sangue, por exemplo. Acresce-se que existem diferenças regionais no que concerne ao perfil das pessoas que buscam realizar o teste anti-HIV, evidenciando peculiaridades relacionadas ao sexo e as características socioeconômicas (BRASIL, 2010).

O diagnóstico é realizado a partir da coleta de sangue e, dentre os testes mais comuns utilizados para a detecção da infecção pelo HIV estão o ELISA (do inglês *Enzyme Linked ImmunonoSorbent Assay*), a imunofluorescência e o Wester-blot (BRASIL, 2012). Sob este prisma, a detecção precoce aumenta a expectativa de vida do paciente soropositivo, pois permite que este inicie no tempo certo o tratamento adequado.

3.2 O papel da Atenção Básica na prevenção do HIV

Uma diversidade de mudanças sociais, éticas, econômicas e políticas têm sido observadas no contexto mundial e atingem de forma significativa os sistemas de saúde. No Brasil, ao longo dos anos, a saúde vem passando por um expressivo processo de reforma social e política na busca de avanços e concretização dos serviços oferecidos pelo SUS (FERREIRA et al., 2009).

Neste sentido, a experiência brasileira com o modelo de atenção direcionado à Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem permitido avançar positivamente na relação entre profissionais e a população, na composição dos serviços e no modelo de assistência oferecida pelo sistema público de saúde (BRASIL, 2006).

Assim, faz-se necessário compreender o significado de Atenção Básica (AB), o qual é referido como sendo

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da

universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p.10).

Com base nesta definição enfatiza-se que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) resultou do acúmulo de experiências dos diversos atores envolvidos historicamente com a criação e concretização do SUS, sejam eles gestores, trabalhadores ou usuários dos serviços de saúde, de forma individual ou coletiva, através dos movimentos sociais. No Brasil, essa política está condicionada ao processo de descentralização que transfere para o mais próximo possível da população toda a Rede de Atenção a Saúde, tornando-se então, a porta de entrada e o contato preferencial destes usuários (BRASIL, 2012).

Compete a esse nível de atenção o papel de informar a população quanto às ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, assisti-la de forma contínua e resolutiva, e encaminhar os doentes, sempre que necessário, aos serviços de referência, com agilidade e exatidão. Nesta perspectiva, o investimento das políticas públicas de saúde em medidas de prevenção e no controle da transmissão de DST's como facilitador da transmissão sexual do HIV, vem reordenando as redes de serviços e estratégias de cuidado. Além disso, os avanços da ciência quanto ao tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS também contribuem para essa abertura (BRASIL, 2006).

No que concerne à prevenção da infecção pelo HIV, os serviços de AB a saúde devem realizar uma abordagem multidisciplinar integrada, incluindo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, com a garantia de acesso aos serviços de aconselhamento, abordagem clínico diagnóstica, cuidados por parte dos profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), apoio emocional e suporte social para o paciente e seus familiares, proporcionando o despertar para realização do teste anti-HIV (BRASIL, 2000).

A utilização deste espaço, para ampliar o acesso e a oferta do teste e do aconselhamento, constitui uma relevante estratégia para a prevenção e detecção precoce da doença, tanto no que se refere à possibilidade de que portadores possam detectar e iniciar o tratamento mais rapidamente, quanto nos casos das mães portadoras do vírus, que certamente aumentarão as chances de darem a luz a filhos sem o HIV, se forem orientadas e fizerem corretamente o tratamento durante o pré-natal (BRASIL, 2011).

Acresce-se que a Política Nacional de DST e Aids aponta, como estratégia para diminuição dos números de casos da infecção pelo HIV, a disponibilidade do teste em toda

a rede de saúde e, refere a importância de que haja o incentivo para realização do mesmo, o que implica na necessidade de estruturação dos serviços, objetivando o acesso de toda população à testagem; o direito do sujeito de decidir se quer ou não se submeter ao teste; o aconselhamento pré e pós teste; um sistema de referência e contra-referência; bem como, a garantia de anonimato após o resultado. Para tanto, a disponibilização deste serviço demanda em uma necessidade maior de recursos financeiros, responsabilidade sanitária, capacitação de profissional e organização, que corroboram a complexidade no que se refere às políticas públicas de saúde para o combate a aids no Brasil (SAMPAIO, 2006).

Neste cenário atual de saúde, a ESF assume um papel de destaque voltado à necessidade de reestruturar o modelo de atenção predominantemente centralizado na assistência hospitalar e na prática médica, absolutamente voltada à proteção individual e curativa. Para tanto, é imprescindível que haja a participação dos diversos atores sociais, através de uma gestão colegiada, democrática e sem burocratização (SANTOS; MELO, 2008).

Desse modo, a ESF, por meio de seu caráter de promoção a saúde e prevenção de agravos, desenvolve uma ampla potencialidade de articulação com os variados recursos sociais em seu território que favorecem a busca, recepção e ampliação do acesso das pessoas que vivem com HIV. E ainda, tem contribuído de maneira significativa na redução da vulnerabilidade ao HIV/AIDS à medida que congrega de forma sistematizada as novas tecnologias de trabalho, estruturadas a partir de uma atuação multiprofissional. Contudo, alguns fatores estruturais importantes para efetivação desta política ainda limitam a qualidade do serviço (SILVA et al., 2010).

3.3 O teste rápido do HIV e o processo de descentralização

A resposta à aids no Brasil, ao longo dos últimos anos, vem sendo descrita e analisada sob a ótica das políticas de descentralização. Essa trajetória pode ser dividida em três fases que estão relacionadas a uma ordem cronológica de acontecimentos, respectivamente: a primeira iniciou nos anos 80 e faz referência a constituição de uma resposta essencialmente descentralizada, com base na atuação das diferentes esferas do governo e organizações não governamentais; a segunda fase está atrelada a concentração do poder decisório e de financiamento no nível federal, na década de 1990 e, a terceira,

corresponde ao fortalecimento dos estados e municípios e a ampliação da resposta em todas as regiões brasileiras (GRANGEIRO et al., 2010).

No decorrer dos anos, mudanças no padrão de adoecimento pela infecção do HIV desencadearam novas exigências de cuidados e necessidades permeadas pelo princípio de integralidade, a partir do acesso à ESF (PALÁCIO et al., 2012).

É importante lembrar que a saúde foi apontada como um direito constitucional traduzido pelo SUS, na busca da ampliação do acesso, qualificação das práticas em atenção primária, secundária e terciária, cuidado integral e utilização de dispositivos organizacionais que favorecessem a descentralização e co-gestão. Além disso, políticas direcionadas ao combate à infecção pelo HIV foram fortemente orientadas pelo comportamento da epidemia no país (BRASIL, 2012).

Neste momento, torna-se imperativo o fortalecimento da política de incentivo aos municípios, porém, a sua efetividade estava vinculada a necessidade de mudança no papel dos gestores. À esfera federal caberia aperfeiçoar os procedimentos normativos, auxiliar no incremento dos arranjos institucionais a fim de facilitar a execução local e implantar o sistema de monitoramento e avaliação, restando uma parcela bem maior de responsabilidade para os estados e municípios. Para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), entre outras atribuições, ficaria incumbido o papel de gerir os pactos para aquisição e repartição de medicamentos; auxiliar os municípios no planejamento de suas ações, validar e fiscalizar a execução destas ações; além de apoiá-los. Aos municípios, a proposta apresentada era de organizar a resposta por meio de ações de prevenção, proteção à saúde, promoção dos direitos, assistência e vigilância epidemiológica (GRANGEIRO et al., 2010).

Mediante a complexidade dos novos papéis bem como o aumento das responsabilidades, pressupunham a necessidade de fortalecimento das equipes técnicas e das estruturas administrativas e financeiras dos estados, com o intuito de efetivar esse modelo de gestão que, apesar dos avanços, não poderia desconsiderar as diferenças regionais na capacidade de utilização de tecnologias, insumos e recursos financeiros (ARAÚJO, et al., 2008).

Segundo Arretche (2003) não há qualquer garantia inerente aos governos locais que os torne responsáveis, comprometidos e determinados a administrar com eficiência, pois a autonomia dos governos pode produzir resultados opostos aos esperados pelos defensores mais otimistas da descentralização.

Conforme Júnior e Passos (2010) no Brasil, três fatores esclareceriam o processo de descentralização das políticas sociais, sendo estes de natureza estrutural, institucional e os fatores ligados à ação política. Perante essa afirmativa, para adotarem atribuições descentralizadas de gestão, estados e municípios dependeriam da capacidade de gasto e da capacidade político administrativa dos seus governos. A natureza das relações entre o Estado e a sociedade é um elemento atrelado à cultura cívica de cada região, podendo ser heterogênia dentro de um mesmo país e refletir relações de diferente característica entre o governo e a sociedade civil organizada, permitindo evidenciar que, a efetividade das criações políticas é influenciada pelo conjunto social (JÚNIOR; PASSOS apud SCHWARTZMAN, 1982).

Esse processo ganhou força na década de 1990, principalmente a partir de 1996, com a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, pelo MS. Esta norma disciplina os diferentes estágios da gestão descentralizada, definindo as formas de repasse de recursos públicos federais ao nível municipal. O MS instituiu duas modalidades de gestão descentralizada: A Plena de Atenção Básica e a Plena do Sistema Municipal, diferenciando-se uma modalidade da outra pelo fato de que, na primeira, o município tem governabilidade apenas sobre a rede de atendimento básico, enquanto que na segunda, todo o atendimento à saúde no território do município, inclusive a rede hospitalar pública e privada conveniada é gerenciada pelo mesmo, que recebe o repasse de recursos do MS sem intermédio do governo estadual (NUNES; STURZA, 2011).

