

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA  
PÚBLICO DE SAÚDE

Karla de Souza Maldonado da Silva

**IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA NA ATENÇÃO  
BÁSICA DE SAÚDE PARA UM ATENDIMENTO LIVRE DE  
PRECONCEITO AO PACIENTE SOROPOSITIVO PARA HIV**

Santa Maria, RS.  
2017

**Karla de Souza Maldonado da Silva**

**IMPORTANCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA NA ATENÇÃO BÁSICA DE  
SAÚDE PARA UM ATENDIMENTO LIVRE DE PRECONCEITO DO PACIENTE  
SOROPOSITIVO PARA HIV**

Trabalho de Conclusão de Pós-Graduação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Crônico-Degenerativo, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde.**

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sandra Beck

Santa Maria, RS.  
2017

**Karla de Souza Maldonado da Silva**

**IMPORTANCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA NA ATENÇÃO BÁSICA DE  
SAÚDE PARA UM ATENDIMENTO LIVRE DE PRECONCEITO DO PACIENTE  
SOROPOSITIVO PARA HIV**

Trabalho de Conclusão de Pós-Graduação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Crônico-Degenerativo, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde.**

**Aprovado em 01 de fevereiro de 2017:**

---

**Farm. Prof. Dr. Sandra Beck (UFSM)**  
(Presidente/Orientador)

---

**Enf. Dr. Verginia Rossato (HU-UFSM)**

---

**Farm. Me. Laura Vielmo (HU-UFSM)**

Santa Maria, RS  
2017

## RESUMO

### **IMPORTANCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE PARA UM ATENDIMENTO LIVRE DE PRECONCEITO DO PACIENTE SOROPOSITIVO PARA HIV**

AUTORA: Karla de Souza Maldonado da Silva  
ORIENTADORA: Farm. Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sandra Trevisan Beck

Após intervenção realizada na forma de palestra informativa para 56 profissionais que atuavam junto a três ESF da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, em outubro de 2016 foi realizado um estudo transversal, descritivo, sendo este um recorte do projeto de pesquisa e intervenção intitulado “HIV/AIDS e Preconceito”, desenvolvido por residentes de três núcleos profissionais, caracterizando-os uma equipe multiprofissional: farmácia, nutrição e psicologia. O objetivo foi analisar o grau de conhecimentos básicos sobre a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, verificando a existência de preconceito associado ao vírus da imunodeficiência humana ou a síndrome da imunodeficiência adquirida entre profissionais atuantes em Estratégias da Saúde da Família. Antes da palestra informativa abordando aspectos básicos sobre a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, tratamento e o preconceito existente, foi aplicado um questionário para avaliar o conhecimento prévio sobre o tema. Após, a equipe multiprofissional realizou palestra informativa abordando os aspectos citados, e novo questionário foi aplicado para verificar o impacto da intervenção. Verificou-se que o conhecimento sobre o tema entre os indivíduos participantes foi satisfatório, pois apenas 14,3% apresentaram grau de acerto inferior a 70%, contudo este conhecimento não foi homogêneo entre alguns segmentos profissionais. O preconceito não foi admitido pela maioria dos participantes, embora tenham considerado que a palestra alterou a forma de ver a Pessoa Vivendo Com HIV/AIDS, o que leva a concluir que a intervenção atingiu o objetivo proposto de esclarecer e minorar preconceitos velados.

**Palavras-chave: HIV; Preconceito; Pessoal de saúde.**

**ABSTRACT****IMPORTANCE OF CONTINUOUS EDUCATION IN HEALTH FOR THE CARE OF HIV-POSITIVE PATIENT WITHOUT PREJUDICE**

AUTHOR: Karla de Souza Maldonado da Silva  
ADVISOR: Sandra Beck

After an intervention carried out in the form of an informative lecture for 56 professionals who worked with three family health strategies in the city of Santa Maria, RS, a transversal, descriptive study was carried out in October 2016. This study is a cut of the research and intervention project entitled "HIV/AIDS and Prejudice", developed by residents of three professional areas, characterizing them a multiprofessional team: pharmacy, nutrition and psychology. The objective was to analyze the level of basic knowledge about HIV infection, verifying the existence of HIV/AIDS-related prejudice among professionals working in family health strategies. Before informative lecture addressing basic aspects of HIV infection, treatment and the existing prejudice, a questionnaire was used to assess prior knowledge on the subject. Afterwards, the multiprofessional team gave an informative lecture addressing the mentioned aspects, and a new questionnaire was applied to verify the impact of the intervention. It was verified that the knowledge about the subject among the participants was satisfactory, since only 14.3% presented a degree of success of less than 70%, but this knowledge is not homogeneous among some professional segments. The prejudice was not admitted by most participants, although they considered that the lecture changed the way to see the person living with HIV/AIDS, which leads to the conclusion that the intervention has achieved the proposed aim to clarify and reduce veiled prejudices.

**Keywords:** HIV; Prejudice; Health Personnel.

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 -	Nível de conhecimento entre os diferentes profissionais de saúde avaliados antes da intervenção multiprofissional em três ESF de Santa Maria, RS.....	21
Figura 2 -	Índice de acerto referente à prevenção da transmissão do HIV entre os profissionais atuantes em ESF de Santa Maria, RS.....	22
Figura 3 -	Nível de conhecimento entre as diferentes áreas profissionais avaliadas antes da intervenção multiprofissional em ESF de Santa Maria, RS.....	23
Figura 4 -	Número de profissionais com conhecimento deficiente relacionado à prevenção/tratamento da infecção pelo HIV nas equipes de saúde de ESF em Santa Maria, RS.....	24
Figura 5 -	Impacto da intervenção relacionado ao preconceito com indivíduos portadores do HIV, realizada em três ESF de Santa Maria, RS.....	25
Figura 6 -	Mudança no olhar a pessoas vivendo com HIV/AIDS entre os profissionais onde o preconceito não foi alterado pela intervenção realizada nas equipes de saúde de ESF em Santa Maria, RS.....	26