O processo de descentralização, no que se refere às políticas de combate à infecção pelo HIV, evidenciou avanços e conquistas na implementação das ações programáticas de DST/Aids bem como fragilidades no âmbito das dimensões organizacionais, operacionais e de sustentabilidade que se apresentam sob a forma de desafios para os municípios como territórios de práticas de saúde (LANDIM, 2008).

A política para prevenção e controle do HIV constituiu de três áreas de atividades integradas, respectivamente: garantir o acesso universal e gratuito ao cuidado e a TARV; expandir o acesso ao diagnóstico e prevenção e manter um relacionamento proativo com a sociedade civil independente. No que concerne ao diagnóstico, havia a necessidade de expandir a oferta aos testes convencionais e rápidos, para além dos CTA's que estavam concentrados nos grandes centros. Uma cidade do interior de São Paulo tornou-se referência nacional ao ofertar os testes que atendiam as diferentes populações através de uma clínica móvel que o levava para a população da zona rural (SIMÃO, 2011).

Salienta-se que, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, em conjunto com os Centros de Controles de Doenças dos Estados Unidos e o Global AIDS Program (CDC-GAP), capacitou os órgãos estaduais para treinar a força de trabalho no uso do teste rápido com o intuito de ampliar a utilização dos testes rápidos de HIV, pois o mesmo não exigia equipamento laboratorial, tornando-o ideal para o uso em áreas isoladas, além da praticidade de se obter o resultado em menos de 30 minutos, possibilitando agilidade no aconselhamento e encaminhamento (SIMÃO, 2011).

Com base nestas especificidades debatidas em seguimentos fundamentais da sociedade, foi publicada a portaria de nº 34/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/MS de 29 /07/2005, que regulamentava o uso dos testes rápidos como diagnóstico da infecção pelo HIV. Inicialmente o MS implementou em locais de difícil acesso e a partir dessa experiência, foi possível observar o desempenho dos profissionais de saúde capacitados conforme o programa de treinamento, em realizar a metodologia diagnóstica, o que fez com que esse teste fosse implantado em maternidades, com a finalidade de fornecer as gestantes um acompanhamento adequado (BRASIL, 2012).

A partir da análise dos resultados da utilização dos testes rápidos quanto à ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV, o MS está iniciando a implantação dos mesmos nos serviços de AB. Esta introdução vem acontecendo de forma gradual, pois há a necessidade de capacitação dos profissionais nas metodologias e também a adequação do serviço para receber esses insumos e acolher adequadamente o paciente no que se refere ao aconselhamento, testagem, encaminhamento e acompanhamento. Assim, para que haja uma efetiva aplicação desse serviço na AB, é imperativo que os gestores se sensibilizem e busquem o apoio dos demais setores de saúde, pois embora o processo esteja em andamento desde 2004, ainda observa-se resistência por parte da equipe de profissionais da unidade e dos usuários, além de uma carência quanto à organização do fluxo, definição de papéis, adequação do espaço físico e aquisição de equipamentos (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que os testes rápidos para o HIV são utilizados para diagnosticar a infecção pelo vírus em situações especiais, determinadas pela portaria de nº 151 de 14/10/2009, sendo feitos, exclusivamente, com testes rápidos validados pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS. Para tanto, deve haver qualificação e educação permanente para os profissionais de saúde em consonância com as diretrizes do MS (BRASIL, 2012).



4 Metodologia

4.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa teve caráter exploratório e descritivo, utilizando a abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2008), o estudo exploratório proporciona um maior entendimento do problema em questão e seu principal objetivo é descrever as características de determinada população levando ao aprimoramento de idéias ou até mesmo a sua descoberta. Enquanto que o estudo descritivo tem a finalidade de conhecer as características de um determinado grupo, ou estabelecer relações entre variáveis.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2006), é entendida como aquela que tem a capacidade de compreender a questão de significado e da intencionalidade com relação aos atos, às estruturas sociais, sendo estas últimas adotadas tanto no advento quanto na transformação, como construções humanas significativas. Neste sentido, esse tipo de estudo possibilitou o reconhecimento e o entendimento dos profissionais acerca da descentralização do teste rápido do HIV para as UBS's.

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em Unidades de Saúde da Família (USF) situadas na zona urbana das cidades de Cuité e Picuí, localizadas no Curimataú Paraibano.

No que concerne ao município de Cuité, este possui uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 19.978 habitantes para o ano de 2010 (IBGE, 2010).

O referido município conta com 16 Unidades Básicas de Saúde, sendo 05 situadas na zona urbana e 11 na zona rural. Salienta-se que destas 16 USFs, apenas 09 possuem equipe de saúde, as demais, funcionam como bases de apoio para a realização de atendimento.

Quanto ao o município de Picuí, conforme o IBGE (2010), este apresenta uma população estimada em 18.222 habitantes. Além disso, dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde evidenciam que há, atualmente, 14 USFs, 04 localizadas na zona urbana e 10 na zona rural, contando com 08 equipes de saúde da família no total.

4.3 População e amostra

A população foi composta por todos os enfermeiros que trabalham nas USF's dos municípios de Cuité e Picuí. Entretanto, fizeram parte da amostra enfermeiros que trabalham nas unidades da zona urbana dos municípios referidos anteriormente e que se dispuseram a participar da pesquisa, voluntariamente, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

4.4 Instrumento para coleta de dados

O instrumento utilizado para coletar os dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE B), dividido em duas partes: a primeira, com fins de realizar a caracterização sociodemográfica e a segunda, no intuito de atender os objetivos concernentes ao objeto do estudo. Gil (2008) aponta que a entrevista é uma maneira de proporcionar um diálogo, onde uma das partes envolvidas busca colher dados e a outra dispõe desses dados, constituindo a fonte de informação.

O roteiro, de acordo com Minayo (2006), é uma ferramenta que orienta a conversa, facilitando a abertura, ampliando e aprofundando a comunicação. Ademais, por ter um apoio na sequência das questões, também é chamado de semiaberto, facilitando a abordagem e assegurando, sobretudo, os investigadores inexperientes de que suas suposições ou seus pressupostos serão garantidos durante a conversa.

Ademais, foi necessário o uso de um diário de campo que serviu de instrumento auxiliar, para que o pesquisador pudesse registrar suas impressões a partir da não verbalização pelos sujeitos da pesquisa.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

O primeiro passo foi o cadastro na Plataforma Brasil (PLATBR), o qual gerou a Folha de Rosto (FR), documento que identifica o estudo e necessita de assinaturas específicas. Simultaneamente, foram providenciadas as assinaturas do Termo de Autorização I (ANEXO A), Termo de Autorização II (ANEXO B) e Termo de

Compromisso dos Pesquisadores (ANEXO C) e Termo de Submissão do Projeto de TCC na PLATBR (ANEXO D).

Após a autorização por escrito, os termos mencionados foram anexados juntamente com a FR à página *online* da PLATBR, para que em seguida o projeto fosse encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Após a apreciação do CEP, a coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2013, de acordo com o horário disponível da pesquisadora. Foram realizadas visitas às USF's, quando a entrevistadora realizou a abordagem aos enfermeiros, convidando-os a participarem da pesquisa, explicitando a sua finalidade e esclarecendo sobre a garantia do anonimato da identidade dos que aceitaram a fazer parte da amostra. Salienta-se que as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

4.6 Análise dos dados

Após a coleta de dados, foi possível realizar a análise destes, e, inicialmente foi feita a caracterização do sujeito, em seguida, haja vista a preocupação com o contexto, com a subjetividade e flexibilidade para conduzir a pesquisa, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo (AC), na modalidade temática. Esta é uma técnica característica da pesquisa do tipo qualitativa, pois se trata de um conceito construído para se obter respostas teórico-metodológicas se diferenciando de outras abordagens (MINAYO, 2006).

Convém acrescentar a descrição de Bardin (1979, p. 42 apud MINAYO, 2006) que se refere a esta técnica como sendo:

[...] a Análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Dentro dessa análise foi empregada a modalidade temática, que é compreendida como uma afirmação sobre um determinado assunto, podendo ser representada através de uma palavra, frase e resumo (MINAYO, 2006).

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa a ser realizada com seres humanos, foram observados os princípios éticos, estabelecidos Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que revoga a 196/96, que preconiza no seu capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, destacando, entre seus princípios éticos (capítulo III, item 1.a.) a necessidade do TCLE dos indivíduos-alvo (BRASIL, 2012).

Para atender a este princípio, foi explicado aos participantes o objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato, bem como o direito do participante de desistir a qualquer momento da pesquisa sem riscos de qualquer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. Para aqueles que aceitaram participar, foi apresentado o TCLE, que depois de lido e assinado, em duas vias, foi entregue uma cópia ao participante da pesquisa e a outra ficou com a pesquisadora.

Com o desígnio de garantir o anonimato dos participantes, estes foram representados por nomes de mulheres que tiveram destaque na história da Enfermagem no Brasil: Edith, Rachel, Laís, Izaura, Hilda, Zaíra, Haydee, Waleska. Vale ressaltar que estas mulheres destacaram-se também pelo fato de que quase todas tiveram oportunidade de fazer curso de graduação ou aperfeiçoamento no exterior, sendo reconhecidas pela competência com as quais desempenharam seus papéis profissionais no nosso país. Quadro 1. Salienta-se que em virtude dos profissionais pertencerem a 2 (dois) municípios distintos (Cuité e Picuí), foram adicionadas as letras seguidas de número M1 e M2, respectivamente:

Quadro 1: Representação dos entrevistados e suas respectivas conquistas. Cuité e Picuí. Paraíba. Brasil, 2013.