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 -	Relação entre o preparo para acolhimento e preconceito entre os profissionais de saúde atuantes em ESF de Santa Maria, RS.....	22
Tabela 2 -	Impacto causado pela intervenção dos residentes multiprofissionais em relação a diferentes aspectos abordados sobre a infecção pelo HIV nas ESF em Santa Maria, RS.....	23
Tabela 3 -	Aspectos mais relevantes da intervenção de acordo com as diferentes profissões nas ESF de Santa Maria, RS.....	25

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégias da saúde da família
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NEPeS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
RS	Rio Grande do SUL
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria



## LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido
- Apêndice 2 - Questões para os Profissionais da Saúde - Pré-palestra
- Apêndice 3 - Questões para os Profissionais da Saúde - Pós-palestra
- Apêndice 4 - Apresentação da Palestra
- Apêndice 5 - Termo de Confidencialidade

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1	OBJETIVOS.....	12
1.1.1	<b>Objetivo geral</b> .....	12
1.1.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	12
1.2	JUSTIFICATIVA.....	13
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	14
2.1	HIV E AIDS.....	14
2.2	O PACIENTE HIV E O PRECONCEITO.....	15
2.3	A GESTÃO CLÍNICA DO PACIENTE HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	16
<b>3</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	19
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	19
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	19
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	19
3.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	19
3.5	MÉTODOS DE COLETA DOS DADOS.....	20
3.6	MÉTODOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	20
3.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	20
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	21
4.1	ASPECTOS GERAIS.....	21
4.2	ANALISE REALIZADA COM ENFOQUE NA AREA PROFISSIONAL.....	23
4.3	IMPACTO DA INTERVENÇÃO REALIZADA PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	25
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	27
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	30
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	31
	<b>APÊNDICE 1</b> .....	35
	<b>APÊNDICE 2</b> .....	37
	<b>APÊNDICE 3</b> .....	39
	<b>APÊNDICE 4</b> .....	40
	<b>APÊNDICE 5</b> .....	51

## 1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), ou *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS), em inglês, é uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que reduz progressivamente a eficácia do sistema imunológico e eleva a susceptibilidade para infecções oportunistas, tumores e outras doenças (BRASIL, 2013).

A AIDS é um problema de grande magnitude que progride em todas as regiões do planeta desde sua identificação no início da década de 80. Em princípio, estava relacionada aos grupos de riscos como, profissionais do sexo, homossexuais, usuários de drogas e penitenciários, mas, com a disseminação indiscriminada do HIV, ocorreu uma mudança nos grupos afetados, havendo uma heterossexualização, feminização, juvenilização, pauperização e interiorização da infecção (KUPER; OLIVEIRA, 2012).

No Brasil, a resposta ao controle da AIDS é coordenada pelo Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), AIDS e Hepatites Virais, ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (MS). O objetivo desse departamento tem sido trabalhar para reduzir a transmissão do HIV/AIDS e de outras IST's e promover a qualidade de vida das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) (VILAR et al, 2011).

O Brasil possui um dos melhores tratamentos contra o HIV, este tratamento é reconhecido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), entretanto a exclusão social e o preconceito sofrido pelos portadores do vírus ainda são um grande obstáculo.

O surgimento da epidemia do HIV provocou medo e gerou dúvidas, o que fez muita gente ocultar a doença por temer a discriminação por parte da família e das pessoas próximas ou mesmo dos profissionais de saúde envolvidos com o diagnóstico e tratamento contínuo, uma vez que a infecção é crônica (SEIDL et al, 2005).

Mais de três décadas se passaram desde o descobrimento do HIV e ainda são muitas as indagações e questionamentos acerca dessa condição. Um aspecto parece sobressair aos demais: a visão deturpada e estigmatizante sobre a soropositividade que ameaça a convivência social PVHA (SEIDL et al, 2005).

A fim de diminuir essa visão relacionada às PVHA, compreende-se a necessidade de fortalecimento da rede de atenção à saúde, expressa nos seus níveis de atenção. Ela exerce papel importante para o controle ao HIV/AIDS, contudo, tem-se a Atenção Básica (AB) como *locus* privilegiado para efetivá-las, pois, além de se conformar como uma das portas de entradas do Sistema Único de Saúde (SUS), ela configura-se como ordenadora da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A assistência ofertada nesse nível de atenção, levando em consideração os princípios doutrinários e diretrizes organizativas do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e a participação popular), deve incluir em suas atividades diárias uma atenção voltada para o controle do HIV/AIDS (BRASIL, 2012).

A atuação para o controle do HIV/AIDS na AB, responsabilidade de toda equipe de saúde, é intrínseca ao permear da assistência, e deve estar ancorada em uma atenção à saúde pautada pelos preceitos de promoção à saúde, prevenção de doenças e tratamento/reabilitação de agravos de saúde (BRASIL, 2006).

Frente a esta situação mostra-se necessário o desenvolvimento de ações, enquanto Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde inseridos na linha de cuidado HIV/AIDS de um Hospital Universitário, que desmistifiquem essa temática, esclarecendo/corrigindo conceitos, contribuindo desta forma no combate ao preconceito e discriminação às PVHA.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Analisar o grau de conhecimentos básicos sobre a infecção pelo HIV, dos profissionais que atuam na área de saúde da AB.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

Verificar entre diferentes profissionais que atuam na área de saúde na AB o grau de conhecimento e preconceito em relação a PVHA.