Edith Magalhães Fraenkel	Organizadora e primeira diretora da Escola de Enfermagem da USP.
Rachel Haddock Lobo	Foi a primeira diretora brasileira da então denominada Escola de Enfermeiras Ana Néri.
Laís M. Netto dos Reys	Lutou com toda determinação para a enfermagem ter o lado profissional, a religiosidade foi uma constante na sua atuação profissional.
Izaura Barbosa Lima	Chefe de enfermagem da divisão da Organização sanitária do MS, e chefe da equipe de Enfermagem da Força Aérea Brasileira na Segunda Guerra Mundial.
Hilda Anna Krisch	Ocupou a presidência da Associação Brasileira de enfermeiras Diplomadas.
Záira Cintra Vidal	Criou a Escola de enfermeiras Rachel Haddock Lobo, sendo a primeira diretora por nove anos.
Haydee Guanais Dourado	Atuou como docente na escola de enfermagem Anna Nery no rio de Janeiro, dedicando-se ao ensino e a pesquisa na área de Ética, História e Legislação.
Waleska Paixão	Foi líder na construção pedagógica de ensino de enfermagem e na edificação da enfermagem brasileira.

Fonte: FUREGATO, 2012.

Ainda em conformidade com as exigências estabelecidas pela referida Resolução, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro e só foi iniciado após autorização do mesmo, parecer nº XX(ANEXO E), aprovado em XX de XX de 2013, iniciou-se a coleta de dados. Foi respeitada também a Resolução 311/2007, a qual que rege o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).



5 Análise e Discussão

Mediante a análise da pesquisa, realizada por meio da aplicação do instrumento de coleta de dados (roteiro de entrevista semiestruturado), foi permitido caracterizar os sujeitos da pesquisa e identificar o conhecimento dos enfermeiros acerca da descentralização do teste rápido do HIV para a AB bem como as potencialidades e fragilidades apontadas pelos mesmos.

5.1 Caracterização sociodemográfica

Para caracterização da população entrevistada, foi utilizado um roteiro abrangendo perguntas sobre o sexo, idade, estado civil, religião, se os mesmos possuem pós-graduação e em que área, renda familiar, e tempo de atuação na AB. Participaram deste estudo 8 (oito) profissionais dos 9 (nove) procurados, pois no período da coleta um dos profissionais encontrava-se de férias do trabalho, como pode ser visualizado no Quadro 2.

Quadro 2: Caracterização sociodemográfica dos entrevistados. Cuité e Picuí. Paraíba. Brasil, 2013.

Profissionais	Sexo	Faixa etária	Estado civil	Religião	Pós-graduação	Área da Pós	Renda	Tempo atuação
EDITH/M1	Feminino	25-35	Casada	Protestante	Não	--	> 3sal.	- 1 ano
RACHEL/M1	Feminino	36-50	Solteira	Católica	Sim	PSF	2 e 3 sal.	+ 3 anos
LAÍS/M1	Feminino	25-35	Solteira	Católica	Sim	PSF	> 3sal.	+ 3 anos
ISAURA/M1	Feminino	25-35	Casada	Católica	Sim	Enf. Trab	2 e 3 sal.	- 1 ano
HILDA/M2	Feminino	36-50	Casada	Católica	Sim	PSF	> 3sal.	+ 3 anos
ZAÍRA/M2	Feminino	36-50	Casada	Católica	Sim	PSF e UTI	> 3sal.	- 1 ano
HAYDEE/M1	Feminino	36-50	Casada	Católica	Sim	Saúde Pública	> 3sal.	+ 3 anos
WALESKA/M2	Feminino	25-35	Casada	Católica	Sim	Enf. Trab	> 3sal.	+ 3 anos

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Os entrevistados são predominantemente do sexo feminino. A faixa etária das participantes variou de 25 a 50 anos completos, sendo 4 (quatro) delas com idade entre 25

a 35 anos, e 4 (quatro) com idade entre 36 a 50 anos. Dentre os profissionais, 6 (seis) eram casados e 2 (dois) solteiros. Quanto à religião, 7 (sete) disseram ser católicos e 1 (um) protestante. No que se refere à pós-graduação, 7 (sete) deles declararam possuir especialização e somente 1 (um) ainda não tem título de especialista. Dentre as áreas objeto de especialização, se destacam as que abrangem o Programa de Saúde da Família, a de Enfermagem do Trabalho e em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Quanto à renda mensal, 6 (seis) afirmaram receber mais que 3 (três) salários mínimos, e 2 (dois) entre 2 (dois) e 3 (três) salários mínimos. Quando questionados quanto ao tempo de atuação na AB, constatou-se que 5 (cinco) atuam há mais de 3 (três) anos e 3 (três) trabalham nesse âmbito há menos de 1 (um) ano.

Os resultados encontrados quanto ao sexo foram semelhantes aos dados da pesquisa de Ferrari, Thonson e Melchior (2005), que investigou o perfil de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, verificando que grande parte da amostra era constituída por mulheres. Para Araújo e Oliveira (2009), esses achados confirmam o que já se configura como fato histórico, isto é, mesmo com o ingresso de indivíduos do sexo masculino nos últimos anos, a Enfermagem permanece ainda como uma profissão eminentemente feminina.

Observa-se que a faixa etária dos colaboradores é equivalente com as informações obtidas por Zobole (2013), as quais mantêm um parâmetro onde a idade média é de aproximadamente 30 anos, com extremos que variam de 53 e 22. Estes resultados assemelham-se aos obtidos por Corrêa, Araújo, Ribeiro e Pedrosa (2012), que investigaram o perfil sociodemográfico e profissional de Enfermeiros atuantes na AB de Cuiabá-MT, a maioria (26,6% do total) era jovem, que se encontrava na faixa etária de 26 a 30 anos, e a segunda concentração mais expressiva ficou na faixa etária de 46 a 50 anos (20,2% do total).

No que diz respeito ao estado civil, a pesquisa assinala resultados que divergem aos apresentados por Pinto, Menezes e Villa (2010), onde os mesmos identificaram a predominância de solteiros, num total de 88 dos profissionais Enfermeiros entrevistados, em relação a 67 dos casados. Observa-se que os jovens têm deixado o casamento para um pouco mais tarde.

Com relação à religião, os dados corroboram os apontados por Pedrão e Beresin (2010), demonstrando que a maior parte dos Enfermeiros (60%) referiu adotar o catolicismo e, todos eles declararam ser praticantes da religião. Segundo Salgado, Rocha e Conti (2007), compreender o ser humano como um ser integral, complexo, e ainda a religiosidade como um componente da vida humana que influencia a forma de pensar, sentir, agir e conseqüentemente, a forma de cuidar, considera-se que a dimensão religiosa do enfermeiro é indissociável da construção pessoal e profissional do cuidar.

A maioria dos enfermeiros declarou possuir pós-graduação, o que atesta os resultados obtidos por Fernandes et al. (2010), onde 60% dos profissionais atuantes na ESF do Sul do Triângulo Mineiro possuem especialização, curso de atualização ou pós-graduação *latu sensu*. Esta representação demonstra que mesmo após a inserção destes profissionais no campo de trabalho, prevalece o estímulo positivo por parte dos mesmos em buscar conhecimentos específicos para um melhor desenvolvimento de suas atividades profissionais. Os achados de Ermel e Fracolli (2006) com relação à iniciativa de buscar aperfeiçoamento profissional através da continuidade dos estudos chamam atenção para a importância dada pelos profissionais para a qualificação através dos cursos de especialização.

Sendo assim, constata-se uma expansão dos cursos de pós-graduação no campo da enfermagem, comprovando o observado por Rodrigues et al. (2007) que após traçar um panorama da pós-graduação da enfermagem brasileira, mais especificamente na região nordeste, indica que apesar da forte assimetria ainda existente com relação a outras regiões do país, os estados pertencentes a região nordeste aumentaram consideravelmente a sua capacidade de oferta destes cursos de aperfeiçoamento profissional.

No tocante as áreas que compõem a escolha da especialização, os autores supracitados reafirmam os achados desta pesquisa e, destacam a Enfermagem em Saúde Pública como a área de estudo mais procurada por estes profissionais. Verifica-se também, na investigação de Tomasi et al. (2008), um expressivo número de enfermeiros atuantes na AB que optaram por uma pós-graduação em Saúde Coletiva.

Ao analisar o quesito renda, os colaboradores deste estudo, em sua maioria, asseguraram receber mais que 3 (três) salários mínimos. Esta afirmativa vai de encontro aos achados de Rios et al. (2012), que destacam o estado da Paraíba como o detentor de menor renda média entre os demais estados da federação, sobretudo no que concerne aos valores pagos a profissionais da enfermagem com nível superior. Vale ressaltar que,

passados 27 anos desde a regulamentação da profissão, a categoria ainda está na luta pela conquista do piso salarial no país. Encontra-se em tramitação no Senado o Projeto de Lei 4924/09 que se aprovado, pretende fixar o piso salarial de enfermeiros em R\$ 4.650,00, visto que, os baixos salários praticados atualmente sujeitam esses trabalhadores a adotarem formas flexíveis de contrato de trabalho com dupla jornada (COUTINHO, 2002).

É oportuno comentar que outro importante Projeto de Lei (PL) ganha destaque na luta por melhores condições de trabalho, o 2295/2009, que dispõe sobre a redução da carga horária de trabalho para as 30 horas semanais, com conseqüente diminuição do trabalho exaustivo ao qual esses profissionais estão submetidos. Assim, fica evidente a desvalorização da classe profissional, o que gera uma realidade de insatisfação e de busca constante por melhores condições de trabalho (RIOS et al., 2012).

Corroborando o resultado da presente pesquisa, quanto ao tempo de atuação na ESF, Ferrari, Thonson e Melchior (2005) mencionam que enfermeiros possuem em média de 5 anos ou mais trabalhando na AB. Já Ferraz e Santos (2007) observaram um crescimento na contratação de enfermeiros recém-formados inseridos na ESF.