Verificar o impacto da intervenção realizada entre o grupo de profissionais participantes do estudo, para a mudança de conceitos e preconceito.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo foi relevante, uma vez que através do diagnóstico situacional obtido foi possível propulsionar o (re)pensar do conhecimento acerca da temática HIV/AIDS e da atenção que está sendo desenvolvida por parte dos profissionais da rede de AB. Da mesma forma, gerou subsídios para a atuação dos gestores para operacionalização das políticas de saúde, permitindo a (re)construção de novas práticas de saúde e de uma política que vislumbre as especificidades locais.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 HIV E AIDS

O HIV é um retrovírus do gênero *Lentiviridae*, e parte da família *Retroviridae* responsável pela AIDS. O HIV possui como alvo principal os linfócitos T CD4+, que são cruciais para que o sistema imunológico responda a infecções de forma competente.

A maioria das infecções pelo HIV ocorre através das mucosas do trato genital ou retal durante a relação sexual. Nas primeiras horas após a infecção pela via sexual, o HIV e células infectadas atravessam a barreira da mucosa, permitindo que o vírus se estabeleça no local de entrada e continue infectando linfócitos T CD4+, além de macrófagos e células dendríticas. A lenta e progressiva depleção de linfócitos T CD4+, em ausência de tratamento, leva à diminuição da capacidade de resposta imune do indivíduo infectado, culminando com o estabelecimento da AIDS (BRASIL, 2013).

A AIDS foi identificada pela primeira vez no Brasil no início da década de 80, como uma doença predominante em homossexuais, sendo este grupo responsável por 71% do total de notificações no país. Progressivamente observou-se uma redução da participação deste grupo de exposição, sendo que em 1999/2000 totalizavam 16% das notificações (MALISKA et al, 2009).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico, desde 1980, momento do início da epidemia pelo HIV, até junho de 2016, o Brasil apresentou 842.710 casos registrados de AIDS (condição em que a doença já se manifestou). Nos últimos cinco anos, o Brasil registrou, anualmente, uma média de 41,1 mil casos de AIDS. A região sul apresenta uma média de 8,7 mil casos ao ano (BRASIL, 2016).

A taxa de detecção de AIDS no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,7 casos para cada 100 mil habitantes. A região Sul apresentou uma leve tendência de queda de 7,4%, passando de 30,1 casos/100 mil habitantes em 2006 para 27,9 em 2015 (BRASIL, 2016).

O aumento no número de casos entre heterossexuais acompanhou a participação expressiva de mulheres no perfil epidemiológico da doença, observada na progressiva redução da razão por sexo entre todas as categorias de exposição (MALISKA et al, 2009).

Com o advento da AIDS ao longo dos anos são cada vez mais necessárias estratégias que sejam eficazes para sua prevenção e controle. No ano de 1996, garantiu-se a distribuição gratuita da Terapia Antirretroviral (TARV), além da expansão dos serviços de assistência aos infectados pelo vírus HIV (PAIVA, 2011).

## 2.2 O PACIENTE HIV E O PRECONCEITO

Ainda sem cura, a AIDS tem tratamento e traz novos desafios para as pessoas infectadas pelo HIV. A vivência da sexualidade, da paternidade/maternidade com parceiros com sorologia igual ou diferente, as possibilidades de tratamento e o fortalecimento da rede de apoio são algumas das novas questões de natureza psicossocial vivenciadas por pessoas soropositivas (DISCACCIATI e VILAÇA, 2001).

Receber o diagnóstico de HIV gera diversos sentimentos, medo do preconceito e dos julgamentos, receio da rejeição da família, a proximidade da morte (SEIDL et al, 2005). As PVHA convivem com inúmeras atitudes preconceituosas no seu meio social, permeadas pelo medo da contaminação e pelos julgamentos morais atrelados à doença (NAVARRO et al, 2011).

A representação negativa elaborada pela sociedade sobre a PVHA é oriunda de uma construção histórica, cultural, imaginária e social sobre HIV/AIDS (BARBARÁ, SACHETTI e CREPALDI, 2005), onde o indivíduo tem sua imagem associada a comportamentos desviantes. Devido ao julgamento moral e reprovável que as PVHA sofrem, elas acabam ocultando a doença (ALMEIDA e LABRONICI, 2007). Ao revelar a sua condição de portador do vírus, os indivíduos correm o risco de sofrer preconceitos, assim, a dificuldade de serem aceitos socialmente, justifica a omissão da soropositividade. Dessa forma, utilizam essa estratégia de sobrevivência social para viver sem serem discriminados (GOMES, SILVA e OLIVEIRA, 2011).

Atos preconceituosos e discriminatórios acabam sendo impostos pela sociedade às PVHA e tem um impacto negativo na autoestima, aceitação da patologia e adesão ao tratamento. Podem gerar transtornos, como o isolamento social, e dificuldade de desenvolver relacionamentos no âmbito familiar, social e no trabalho (GOMES, SILVA e OLIVEIRA, 2011).

No ano de 2014 foi criada a lei que torna crime a discriminação contra pessoas com HIV/AIDS. A lei constitui crime punível com reclusão, de um a quatro

anos, e multa àqueles que segregarem no ambiente de trabalho ou escolar. Divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de AIDS, com intuito de ofender-lhe a dignidade e recusar ou retardar atendimento de saúde também são considerados crimes (BRASIL, 2014). A aprovação desta lei foi uma vitória contra a discriminação, um dos grandes problemas das PVHA em todo o mundo (TAVARES e SILVA, 2014).

O estigma e o preconceito são atitudes que acontecem, acima de tudo, pela falta de informação, aumentando o desconforto e o sofrimento daqueles que são alvos de desprezo social (GOMES, SILVA e OLIVEIRA, 2011).

O combate a qualquer forma de preconceito é uma medida de saúde pública que melhorará o acesso dessas pessoas tanto à prevenção como aos serviços de saúde e tratamento da AIDS. O preconceito é uma característica explícita na sociedade, incorporada por diversos atores sociais, inclusive por profissionais de saúde (NAVARRO et al, 2011).

### 2.3 A GESTÃO CLÍNICA DO PACIENTE COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA

A implantação de atividades de prevenção e promoção da saúde em HIV/AIDS na rede de AB do SUS é um componente prioritário da política brasileira de controle desses agravos (FERRAZ e NEMES, 2009). Uma boa assistência pode melhorar a qualidade de vida das pessoas com HIV. A assistência de qualidade também envolve o apoio emocional e espiritual às pessoas soropositivas, assim como aos cuidadores, família e comunidade (SILVA et al, 2005).

Com a evolução da TARV, ao longo da história da infecção do HIV, é possível identificar diferentes níveis de complexidade no cuidado à saúde. No início da epidemia, os pacientes eram diagnosticados em estágios já avançados da imunodeficiência, com pequenas opções terapêuticas e uma alta morbimortalidade. Hoje, observa-se o manejo de pacientes estáveis, em uso de esquemas simplificados de tratamento, muito semelhante ao cuidado de pacientes portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2015a).

Diante da mudança no panorama do manejo da infecção pelo HIV, um novo modelo de atenção está se formando. Este apresenta uma evolução das formas de atenção centrados em serviços especializados para matriciamento dinâmicos em que diferentes pontos de atenção participam da linha de cuidado ao HIV/AIDS,



formando uma rede integrada e articulada. Nesse novo formato, os serviços especializados continuam sendo fundamentais, porém a AB passa a ser a porta de entrada e ordenadora do cuidado (BRASIL, 2015).

A implantação do novo modelo de atendimento será uma decisão local, e seu planejamento deve fazer parte dos processos locais de construção das redes de atenção à saúde, que buscam a melhoria da qualidade da atenção às pessoas infectadas pelo HIV. Um dos pontos fundamentais para reorganização da atenção é que os profissionais de saúde estejam inseridos em processos de educação permanente, garantindo assim qualificação adequada para resposta às novas demandas (BRASIL, 2015).

Acesso e acolhimento são elementos fundamentais no atendimento, para que se possa de maneira eficiente entender o estado de saúde do indivíduo (RAMOS e LIMA, 2003). A literatura nos mostra alguns problemas nos serviços básicos de saúde com relação ao acesso e acolhimento. Souza e Colaboradores (2008) identificaram em seu estudo dificuldades de acesso aos serviços de saúde, cobertura de ESFs deficitária com restrição a apenas algumas áreas, o trabalho em saúde com moldes centrados na consulta médica. O acolhimento como diretriz de trabalho ainda é um processo em construção ou um dispositivo desconhecido, estando ausente nas práticas profissionais e a impessoalidade foi destacada nas unidades básicas de saúde no trato de profissionais com usuários.

A palavra acolhimento consiste em: ato ou efeito de acolher; recepcionar, dar atenção, consideração, refúgio e abrigo. O acolhimento na saúde consiste em uma reorganização dos serviços de saúde que visa ao acesso universal, à resolubilidade e ao atendimento humanizado. Baseia-se na escuta de todos os pacientes, no intuito de oferecer uma resposta positiva aos seus problemas de saúde. Além disso, visa à descentralização do atendimento, estendendo-o para toda a equipe (NASCIMENTO, 2008). O acolhimento é de grande importância para a adesão do portador do HIV/AIDS ao tratamento.

Mesmo tendo sido observado mudanças favoráveis de atitude de profissionais de saúde ao longo dos anos, muitas barreiras ainda são interpostas ao atendimento a esses pacientes. No âmbito do atendimento direto, o estigma representa uma primeira barreira que, aliadas ao medo, a ansiedade e a falta de informações relega o paciente muitas vezes a condições subumanas de assistência (FIGUEIREDO, 2001).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) os profissionais da saúde precisam atender a todos os tipos de problemas dos usuários dos serviços, sem discriminação (BRASIL, 1990), porém a ocorrência da discriminação a pessoas com HIV ainda é muito grande, inclusive nos serviços assistenciais de saúde (GARBIN et al, 2009).

É de fundamental importância que o profissional de saúde entenda que ser soropositivo para o HIV não significa ter a AIDS e sim que, no sangue, foram detectados anticorpos contra o vírus presente no organismo deste indivíduo. Há muitas pessoas soropositivas que vivem durante anos sem desenvolver a doença. Contudo, podem transmitir aos outros o vírus que trazem consigo (BRASIL, 2015).

É necessário um maior fortalecimento de ações de saúde direcionadas ao cuidado de PVHA, com perspectivas de superação de preconceitos e estigmas capazes de influenciar na prática profissional, como também, revelar características representacionais capazes de modificar as condutas assistenciais (DANTAS et al, 2014).

Desta forma, é de fundamental importância programar métodos educativos e de orientação, quanto às formas de transmissão do HIV/AIDS, aos profissionais que prestam serviços de saúde, pois se estará efetivamente contribuindo para a diminuição do número de ocorrências de discriminação às pessoas nessa condição (GARBIN et al, 2009).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada pelo MS e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB. São locais que favorecem uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Desta forma tornam-se um campo rico para o desenvolvimento do estudo proposto

As ESFs são formadas por uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com amostra de conveniência, realizado no período outubro de 2016.

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

ESFs do município de Santa Maria – Rio Grande do Sul (RS), sendo estas: ESF Lídia, ESF Maringá e ESF São José.