5.2 Unidade Temática Central

A Unidade Temática Central foi definida a partir da análise detalhada dos discursos dos participantes, intitulando-se “Descentralização, teste rápido do HIV e Atenção Básica: conhecimentos e reflexões de enfermeiros”. Para viabilizar uma discussão mais aprofundada acerca da referida unidade, utilizando a técnica de Análise de Conteúdo, na Modalidade Temática, emergiram três categorias: Definindo a Descentralização na Atenção Básica; Descentralização do teste rápido do HIV na Atenção Básica: realidade ou utopia? e Revelando as potencialidades e fragilidades da descentralização do teste rápido do HIV para a Atenção Básica. As categorias estão apresentadas a seguir, permitindo assim uma melhor discussão e direcionamento do estudo.

5.2.1 Categoria I: Definindo a Descentralização na Atenção Básica

Conforme Arretche (2003), ao longo dos anos a estrutura organizacional das políticas públicas sociais vem sendo profundamente redesenhada, estão sendo implantados programas de descentralização que, paulatinamente vêm transferindo um conjunto significativo de atribuições de gestão para os níveis estadual e municipal de governo. Se considerarmos que boa parte das atividades relativas à gestão estiveram até o início dos anos 90 centralizadas no governo federal, conseguiremos observar a dimensão da transformação institucional que vem acontecendo no sistema brasileiro de proteção social, há um expressivo crescimento da descentralização nas diversas áreas da política social brasileira, dentre as quais, destacamos a área da saúde.

Neste sentido, faz-se necessário avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam na AB acerca da descentralização e de sua aplicabilidade neste âmbito. Assim, ao questioná-los sobre a compreensão da descentralização, é evidenciada uma diversidade de opiniões, porém estas se mostram ainda limitadas, conforme os discursos abaixo:

Pra mim descentralização é divisão de responsabilidades, certo? Acho que é isso, divisão de responsabilidade [...] por exemplo, o poder né? Que é descentralizado, o governo né?, a responsabilidade não é mais só da união, só um exemplo, é do governo estadual e do governo municipal [...] (EDITH/M1).

Bom, descentralização é justamente você tirar [...] tirar de uma referência centralizada [...] botar em cada unidade específico [...] é justamente “disfocar” só de um, você colocar pra outros dividindo essas atividades. Basicamente isso (LAÍS/M1)

Entendo que descentralização é transferir o serviço que é realizado no hospital para a unidade de saúde (ZAÍRA /M2).

Verificou-se nas falas que, mesmo diante do avanço das políticas de descentralização em nosso país, o conhecimento das mesmas, ainda é bastante restrito, pois, se limitaram a falar unicamente do que acreditam ser a descentralização. Consta-se a necessidade de uma melhor propagação dessas políticas antes da sua implementação, visto que esse processo vem fazendo parte da construção do Estado democrático, sendo uma proposta cada vez mais frequente nas reformas dos sistemas de saúde.

Neste ínterim, enfatiza-se que, após a implantação da ESF, os profissionais de saúde devem atuar de modo a contemplar não só o indivíduo e sua doença, ofertando um cuidado que vise promover a saúde de toda família e comunidade, principalmente, por meio da prevenção. Neste sentido, a educação em saúde ganha força, uma vez que precisa estar inserida no cotidiano das equipes atuantes na AB, em especial o trabalho do enfermeiro (ROECKER; MARCON, 2011).

Os autores supracitados mencionam ainda que há necessidade de esclarecer os objetivos da ESF relacionados à educação em saúde aos profissionais, estabelecendo assim um processo de capacitação e educação permanente nesta modalidade de trabalho. Esta deve ser contínua durante todo o período de atuação desses profissionais, propiciando a prevenção de doenças e a promoção da saúde da população.

Segundo Aguiar (2010) a educação permanente em saúde (EPS) parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre a *praxis* na rede de serviços. A EPS é a realização do encontro entre o mundo de formação e o do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao processo laboral. Propõe-se, portanto, que a qualificação dos trabalhadores da saúde tenha como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social, objetivando a mudança das ações e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão.

Na perspectiva de mudanças na organização dos serviços, o que em diversos âmbitos seria ideal, percebe-se nas falas dos entrevistados que a descentralização está atrelada ao acesso da população a serviços de alta e média complexidade, que até então, só eram encontrados nos grandes centros urbanos, como ser verificado a seguir:

Bem, eu acredito que o processo de descentralização, é uma forma de organizar o serviço [...] de trazer pra perto do cliente, um atendimento melhor [...] trazer de um grande centro como é o caso “né?” do teste rápido do HIV/AIDS pra mais próximo da comunidade [...] com a descentralização, ele vem pra Unidade Básica de Saúde, o acesso, ele fica ampliado [...] (HAYDEE /M1).

[...] Acho que essa questão da descentralização ela dá acesso, abre um leque maior para que a população tenha mais acesso, para que a população chegue mais a determinados tipos de serviço [...] (WALESKA/M2).

Sendo assim, compreende-se o conceito de acessibilidade nos serviços como grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as características da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde, considerando os limites de espaço e tempo, fazendo com que as facilidades proporcionadas pela instituição possam favorecer o atendimento a clientela. Nesta conjuntura, a descentralização apresenta-se como uma nova proposta de modelo que prioriza a promoção da saúde, por meio de práticas que reorientam as políticas de saúde e a organização desses serviços (CLEMENTINO; MIRANDA, 2010).

Todavia, para que haja uma descentralização pautada na divisão do poder decisório sobre assuntos de interesse comum, a participação política da sociedade civil é determinante, e a sua consolidação provoca acessibilidade legítima às condições que a viabilizam (NARDI, 2011).

Desse modo, a participação e as contribuições da enfermagem na implementação desse processo tem sido objeto de estudo de alguns pesquisadores, como Borges e Nascimento (2004), que corroboram o valor das ações do enfermeiro, sejam elas administrativas, assistenciais e/ou educativas, frente às transformações advindas, embora tenham enfrentado empecilhos e desafios, num movimento histórico e dinâmico, muitas vezes envolto num contexto desfavorável.

Mediante o exposto, é imprescindível a busca pelo conhecimento, o que pode ser oportunizado por meio da EPS, tendo em vista as características gerais do processo de descentralização das ações na AB, sobretudo quando abarca a implementação do teste rápido do HIV, sendo notória a necessidade de capacitação profissional no sentido de propiciar um atendimento de qualidade para a demanda.

5.2.2 Categoria II: Descentralização do teste rápido do HIV na Atenção Básica: realidade ou utopia?

A resposta nacional à epidemia de DST e aids foi marcada pela aumento do acesso a saúde como direito de todos. Neste sentido, importantes avanços foram alcançados, porém, a noção de prevenção ainda não é um direito igualitário em nosso país. Assim, as estratégias de acesso a testagem para o HIV têm sido estruturadas no Brasil visando manter o sigilo, a confidencialidade e a liberdade de escolha como valores essenciais ao processo. Destarte, o MS através do Departamento de Vigilância, Prevenção

e Controle das DST, Aids e Hepatites virais instigou a estruturação dos CTA para que estes estivessem voltados a realização da testagem gratuita, confidencial e anônima, com a adoção da educação em saúde e aconselhamento como ferramentas para redução da vulnerabilidade e do risco de contaminação para os pacientes assistidos (BRASIL, 2010).

Então, considerando a necessidade de expandir o acesso a testagem para além do CTA e garantir a diminuição destes e outros agravos no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais, o MS resolve criar alternativas para melhorar a qualidade e ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência. Assim, através da portaria n 77 de Janeiro de 2012 resolve inserir o serviço de testagem rápida para o HIV e sífilis na a AB como parte da estratégia de descentralização que vem sendo utilizada nos serviços sociais e de saúde em todo Brasil (BRASIL, 2012).

Testes rápidos caracterizam-se como aqueles cuja execução, leitura e interpretação do resultado são realizadas em no máximo 30 minutos, sem que haja necessidade de estrutura laboral, ou seja, aparelhos especializados e estrutura complexa. A leitura do mesmo é feita a olho nu, o que viabiliza um diagnóstico rápido, prático e seguro. Neste ínterim é válido destacar a importância do diagnóstico precoce para uma melhor qualidade de vida dos usuários que obtiverem o resultado positivo (BRASIL, 2010).

Para o alcance das metas de redução da transmissão vertical e outras formas de contaminação do HIV, ressalta-se a importância do envolvimento da AB, visto que este serviço representa a porta de entrada no sistema de saúde e é normalmente o local de procura da população para atendimento, principalmente das mulheres grávidas que buscam o acompanhamento pré-natal (ARAÚJO; VIEIRA; SILVA, 2008).

Porém, a descentralização do teste rápido do HIV para a AB, se entrecruza com estratégias que configuram diversas forças políticas em vários contextos, para que possa ser definitivamente efetivada. Entretanto, comumente tem sido difícil a adoção desse recurso por parte dos municípios e estados do Brasil (NARDI, 2011).

Logo, a chegada do teste rápido do HIV para a AB constitui uma nova e importante ferramenta de cuidado e prevenção para os profissionais que atuam nesse serviço e, para que esse processo se desenvolva de forma a atender satisfatoriamente a demanda dos usuários, é essencial haver conhecimento por parte dos profissionais e da comunidade assistida. Analisando os depoimentos dos enfermeiros quando indagados

sobre a descentralização do teste rápido do HIV para a AB, nos deparamos com uma compreensão ainda limitada:

O meu conhecimento sinceramente, é muito pouco com relação a isso [...] eu não li nada sobre isso [...] eu não sabia sobre teste rápido em atenção Básica, eu nunca tinha ouvido falar sobre isso [...] (EDITH/M1).

Bom, ouvi falar que o Ministério da Saúde irá disponibilizar o teste rápido nas unidades básicas de saúde [...] (ZAÍRA /M2).

[...] é a gente trazer pra próximo da população um exame que ele venha a dar um diagnóstico mais rápido né [...] (HAYDEE/M1).

Frente ao conhecimento ainda embrionário de algo que foi implantado recentemente, alguns municípios já realizam o teste, a exemplo dos investigados nesta pesquisa, embora ainda não seja uma prática vivenciada por todas as unidades que fizeram parte da amostra, como podemos identificar nas falas a seguir:

[...] Quando eu cheguei aqui esse exame ainda não tava nem sendo realizado aqui na unidade básica, eu fiz um treinamento e depois realizei [...] isso só faz o que? Só faz uns dois meses [...] (EDITH/M1).

[...] Bom, recentemente a gente teve uma capacitação justamente para implementar aqui na unidade, até então agente não tinha [...] (LAÍS /M1).

Aqui não é realizado, só na unidade do centro de saúde (ZAÍRA/M2).

Não tem, não é realizado ainda (WALESKA/M2).

Contudo, a descentralização para a consolidação do aconselhamento em DST/HIV e a efetivação do teste rápido para HIV na AB, se faz necessário. Desta forma, em relação a quem realiza o teste rápido, os participantes desta pesquisa responderam ao seguinte questionamento: Quem realiza o teste rápido do HIV na unidade em que você trabalha?

Sou eu, sou eu mesma que faço (EDITH /M1).

Eu que faço (RACHEL/M1).

Sou eu, enfermeira da unidade (LAÍS/M1).

A enfermeira [...] (ISAURA/M1).

No caso aqui, como a gente tem o laboratório no posto, então é realizado pela bioquímica do posto, certo? (HILDA/M2).

Nessa nossa unidade, o profissional capacitado no caso, fui eu, a enfermeira, e que por questões burocráticas, por a falta de um material [...] o frigobar [...] por esse motivo a gente ainda não está fazendo [...] (HAYDEE/M1).

Observa-se nas declarações que o trabalho da enfermagem ganha destaque dentre os profissionais que atuam na AB, no que se refere à realização do teste rápido para detecção do HIV. Sendo o mesmo, enquanto instrumento do processo de trabalho em saúde, aquele que se subdivide em modalidades distintas do cuidar, atuando na assistência, gerencia e ensino, sendo o cuidado o processo mais evidenciado no trabalho do enfermeiro (PERES; CIAMPONE, 2006).

Neste cenário, ressaltamos o papel do Enfermeiro como aquele em que os cuidados devem estar relacionados às questões culturais, sociais e econômicas da população assistida. O mesmo deve ser capaz de interagir com situações que apoiem a integralidade familiar e, ainda precisa lidar com as situações de saúde e doença da família. Conforme trabalha com indivíduos e suas famílias, deve reconhecer e compreender como a saúde de cada membro influencia a unidade familiar, e também o papel desta unidade sobre a saúde de cada indivíduo, incorporando este conhecimento ao plano de cuidados (SANTOS, 2003).

Porém, mesmo com profissionais que tentam atuar de maneira integral e humanizada, a descentralização das políticas e ações em HIV/AIDS tem se transformado em um dos maiores desafios para a sustentabilidade da resposta brasileira ao HIV/AIDS. Enquanto algumas cidades e estados apresentam avanços, outros sofreram retrocessos consideráveis nos serviços de prevenção e assistência (PIMENTA; RAXACH; JÚNIOR, 2011).

De acordo com dados da Secretaria de Saúde do estado da Paraíba, parte das equipes do PSF de 182 municípios paraibanos já implantaram o teste rápido, cujo público prioritário é formado pelas gestantes, que precisam realizar o teste durante a assistência no pré-natal (EUGÊNIO, 2013).

A meta é que até o final de 2013, o teste rápido seja rotina em 100% das equipes do Estado, objetivando reduzir a zero a transmissão vertical do HIV entre outras formas de transmissão da doença. As estatísticas apontam que há 5.672 casos de aids na Paraíba,

pacientes estes que recebem tratamento nos centros de referência localizados em cidades como Campina Grande e a capital do estado, João Pessoa. (EUGÊNIO, 2013).

Ainda vislumbrando o conhecimento acerca da realização do teste rápido do HIV nas unidades que compõem a pesquisa, os colaboradores foram averiguados quanto à realização de capacitação dos mesmos antes da implantação do teste na unidade. Os próximos depoimentos retratam a realidade:

Teve um treinamento é, eu tive um treinamento com uma enfermeira, outros enfermeiros foram treinados pelo estado, alguns né, eu não fui [...] (EDITH /M1).

Sim, recebemos uma capacitação com uma equipe do estado. (RACHEL /M2).

Agente teve a capacitação pra fazer os testes aqui mesmo, é bem simples [...] (LAÍS/M1).

Houve sim, o ano passado nos fomos capacitados [...] (HAYDEE/M1).

Houve, o pessoal de João Pessoa né, da saúde veio deu esse treinamento, foram três dias de treinamento aqui [...] (ISAURA /M1).

Na verdade houve, mas não foi com todas as enfermeiras [...] Eu soube que tinha tido, mas não foi convocado todas as enfermeiras pra fazer (WALESKA/M2).

Verificamos que apesar da maioria dos discursos confirmarem a realização de treinamento para as profissionais, ainda há alguns atuando sem que antes tenha sido realizado treinamento especializado. Isto nos remete a um dos pontos a serem observados antes da realização do teste rápido do HIV na AB, que destaca a importância da capacitação profissional para que este esteja habilitado a realizar o exame. Neste sentido, por seu acúmulo de experiências e conhecimento, os CTA podem contribuir para a capacitação de profissionais de saúde e outros autores, em temas indissociáveis como o aconselhamento (BRASIL, 2010).

Cabe ressaltar que as capacitações nos estados e nos municípios deverão seguir a proposta pedagógica validada pelo MS, com profissionais colaboradores e adaptadas localmente conforme vivência e pactuações, pois somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhoria da qualidade da atenção, é necessário que haja a sensibilização, participação e apoio de todos os atores envolvidos nesse processo, uma vez que eles devem ser capazes de reconhecer o fluxo e os protocolos para o diagnóstico e tratamento desses agravos (BRASIL, 20??)

Por esta razão, percebemos a importância de identificar a forma como estes profissionais estão agindo na prática. Os seguintes discursos revelam uma realidade ainda bastante falha e limitada, principalmente no que tange às etapas que envolvem a realização do teste, visto que a maioria dos entrevistados apenas citou os dias e horários em que disponibilizam o exame para população.

Eu faço agendamento dos pacientes [...] (RACHEL/M1).

É rotina, é rotina, quem procura é disponibilizado todos os dias [...] (ZAÍRA/M2).

A gente tirou um dia, um turno específico pra deixar para fazer esses testes, principalmente gestante que é obrigatório, que é exigido que faça o exame, agente realiza toda quinta-feira de manhã na unidade [...] tem um questionário que a gente faz que fica arquivado aqui na própria unidade pra fazer uma investigação junto com o prontuário do paciente [...] LAÍS/M1).

Aqui na minha unidade eu priorizei a sexta-feira, por ser o dia em que eu to mais tranquila [...] a prioridade é você fazer cinco teste rápido num dia, mais do que isso não é aconselhável, porque fica sendo uma coisa muito corriqueira, eu tenho que conversar, pelo menos foi o que a gente aprendeu no treinamento (ISAURA/M1).

Eu tenho um livro que eu marco pra gestante, mas outras pessoas que quiserem fazer, [...] eu faço o aconselhamento pré-teste, realizo o exame, explico direitinho como é que é feito, aí como é teste rápido, agente sabe o resultado no mesmo dia, ela fica aguardando, faço o aconselhamento pós-teste, enfatizando sempre a importância da prevenção do, do HIV [...] é incrível como as gestantes não sabem o que é HIV/AIDS eu começo com a pergunta, o que é HIV/AIDS? Aí ela diz, é uma doença que não tem cura, mas não sabe dizer mais nada, o conhecimento é muito pequeno, então esse teste é uma oportunidade pra gente orientar com relação a isso (EDITH/M1).

Embora tenha sido citado de forma breve por alguns dos entrevistados, não foi possível identificar o cuidado em atender a proposta do MS, principalmente no que se refere à captação precoce destes sujeitos (busca ativa); acolhimento; aconselhamento pré e pós-teste; entrega do resultado; encaminhamentos e, referência nos casos em que houver a necessidade de garantia da continuidade da assistência (BRASIL20??).

Convém destacar que, para realização do teste rápido, é necessário que o profissional conheça os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e os registros necessários, além das medidas de proteção individual e coletiva que devem ser adotadas para que ele possa trabalhar com segurança, é importante que previamente seja realizado o preparo do ambiente, material e do profissional a executar o teste (BRASIL, 2010).

A portaria SVS/MS nº 151 de 14/10/2009 determina que as instituições de saúde, utilizem o fluxograma para o diagnóstico rápido da infecção pelo HIV em situações especiais. O diagnóstico deve ser iniciado com a utilização de um teste rápido -TR- 1, se TR-1 for não reagente, o profissional emite o laudo identificando o resultado e o mesmo é liberado após as orientações necessárias, nos casos em que a amostra for reagente no TR-1, deverá ser submetida a um segundo teste TR-2, se esta amostra também for reagente, após feita a interpretação dos dois teste conjuntamente, o laudo terá resultado definido como “Amostra reagente para HIV”, os resultados discordantes entre TR-1 e TR-2 não terá resultado definido e o laudo não será liberado, nestes casos haverá necessidade de repetição do teste (BRASIL, 2010).