#### **3.3 AMOSTRA**

A amostra foi composta por profissionais de saúde, acadêmicos e funcionários que prestam atendimento ao usuário de saúde, distribuídos em três ESF do município de Santa Maria - RS, além dos residentes multiprofissionais da Universidade Federal de Santa Maria – Santa Maria -RS, que concordaram em participar do estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Aceitaram participar do estudo 56 indivíduos, sendo cinco (05) acadêmicos vinculados ao Curso de enfermagem, um (01) ao Curso de medicina e um (01) ao Curso de psicologia; um (01) funcionário da recepção; dezesseis (16) agentes comunitários da saúde; três (03) dentistas; dois (02) educadores físicos; treze (13) enfermeiros; três (03) técnicos de enfermagem; um (01) fisioterapeuta; três (03) médicos veterinários, cinco (05) médicos; um (01) nutricionista; um (01) psicólogo.

#### **3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Foram excluídos aqueles que não puderam por algum motivo participar da intervenção realizada e aqueles que não aceitaram assinar o TCLE.

### 3.5 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

A logística empregada para o desenvolvimento do estudo foi uma intervenção que constou de palestra informativa, junto aos profissionais atuantes nas três ESF, abordando aspectos básicos da doença e problemas sobre o preconceito. Durante a palestra foi estimulada a participação dos ouvintes, propiciando questionamentos e esclarecimentos sobre o tema abordado.

Para tanto, após autorização do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Maria, e coordenador local, foi utilizado o espaço de reunião da ESF que ocorre semanalmente.

Antes da intervenção foi aplicado o TCLE a fim de esclarecer aos sujeitos da pesquisa de forma que esses pudessem tomar sua decisão de forma justa e sem constrangimentos sobre a sua participação no estudo a ser desenvolvido.

Logo após foi entregue um questionário com questões fechadas para avaliar o conhecimento prévio sobre o tema a ser abordado. Após a intervenção, foi entregue outro questionário para avaliar o impacto da ação realizada (Anexo 2 e 3).

A palestra ministrada pela equipe multiprofissional abordou os aspectos referentes ao vírus, prevenção, tratamento e preconceito (Anexo 4).

### 3.6 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi feita através de estatística descritiva (medias e porcentagens).

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A presente pesquisa foi registrada junto ao gabinete de projetos do Centro de Ciências da Saúde (CCS), aprovada pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob o CAAE 57130016.3.0000.5346.

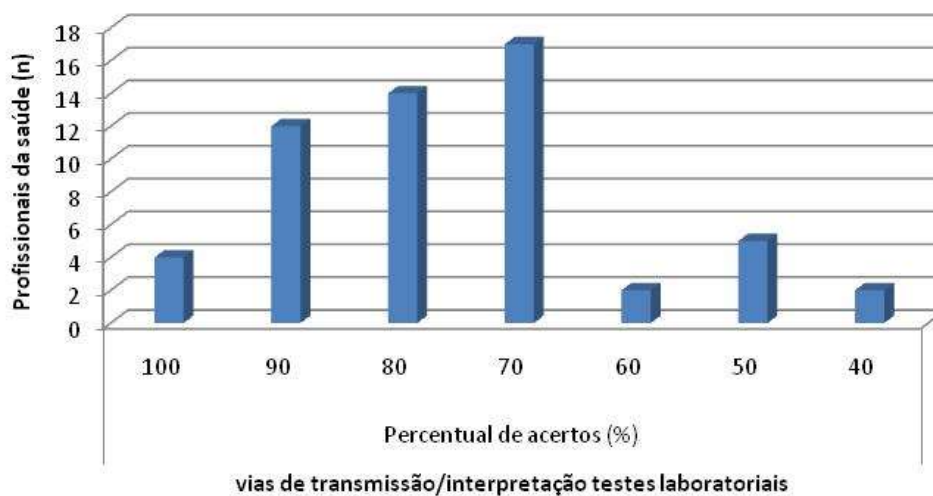
Foram seguidas as recomendações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## 4. RESULTADOS

### 4.1 ASPECTOS GERAIS

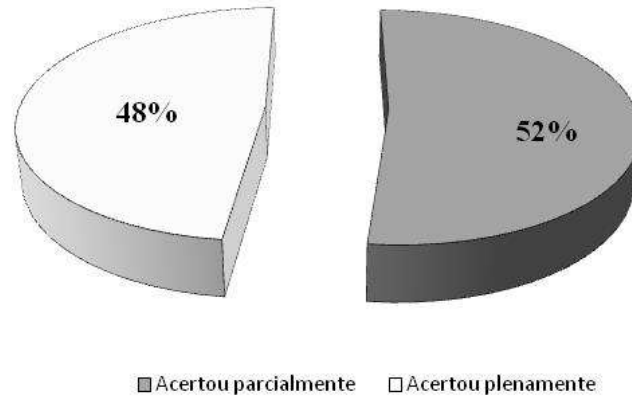
Os resultados obtidos através do questionário que abordava aspectos referentes às vias de transmissão do HIV e interpretação dos testes laboratoriais, prevenção e tratamento mostraram que o nível de conhecimento referente a vias de transmissão e testes laboratoriais foi satisfatório, uma vez que apenas 14,3% (8/56) dos profissionais apresentaram percentual de acerto menor que 70% entre os dez itens questionados (Figura 1).

Figura 1: Nível de conhecimento entre os diferentes profissionais de saúde avaliados antes da intervenção multiprofissional em três ESF de Santa Maria, RS.



Quando avaliado o conhecimento sobre formas de prevenção da infecção pelo HIV, apenas 48% dos profissionais responderam corretamente aos dois itens apresentados (Figura 2).

Figura 2: Índice de acertos referente à prevenção da transmissão do HIV entre os profissionais atuantes em ESF de Santa Maria, RS.



Apesar da grande maioria dos profissionais declararem não possuir preconceito e estar preparado para o acolhimento relacionado ao paciente portador do HIV (87,5%), o medo do contato físico, ou insegurança no atendimento foi relatado por 7/56 profissionais participantes do estudo (12,5%) (Tabela 1).