Outra limitação evidenciada refere-se ao conhecimento dos usuários do serviço, sendo um dos fatores que também impedem a realização efetiva desse serviço no campo da AB. Haja vista a importância da promoção à saúde, por meio das práticas educativas, é relevante que essas ações sejam realizadas de forma a estimular a busca pelo conhecimento, tanto por parte dos profissionais quanto por parte da população. Dentre elas, destacam-se a realização de reuniões, palestras e visitas domiciliares, de forma que possa haver esclarecimento de dúvidas e disseminação de informações.

5.2.3 Categoria III: Revelando as potencialidades e fragilidades da descentralização do teste rápido do HIV para a Atenção Básica

Na saúde, discutir descentralização gera certos desconfortos, visto que as novas responsabilidades municipais com a gestão do sistema de saúde solicitam a inclusão da avaliação como elemento do processo de planejamento para que haja a capacidade de subsidiar as tomadas de decisões e auxiliar nas iniciativas voltadas para a mudança do modelo assistencial (PIMENTA; RAXACH; JÚNIOR, 2011).

Segundo Ugá et al. (2003), a despeito das atribuições necessárias para que se possa fazer uma avaliação desse processo, alguns aspectos importantes precisam ser investigados. Dentre os quais se destacam a disponibilidade distribuição de recursos (cobertura, acesso e equidade); efeito das ações (eficácia, efetividade e impacto); custos; adequação das ações ao nível de conhecimento dos profissionais envolvidos (qualidade técnica e científica) e ainda a percepção dos envolvidos (satisfação e aceitabilidade de profissionais e usuários).

Perante o exposto, verifica-se a percepção dos enfermeiros a respeito da descentralização do teste rápido do HIV para a AB nos seguintes discursos:

Eu acho importantíssima essa descentralização [...] vai ser melhor pra o paciente, já que ele está aqui na AB [...] aí ele faz o exame na própria área dele, na própria unidade em que ele está inserido [...] (EDITH/M1).

Eu acredito que vem a contribuir bastante com o serviço, porque diminui a demanda só num ambiente [...] vem pra unidade que tem conhecimento já, já tem mais contato com o pessoal [...] (LAÍS /M1).

Faz com que a pessoa, ela procure a unidade de referência aonde ela já faz tratamento. Aonde ela já é acompanhada pela equipe, pelo agente comunitário de saúde, e venha para aquelas pessoas que ele tenha confiança [...] (HAYDEE/M1)

Eu acho que é muito importante, como eu disse a você, pra população ter acesso, quanto mais fácil tiver pra eles, fácil que eu digo é tanto a questão da convivência de ir no posto de saúde fazer o teste né [...] (WALESKA/M2).

Partindo desse pressuposto, é notório o entendimento destes profissionais no que concerne a descentralização do teste rápido do HIV para a AB como um componente fundamental na consolidação e na oferta de uma atenção integral e ampliada à população, com vistas à reorganização dos sistemas locais de saúde, inspirada nos princípios da integralidade, equidade, descentralização hierarquização e participação popular. (BARBOSA et al., 2010).

Dentre as justificativas apontadas, a maioria dos entrevistados descreve a facilidade de acesso dos usuários ao serviço por meios da AB como uma potencialidade desta política de saúde pública, como pode ser constatado nas menções a seguir:

Pra fazer o teste no laboratório é bem mais complicado, tem uma serie de burocracia, uma série de complicação e muita gente desiste no meio do caminho [...] (WALESKA/M2).

Uma coisa é você que já é um paciente, chegar pra mim e contar um problema seu [...] outra coisa é eu lhe dizer: vou te encaminhar lá pro laboratório, aí você chega com a requisição anti-HIV, aí o pessoal já olha assim, existe um preconceito muito grande, aí tem que passar pela menina que marca o exame, pela menina que vai colher o exame e pela bioquímica que vai analisar, então são várias pessoas envolvidas né (WALESCA /M2).

Conferir os efeitos de ações de saúde em um sistema operacional, ou seja, avaliar a sua efetividade constitui-se como um problema complexo para os profissionais que atuam neste serviço, contudo, pode também revelar indiretamente a efetividade de uma

prática nova, pois em meio a diversidade de desafios trazidos pela descentralização dos serviços na saúde pública. É importante destacar a complexidade e a variedade de respostas que esse trabalho pode fornecer, considerando não somente os aspectos clínicos, mas também os impactos sociais (MAUHS, 2006).

É visto que as falas anteriores enfatizam a importância desse processo, revelando também a satisfação dos profissionais em melhor assistir a sua comunidade. No entanto, alguns colaboradores da pesquisa manifestaram certo nível de insatisfação ao apontarem a falta de colaboração e apoio por parte de outros profissionais, conforme a sequência de relatos:

Falando francamente, eu não gostei [...] eu acho que a AB ainda não ta preparada para receber esse teste [...] quando eu fiz a capacitação agente tinha que ter uma psicóloga, uma assistente social, porque no caso se der positivo o que é que eu vou dizer aquela pessoa? eu tô preparada unicamente para fazer o teste [...] mais aí se der positivo eu não tenho apoio nenhum [...] eu acho que eu deveria ter dentro da minha unidade pra me apoiar, eu não achei correto de jeito nenhum (ISAURA/M1).

Só pode ser a enfermeira que faz esse teste, nem o médico ele entra pra fazer, um outro ponto que eu acho errado já que eu trabalho numa equipe, eu acho que o médico ele tem que ta me apoiando também nesse teste [...] (ISAURA /M1).

Penso logo na possibilidade de ter que dar um diagnóstico positivo, aí é complicado [...] (ZAÍRA/M2).

São evidenciadas questões importantes, as quais revelam fragilidades nesse método. Para Pasche et al. (2006), as diversidades regionais, a desigualdade de capacidades e a discrepância entre as atribuições técnicas das equipes de saúde, seja na equipes locais ou nas secretarias estaduais de saúde, determinam um processo de descentralização bastante heterogêneo, com avanços significativos em algumas regiões e por vezes significativamente fragmentadas em outras.

Na verdade ainda há lacunas imensuráveis no que concerne ao conhecimento destes profissionais, visto que, apesar de reconhecerem a importância deste serviço, não foi observada nos discursos a preocupação por parte dos mesmos no tocante as etapas que permeiam a realização do teste.

Merece ênfase a relevância da escuta qualificada para identificação das necessidades individuais; o encaminhamento resolutivo, inclusive a articulação com outros pontos de atenção; a criação de um ambiente propício para confiança e diálogo, de forma a estabelecer vínculos de adesão ao serviço; o apoio emocional durante todo processo de

testagem; o repasse de informações que contribuam numa possível tomada de decisão imediata; além da promoção a saúde, sob a forma de orientações para a adoção de práticas de cuidado e de prevenção (BRASIL, 2012).

Vale salientar que, outros estudos ao avaliarem a descentralização, mostram que alguns obstáculos devem ser enfrentados para sua efetivação, indicando a obrigatoriedade de ampliar a interação dos sujeitos envolvidos nesse cuidado específico, apontando as parcerias como alternativas para o aprimoramento da assistência. O grande desafio parece estar na constituição de um sistema integrado, que vai desde o âmbito das ESF até os gestores nas três esferas do governo, visando a garantia de uma atenção pautada na qualidade das práticas, sem que haja interferências de fatores políticos ou individuais (LAVRAS, 2011).

Torna-se cada vez mais claro que inúmeros são os desafios para que se possa viabilizar a realização dos testes rápidos de forma a atender satisfatoriamente as demandas da população. É inegável o quão é categórico o papel dos governantes e dos profissionais envolvidos neste processo, pois os mesmos podem contribuir incisivamente para uma prática adequada, quando apoiam medidas e capacitam os profissionais e, por outro lado, podem interferir de maneira negativa, sobretudo quando não disponibilizam os recursos necessários para efetivação desta importante conduta.

Refletir e apontar soluções para essas questões seria qualificar a descentralização, afinal descentralizar não significa excluir níveis mais centrais de suas responsabilidades, mas sim congregar ações. Para tanto, é preciso também construir a definição de políticas e metas, com a finalidade de melhorar a avaliação dos processos.



6 Considerações Finais

O objetivo almejado no estudo foi alcançado, o qual investigou o conhecimento e a percepção de enfermeiros atuantes na AB de dois municípios do curimataú paraibano, no que se refere à aplicabilidade da descentralização do teste rápido do HIV para AB, uma vez que esta política pública social vem se apresentando como importante estratégia de reorganização dos serviços de saúde por todo país.

A compreensão das mudanças ocorridas ao longo dos últimos anos com o processo de descentralização em alguns serviços de saúde, especialmente no que tange ao teste rápido para o diagnóstico do HIV, foi de suma importância para a realização deste trabalho. Constataram-se avanços e conquistas na implementação de ações programáticas em saúde, entretanto existem ainda fragilidades no âmbito das dimensões organizacionais, operacionais e de sustentabilidade.

Desse modo, a descentralização das políticas e ações em HIV/AIDS tem se transformado em um dos maiores desafios para a resposta brasileira a este agravo. Enquanto algumas cidades e estados apresentam avanços, outros sofrem retrocessos consideráveis nos serviços de prevenção e assistência.

Ao ouvir os relatos dos enfermeiros que compuseram a amostra desta pesquisa, foi possível entender o universo de diferentes questões que permeiam a efetividade desse processo, principalmente quanto à necessidade da avaliação prévia das condições dos serviços de saúde no Brasil, a capacidade dos estados e municípios em prover a manutenção de suas atribuições e a perspectiva dos profissionais, antes que uma nova proposta seja lançada. Constatou-se a existência de um conhecimento bastante limitado e ainda, foi possível averiguar as potencialidades e fragilidades observadas e apontadas pelos profissionais da Enfermagem em seus depoimentos.