Tabela 1: Relação entre o preparo para acolhimento e preconceito entre os profissionais de saúde atuantes em ESF de Santa Maria, RS.

Preparo para acolhimento	Preconceito com PVHA		Total
	Presente	Ausente	
Sim	4	45	49
Não	3	4	7
Total	7	49	56

Após a palestra realizada pela equipe de residentes multiprofissionais, foi avaliado o grau de impacto que as informações trazidas pela equipe foram capazes de causar entre os profissionais de saúde, em relação aos enfoques abordados.

Entre os pontos relevantes, a mudança na forma de ver o indivíduo portador do HIV e o tratamento, foram os itens mais citados, seguidos pelo preconceito. Os aspectos considerados parcialmente ou nada relevante mais citados foram referentes a forma de transmissão e prevenção/preconceito (Tabela 2).

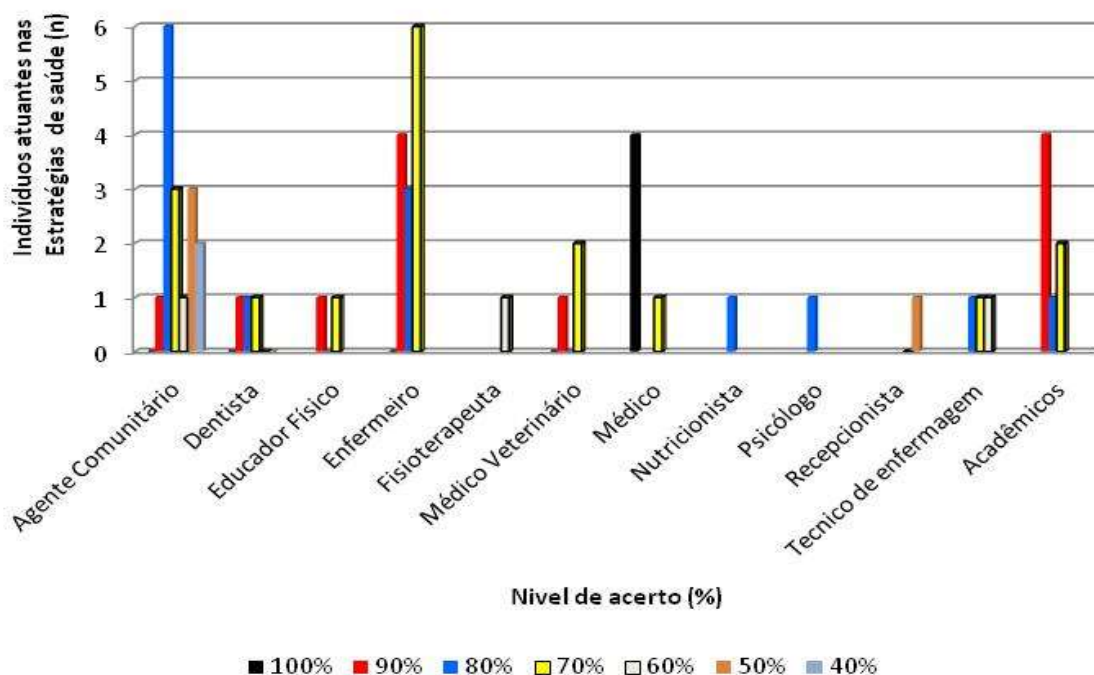
Tabela 2: Impacto causado pela intervenção dos residentes multiprofissionais em relação a diferentes aspectos abordados sobre a infecção pelo HIV nas ESF em Santa Maria, RS.

Aspecto abordado	Impacto segundo participantes das equipes de saúde n(%)		
	Relevante n (%)	Parcialmente relevante n (%)	Nada relevante n (%)
Mudança na forma de ver o portador do HIV	28 (50,0)	9 (16,1)	19 (33,9)
Forma de transmissão	22 (39,2)	6 (10,7)	28 (50,0)
Prevenção	20 (35,7)	14 (25,0)	22 (39,2)
Tratamento	35 (62,5)	12 (21,4)	9 (16,1)
Preconceito	27 (48,2)	7 (12,5)	22 (39,2)

#### 4.2 ANALISE REALIZADA COM ENFOQUE NA AREA PROFISSIONAL

Ao ser analisado o grau de conhecimento por segmento profissional, pode ser visualizado que existe variação do nível de conhecimento referente a vias de transmissão e testes laboratoriais entre indivíduos de uma mesma área profissional.

Figura 3: Nível de conhecimento entre as diferentes áreas profissionais avaliadas antes da intervenção multiprofissional em ESF de Santa Maria, RS.



Ao ser analisado o grau de conhecimento por segmento profissional, em relação a prevenção/tratamento, 51% dos profissionais (29/56) não tiveram 100% de acerto, com predomínio de desconhecimento dos ACS.

Figura 4: Número de profissionais com conhecimento deficiente relacionado à prevenção/tratamento da infecção pelo HIV nas equipes de saúde de ESF em Santa Maria, RS.



Para cada uma das áreas profissionais, houve um aspecto considerado mais relevante entre os abordados pela equipe de equipe multidisciplinar. Este aspecto foi o citado por um maior número de profissionais, quando mais de um representante da área participou do estudo, ou pelo profissional questionado quando este era o único representante da profissão (Tabela 3).