Na primeira categoria, analisou-se a compreensão dos profissionais da Enfermagem que atuam na AB acerca do processo de descentralização e de sua aplicabilidade neste âmbito. Constataram-se opiniões diversas e, para alguns dos entrevistados a descentralização está atrelada a divisão de responsabilidades entre os setores públicos que administram as políticas públicas de saúde. Para outros, o conceito de acessibilidade está intrinsecamente ligado a esse novo modelo de atenção à saúde. Evidenciou-se um conhecimento restrito por parte dos mesmos, o que remete a relevância da capacitação desses profissionais por meio da EPS.

Considerando os discursos da segunda categoria, a qual buscou o conhecimento da realidade dos serviços investigados no tocante à realização dos testes rápidos do HIV,

comprovou-se que, mesmo frente ao conhecimento limitado desses profissionais, alguns municípios já realizam o teste em suas unidades e o Enfermeiro se configura como peça-chave neste processo.

Ainda nessa categoria, foram reveladas falhas nas etapas da implantação dessa política, visto que, a capacitação dos mesmos é de suma importância para que eles possam atuar ofertando uma assistência de qualidade à população. Destaca-se a não realização do acolhimento e aconselhamento pré e pós-testes.

A terceira categoria evidenciou a percepção dos enfermeiros acerca da descentralização do teste rápido do HIV para a AB, quando a maioria apontou que a realização do teste na AB é um componente fundamental na consolidação e na oferta de uma atenção integral e ampliada à população. Pontuaram o acesso fácil da população a ESF como uma potencialidade dessa estratégia.

Outros depoimentos foram cruciais para a identificação das fragilidades do processo. Estes assinalaram a necessidade de apoio por parte de outros integrantes da equipe, sendo perceptível a insatisfação destes profissionais em ainda estarem trabalhando sozinhos. Na verdade, obstáculos ainda precisam ser enfrentados na busca da construção de um sistema integrado, visando à garantia de uma assistência pautada na qualidade das práticas.

Por ser um tema novo, evidenciou-se a escassez de estudos voltados à compreensão do processo de descentralização do teste rápido anti-HIV na AB. Neste sentido, espera-se que o presente estudo possa servir de ferramenta na construção de melhorias e que as informações contidas nesse documento sejam úteis a gestão, profissionais e estudiosos desta área.

Infere-se que é fundamental inserir, efetivamente, a proposta da educação permanente em saúde na prática do serviço, a fim de subsidiar o processo de descentralização do sorodiagnóstico para o HIV na AB. Assim, é inegável a necessidade de ir além à busca pela percepção dos outros atores envolvidos na implantação desse processo. Inúmeros são os desafios, contudo, afirmar a integralidade das ações implementadas, visando uma maior cobertura da detecção precoce da infecção pelo HIV se faz mister. Os gestores e profissionais da AB precisam assumir uma consciência transformadora, considerando as potencialidades locais.



Referências

- AGUIAR, R. A.T. **A Universidade e as políticas de educação permanente para a Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso.** 2010. 216 p. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação, Minas Gerais, 2010.
- ALMEIDA, R. C. B. **A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral.** 2004. 173 p. Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde, UFPR, Curitiba, 2004.
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da família em Fortaleza, Ceará. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, 13 (6): 1899-1906, 2008.
- ARAÚJO, M. A.L.; VIEIRA, N. F. C.; SILVA, R. M. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de saúde da família em Fortaleza, Ceará. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, 13(6):1899-1906, 2008.
- ARAÚJO, M. F. S.; OLIVEIRA, F. M. C. A atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. CAOS- **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, nº14, pág. 03-04, ISSN 1517-6916, set. 2009.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**. 8 (2): 331-345, 2003.
- BARBOSA, M. C. L. et al. Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de Saúde da Família. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília (DF), 19(4):347-354; out./dez., 2010.
- BORGES, M. A. S. F.; NASCIMENTO, M. A. A. A Enfermeira no processo de descentralização do Sistema de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.** nov/dez; 57(6): 666-70, Brasília (DF), 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV: Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil.** Departamento de DST, Aids e Hepatites virais, 98 p. Brasília, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica. 18 p. (no prelo) Brasília, 20???. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/orientacoes_implantacao_testes_rapidos_hiv_sifilis>. Acesso em: 06 set.. 2013, 22:10:30
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 77, de 12 de Janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Seção 1, p. 43-44 Brasília, 13 jan. 2012.
- _____. **A ONU e a resposta à AIDS no Brasil.** Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV-AIDS (UNAIDS). 2ª ed, 56 p. Brasília, 2010.
- _____. Biblioteca Virtual em Saúde. “**Aids: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento**”. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf Acesso em: 12 dez. 2012, 16:10:24.

_____. Constituição (1988). **Constituição República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; Centro Gráfico. p. 292. 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica**. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/fiquesabendo/>. Acesso em: 18 fev. 2013, 20:17:24.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids- DST (Versão Preliminar)**. Ano IX – nº 01 até semana epidemiológica 26ª – junho de 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2012/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2012> Acesso em: 16 dez. 2012, 20:43:12.

_____. Ministério da Saúde. **Desprecariza SUS: perguntas e respostas**. Série C: Projetos, Programas e Relatórios, 36 p. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil**. 1ª ed, 69 p. Brasília, 2010.

_____. Ministério da saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**; Série A: Normas e manuais Técnicos (Cadernos de Atenção Básica - nº 08). 197 p. Brasília, 2006.

_____. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E: Legislação em saúde, 110 p. Brasília, 2012.

_____. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**; Série A: Normas e manuais Técnicos (Série pactos pela Saúde). Volume 4, 60 p. Brasília, 2006.

_____. Ministério da saúde. **Realização do teste Rápido para HIV e sífilis na atenção Básica e Aconselhamento em DST/Aids (Curso)**. Rede cegonha, 100 p. Brasília, 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 fev. 2013, 14:20:12.

_____. **Resolução CNS nº 196/1996, de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e dá outras providências, 1996.

_____. **Resolução COFEN nº 311/2007, de 12 de maio de 2007**. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para a aplicação na jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem, e dá outras providências, 2007.

_____. Resolução nº466/2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2013, 14:34:10

CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas Unidades de Saúde da Família. **Rev. Enferm. UFRJ**, out./dez.; 18(4): 584-90, Rio de Janeiro, 2010.

CORRÊA, A. C. P.; ARAÚJO, E. F.; RIBEIRO, A. C.; PEDROSA, I. C. F. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá-Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.**, jan.-mar. 14 (1): 171-80. 2012.

COUTINHO, J. C. Anexo do Projeto de Lei da Câmara nº6193 de 2002. Dispõe sobre o piso salarial dos Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=45047>

Acesso em: 10 ago. 2013, 22:23:40.

DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev. Saúde Pública**. 40 (Supl): 9-17, 2006.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de saúde da Família em Marília/SP. **Rev. Enferm. USP**, 40(4):633-9; São Paulo, 2006.

EUGÊNIO, Marcos. **PSF de 186 municípios paraibanos já implantaram teste rápido de HIV** 02 Julho 2013. Disponível em:

<http://garimpendopalavras.blogspot.com.br/2013/07/psf-de-186-municipios-paraibanos-ja.html> Acesso em: 11 set. 2013, 22:13: 10

FERNANDES, S. J.; et al. Qualidade de vida dos Enfermeiros das equipes de saúde da Família: A relação das variáveis sociodemográficas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, jul.-set. 19 (3):434-42, 2010.

FERRARI, R. A. P.; THOMPSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n2, p. 102-108, jul./dez. 2005.

FERRAZ, L. N. S.; SANTOS, A. S. O programa de Saúde da Família e o Enfermeiro: atribuições previstas e realidade vivencial. **Saúde Coletiva**, vol. 4, num. 15, mai.-jun., PP 89-93, Editorial Bolina, Brasil, 2007.

FUREGATO, A. R. F. Enfermeiras do Brasil: história das pioneiras. **Rev. Latino-Americano Enfermagem**, jan.-fev.; 16 (1), 2008.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: Agenda de construção de uma epidemia**. 1. Ed. São Paulo: Ed. 34, 256 p, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRANGEIRO, A. et al. Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à AIDS no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. **Rev. Tempus Actas em Saúde Coletiva**; v. 4, n. 2., 2010.

GRANGEIRO, A; SILVA, L. L.; TEIXEIRA P. R. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev. Panam Salud Publica**. 26(1): 87-94, 2009.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 22, n. 2, p. 201-210, mai/ago 2006.

JÚNIOR, O. G. A.; PASSOS, G. O. Determinantes da descentralização da política de saúde no Brasil. **Rev. Sociedade em Debate**, 16 (2): 111-133, jul.-dez./2010.

JÚNIOR, P. R. B. S. **Oportunidades perdidas de redução de aids adquirida por transmissão vertical no Brasil**. 2004. 88 p. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

LANDIN, E. L. A. S. **Descentralização da gestão do Programa de DST/AIDS no Estado do Bahia**: Desafios para o município como território de práticas de saúde. 2008. 145 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Escola de Administração, UFBA, Salvador, 2008.

LAVRAS, C. C. C. **Descentralização e Estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS**. In: IBANES, P.; SEIXAS, P. Política e Gestão Pública em Saúde. Editora HUCITEC, Cap. 13, 2011.

LEITE, J. L. et al. AIDS vinte quatro anos de luta. Enfermeria Global. **Revista Electrónica de Enfermería**, nº 9 – 2006.