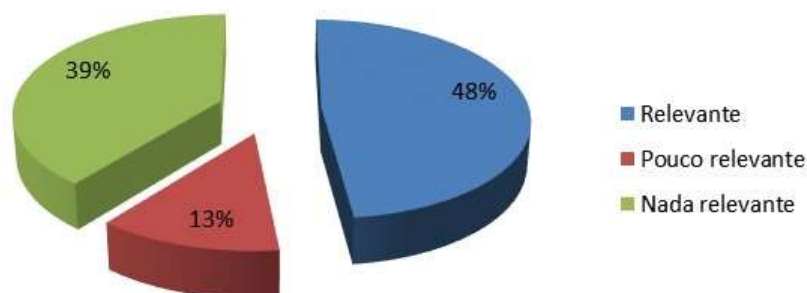
Tabela 3: Aspectos mais relevantes da intervenção de acordo com as diferentes profissões nas ESF de Santa Maria, RS.

PROFISSIONAIS	n (%)	ASPECTOS MAIS RELEVANTE DA INTERVENÇÃO
Agente Comunitário de Saúde	16 (28,6)	Tratamento e olhar ao paciente HIV
Dentista	3 (5,3)	Tratamento e olhar ao indivíduo HIV
Educador Físico	2 (3,6)	Tratamento e olhar indivíduo HIV
Enfermeiro	13 (23,2)	Tratamento
Fisioterapeuta	1 (1,8)	Tratamento
Médico	5 (8,9)	Olhar ao indivíduo HIV
Médico veterinário	3 (5,3)	Tratamento e preconceito
Nutricionista	1 (1,8)	Todos os aspectos abordados
Psicólogo	1 (1,8)	Todos os aspectos abordados
Técnico de Enfermagem	3 (5,3)	Tratamento
Recepcionista	1 (1,8)	Todos os aspectos abordados
Acadêmicos	7 (12,5)	Preconceito
<b>TOTAL</b>	<b>56 (100)</b>	

#### 4.3 IMPACTO DA INTERVENÇÃO REALIZADA PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

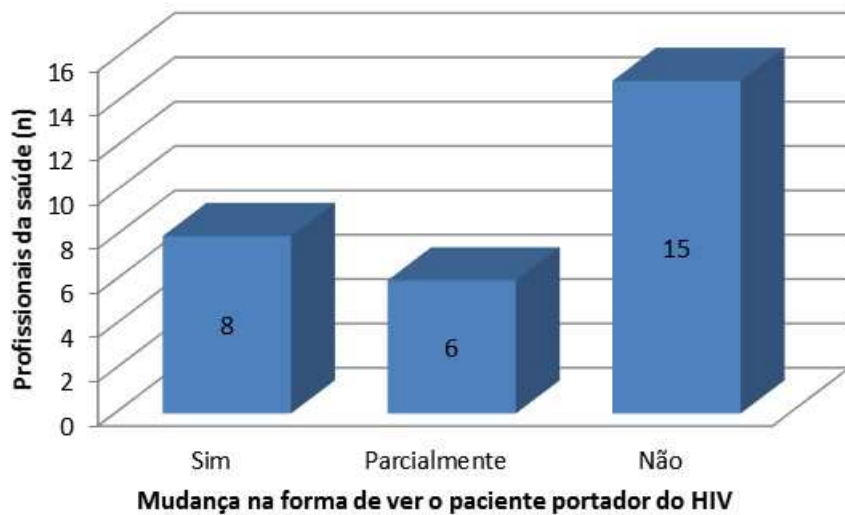
Desta forma, a intervenção através do acesso a informação, foi capaz de mudar o preconceito e a forma de olhar o paciente HIV de forma satisfatória entre os profissionais de saúde das unidades básicas participantes como mostram as Figuras 5 e 6.

Figura 5: Impacto da intervenção relacionado ao preconceito com indivíduos portadores do HIV, realizada em três ESF de Santa Maria, RS.



É relevante ressaltar que entre os 52% dos profissionais que responderam que a intervenção não teve, ou teve pouca relevância em relação ao preconceito existente ou não ao indivíduo portador do vírus HIV, 14/29, consideraram a que forma de ver o paciente HIV foi modificada após as informações transmitidas pela equipe de residentes multiprofissionais.

Figura 6: Mudança no olhar a pessoas vivendo com HIV/AIDS entre os profissionais onde o preconceito não foi alterado pela intervenção realizada nas equipes de saúde de ESF em Santa Maria, RS.



## 5. DISCUSSÃO

O estudo realizado mostra que o nível de conhecimento sobre o tema abordado, no que se refere as vias de transmissão e testes laboratoriais para diagnóstico do HIV, apesar de satisfatório, é heterogêneo, com presença de extremos no grau de acertos (100% a 40%). A educação continuada destaca-se como uma estratégia de atualização profissional a ser desenvolvida não somente nas unidades de referência para HIV/AIDS, mas também nas unidades de atenção primária. Além disso, a iniciativa pessoal de buscar conhecimentos novos na área de atuação é dever de todo profissional comprometido com a qualidade de sua prática (SOUSA, 2015).

Embora tenha havido bom desempenho nas questões referentes a prevenção/tratamento da infecção pelo HIV, apenas uma parte dos participantes mostrou conhecimento total em relação a estes aspectos, o que pode contribuir para disseminação de mitos, criação de barreiras e promoção de insegurança. Conhecer as características e as formas de prevenção é um dos requisitos essenciais aos profissionais de saúde, pois garante consistência na argumentação e adequada promoção dos métodos preventivos (OLIVEIRA et al, 2008)

De acordo com a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (2009), a prevenção continua sendo a principal ferramenta de enfrentamento ao HIV no mundo. Assim sendo, é fundamental que novas tecnologias e estratégias sejam permanentemente estudadas e executadas nesse segmento, com o objetivo de ampliar a eficácia dos programas de prevenção (ABIA, 2009).