MARTINS, G. A. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. São Paulo: Atlas; 2003.

MAUHS, J. **Dificuldades relacionadas à formação e suporte de grupos de apoio a indivíduos HIV soropositivos no contexto do Programa Saúde da Família**. 2006. 69 p. Monografia (Graduação) – Instituto de Ciências da Saúde, Centro Universitário Feevale, Novo Hamburgo, 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec; abrascos, 2006.

NARDI, L. E. Descentralização na gestão de políticas municipais de educação: democratização e afirmação de projetos locais. **Cadernos de educação FaE/PPGE/UFPel**, Pelotas, (39): 107- 134, mai./ago., 2011.

NUNES, J. B. A.; STURZA, J. M. O espaço local e a descentralização da saúde: elementos basilares para a (re) democratização do estado e conquista da cidadania. **Rev. USCS – Direito** - ano X - nº. 21 jul.-dez./2011.

PALÁCIO, M. B.; et al. O cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência **Rev. Psico**, Porto Alegre, p. 350-367, jul.-set./2012.

- PASCHE, D. F.; et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panam Salud Publica/ Pan Am J public Health** 20 (6), 2006.
- PEDRÃO, R. B.; BERESIN, R. O Enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Einstein - HIAL**, São Paulo, 8 (1Pt 1):86-91, 2010.
- PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do Enfermeiro. **Rev. Texto e Contexto Enferm.** jul./set; 15(3):492-9, 2006.
- PIMENTA, C.; RAXACH, J. C.; JÚNIOR, V. T. Descentralização das Políticas e Ações em Saúde: impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. In: Simpósio 01 e 02 de julho, 1010, Rio de Janeiro, **Anais... ABIA**, 64 p. 2011.
- PINTO, A. C. S. et al. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. **DST – J bras. Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 19 (1): 45-50, 2007.
- PINTO, 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. Enf. USP**, São Paulo, 44(3): 657-64, 2010.
- RIOS, M. A.; et al. Aspectos do mercado de trabalho do profissional Enfermeiro no Brasil. In: Memórias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. **La Habana** 3-7, ISBN 978-959-212-811-8, 2012.
- RODRIGUES, R. A. P.; et al. Pós graduação em Enfermagem no Brasil e no Nordeste. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 28(1):70-8, 2007.
- ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: O significado e a práxis dos Enfermeiros. **Esc. Anna Nery** (impr.) out.- dez. 15(4): 701-709, 2011.
- SALGADO, A. P. A.; ROCHA, R. M.; CONTI, C. C. O Enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. **Rev. Enferm. UERJ**, abr./jun; 15(2):223-8 p. 223, Rio de Janeiro, 2007.
- SAMPAIO, J. **A construção de novas políticas públicas como caminho para a prevenção da AIDS**. 2006. 222 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.
- SANTOS, M. Atribuições legais do enfermeiro no programa Saúde da Família: dificuldades e facilidades. **Boletim da Saúde**, v.17, n. 2, jul./dez., Porto Alegre, 2013.
- SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da Família **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, 13(26): 1923-1932, 2008.

SILVA, J. A. S.; et al. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/AIDS: uma revisão da literatura **Rev. O mundo da Saúde**, São Paulo, 34(1): 103-108, 2010.

SILVA, S. M. B. **Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA**: caminhos e trilhas em construção. 2004. 130 p. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) – programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, UFRJ, Rio de Janeiro, 2004.

SIMÃO, M. G. **HIV/AIDS no Brasil**: provimento de prevenção em um sistema descentralizado de saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais., 2011.

Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50294/hiv_aids_no_brasil_portugues_doc_85374_1_pdf_24925.pdf. Acesso em: 10 dez. 2012, 23:32:42.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S193-S201, 2008.

UGÁI, M. A.; et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, 8(2):417-437, 2003.

ZOBOLI, E. L.C. P. **Bioética e Atenção Básica**: Um estudo de ética descritiva com Enfermeiros e Médicos do Programa Saúde da Família. 2003. 253 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.



Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada “A descentralização do teste rápido do HIV para a atenção básica sob a ótica de enfermeiros”. Está sendo desenvolvida por Edjancley Teixeira de Lima, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG sob a orientação da Professora MsC. Janaína von Söhsten Trigueiro. A mesma apresenta os seguintes objetivos: Analisar, na percepção dos enfermeiros, o processo de descentralização do teste rápido do HIV para as unidades básicas de saúde de dois municípios do Curimataú paraibano, traçar o perfil sociodemográfico dos enfermeiros, analisar o conhecimento dos enfermeiros com relação à descentralização do teste rápido do HIV, investigar se há aplicação do teste rápido do HIV nas referidas Unidades Básicas de Saúde e verificar se houve capacitação dos enfermeiros no que diz respeito à descentralização do teste rápido do HIV.

A sua participação será importante para a realização dessa pesquisa, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista, o (a) senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre dados pessoais e sobre a descentralização do teste rápido do HIV para as Unidades Básicas de Saúde. Os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

Os pesquisadores¹ estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessário.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma copia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Cuité, ____/____/2013.

Janaína von Söhsten Trigueiro
Pesquisador responsável

Participante da Pesquisa

Edjancley Teixeira de Lima
Pesquisadora

¹ **Endereço profissional da pesquisadora responsável:** Telefone (83) 33721900; e-mail: janavs_23@hotmail.com; Endereço profissional: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde – CES, Rua: Olho D’Água da Bica S/N Cuité – Paraíba – Brasil CEP: 58175-000.

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	
Sexo	Masculino () Feminino ()
Faixa Etária	< de 18 () 18 a 24 () 25 a 35 () 36 a 50 () > 60 ()
Estado Civil	Solteiro () Casado () Viúvo () Outros ()
Religião	Católico () Protestante () Outro (): _____
Pós-Graduação	Sim () Não () Se sim, em que área: _____
Renda Mensal	< 1 Salário mínimo () Entre 2 e 3 Salários () > 3 salários ()
Tempo de atuação na Atenção Básica	Menos de 1 ano () Entre 1 e 3 anos () Acima de 3 anos ()
2 QUESTÕES NORTEADORAS DO ESTUDO	
1) Como profissional da AB, o que você entende por descentralização?	
2) O que você sabe sobre a descentralização do teste rápido do HIV para as AB?	
3) Quem realiza o teste rápido do HIV na unidade em que você trabalha?	
4) Como está sendo realizado o teste rápido do HIV?	
5) Houve algum tipo de capacitação/treinamento antes da implantação deste serviço na Unidade?	



Anexos

ANEXO A**TERMO DE AUTORIZAÇÃO I**

Ilmo. Sr. Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário Municipal de Saúde de Cuité-PB

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda Edjancley Teixeira de Lima, matrícula nº 5082200120, CPF nº 049.438.954-09, está realizando uma pesquisa intitulada por “**A descentralização do teste rápido do HIV para a Atenção Básica sob a ótica de Enfermeiros**”, sob orientação da professora MsC. Janaína von Söhsten Trigueiro, a qual necessita coletar dados que subsidiem este estudo junto aos órgãos competentes por esses serviços como as equipes da Estratégia de Saúde da Família do referido município.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso da graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização no relatório final da investigação do nome dos órgãos já citados. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso bem como para a publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente.

Cuité, _____ de _____ de 2013.

Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B**TERMO DE AUTORIZAÇÃO II**

Ilma. Sr^a. Maria Lúcia Dantas Xavier
Secretária Municipal de Saúde de Picuí-PB

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda Edjancley Teixeira de Lima, matrícula nº 5082200120, CPF nº 049.438.954-09, está realizando uma pesquisa intitulada por “**A descentralização do teste rápido do HIV para a Atenção Básica sob a ótica de Enfermeiros**”, sob orientação da professora MsC. Janaína von Söhsten Trigueiro, a qual necessita coletar dados que subsidiem este estudo junto aos órgãos competentes por esses serviços como as equipes da Estratégia de Saúde da Família do referido município.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso da graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização no relatório final da investigação do nome dos órgãos já citados. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso bem como para a publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente.

Picuí, _____ de _____ de 2013.

Maria Lúcia Dantas Xavier
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO C**TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES**

Declaramos, para os devidos fins de direito, que a pesquisa intitulada “**A descentralização do teste rápido do HIV para a Atenção Básica sob a ótica de Enfermeiros**” que será realizada pela aluna Edjancley Teixeira de Lima sob orientação da Prof^a MsC. Janaína von Söhsten Trigueiro, cumprirá fielmente as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que asseguram os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Desse modo, reafirmamos 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 participante, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta.

Cuité, _____ de _____ de 2013.

Edjancley Teixeira de Lima
(Orientanda - Pesquisadora)

Janaína von Söhsten Trigueiro
(Pesquisadora responsável)

ANEXO D**TERMO DE SUBMISSÃO DO PROJETO DE TCC NA PLATBR**

Declaro, para fim de proceder à submissão na PLATBR do Projeto de Pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna Edjancley Teixeira de Lima, intitulado “**A descentralização do teste rápido do HIV para a Atenção Básica sob a ótica de Enfermeiros**”, que foram realizadas todas as modificações propostas pela Banca Examinadora e aprovadas pela aluna, autora do trabalho e sua orientadora, estando o mesmo pronto para submissão a PLATBR para apreciação ética nesse Comitê de Ética em Pesquisa, aguardando o pronunciamento deste, para o início da pesquisa.

Eu, Janaína von Söhsten Trigueiro, Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso em foco, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cuité, _____ de _____ de 2013.

Prof^ª. Janaína von Söhsten Trigueiro
Mestre em Enfermagem
Curso de Bacharelado em Enfermagem
Universidade Federal de Campina Grande- Campus Cuité

ANEXO E