Observa-se que os profissionais das ESF se sentem preparados para realizarem as ações de acolhimento ao paciente portador do HIV. Essas ações já fazem parte do processo de trabalho das ESF e são essenciais para que o vínculo entre o profissional de saúde e o usuário/família seja construído. Além disso, o acolhimento e vínculo são determinantes para que se estabeleça a confiança entre os profissionais de saúde e os usuários. Para Matumoto (1998), o acolhimento resgata valores de solidariedade, respeito com o outro, estabelecimento de vínculo entre os envolvidos, acesso aos serviços e, conseqüentemente, responsabilização dos profissionais de saúde pelos problemas da população, buscando construir caminhos para solucioná-los.

Contudo, mesmo que a grande maioria dos profissionais de saúde avaliados se considerem preparados para o acolhimento, e relatem não possuir preconceito, foi observado entre alguns profissionais o medo do contato físico ou insegurança no atendimento.

Estudos relatam a dificuldade dos pacientes com HIV ou AIDS em conseguir atendimento quando revelam seu diagnóstico de soropositividade para o profissional, ou quando apresentam sinais clínicos da doença. Esta recusa de atendimento por parte dos profissionais de saúde é encoberta por argumentos técnicos ou outro tipo de justificativa, como por exemplo o encaminhamento do paciente a outro profissional de saúde sem necessidade. Muitos profissionais criam situações que impedem o início ou a continuidade do tratamento ou encaminham o paciente a outro profissional sem motivo justificável. Os principais motivos alegados por esses profissionais foram falta de preparo psicológico e medo de infecção pelo HIV (LOPES, 1998).

Para Ferreira (2007), é necessário que os serviços de saúde promovam ações relacionadas à discussão de questões pertinentes ao viver com HIV/AIDS, a fim de diminuir os preconceitos existentes na comunidade.

De acordo com Abdalla e Nichiata (2008), a abordagem de temas como HIV/AIDS, preconceito, estigma e solidariedade deve ser feito com as famílias e a comunidade. Estes assuntos devem estar incluídos no planejamento das ações a serem desenvolvidas pela equipe da ESF. Executar ações que desenvolvam habilidades de busca e recepção de apoio social, fortalecimento de vínculos familiares e sociais na assistência e convivência com as pessoas acometidas pelo HIV/AIDS é um compromisso que as equipes de ESF podem assumir ao buscar estratégias para a redução do preconceito e da discriminação com PVHA.

Segundo Parker e Aggleton (2002), preconceito, estigma e discriminação são assuntos bastante debatidos por causarem impacto na epidemia HIV/AIDS, especialmente ao dificultarem a prevenção de futuras infecções e as ações de assistência.

Problematizar essa questão nas instituições e órgãos que trabalham com HIV/AIDS é, seguramente, providência fundamental a ser tomada no processo de desconstruir o preconceito. Torna-se necessário enfatizar, no contexto das medidas educativas desatentas, além das questões de gênero e das relações de poder nelas

imbricadas, a fundamental importância dessa discussão para encadear a inserção do portador na sociedade que o exclui (GONÇALVES et al, 2011).

De acordo com os resultados deste estudo, o nível de conhecimento acerca das vias de transmissão, testes laboratoriais e prevenção, por seguimento profissional, é muito variado. As equipes das ESF são compostas por profissionais de diferentes formações, necessitando de capacitação para a implantação das ações, ou até mesmo acompanhamento contínuo das ações (ZAMBENEDETTI E SILVA, 2016).

É necessário que todos os membros da equipe sejam capacitados, e que o preparo do profissional seja realizado no momento em que estes iniciam suas atividades na saúde da família. O ideal é que todos os integrantes da equipe façam juntos, para que a discussão de saberes e a construção de conhecimentos estejam em sintonia com as necessidades de uma dada realidade, favorecendo o nivelamento de conhecimento (ZAMBENEDETTI E SILVA, 2016).

Uma pesquisa realizada com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde de seis equipes de saúde da família do município de Ribeirão Preto – São Paulo, identificou que grande parte dos profissionais referiu que a falta de preparo/capacitações para atuação na ESF é uma situação angustiante, por dificultar a realização de ações conforme a necessidade da população, gerando insatisfação no trabalho (CAMELO; ANGERAMI, 2008). No presente estudo, pode ser identificado que independente da área profissional de atuação, a palestra informativa teve relevância para todos os participantes, mesmo que em aspectos diferentes (Tabela 3). E mesmo entre os profissionais que consideraram não terem sido beneficiados intelectualmente com as informações transmitidas, houve mudança na forma de ver a PVHA.

Diante disso, Gil (2006) afirma que o ato de prestar o cuidado, ou o momento de realizar as ações de saúde quando cada profissional está diante do usuário desenvolvendo determinada ação, é o ponto relevante deste processo, é o alvo que se quer atingir. É no momento do cuidado, em si, que o profissional necessita dispor de seus conhecimentos, habilidades, atitudes e competências para tecer o trabalho em saúde. É neste momento que a educação permanente se traduz em um novo *modus operandi* de realizar a prática e, assim, responder à missão institucional à qual o profissional e o serviço estão vinculados.

## 6. CONCLUSÃO

Após a intervenção realizada pode-se concluir que o grau de conhecimentos básicos sobre a infecção pelo vírus HIV, entre profissionais que atuam na área de saúde da AB no município de Santa Maria – RS, apesar de heterogênea entre alguns segmentos, é satisfatória.

Embora o preconceito em relação a PVHA tenha sido admitido por um pequeno número de profissionais atuantes nas ESF participantes do estudo, foi possível observar que houve uma mudança na forma de olhar este indivíduo, entre um número maior de participantes.

O sentimento de insegurança e medo do contágio podem ser compreendidos pela falta de preparo de alguns profissionais de saúde na AB, serviço fora de centros especializados para a assistência e prevenção ao HIV/AIDS. Este fato mostra a importância e impacto que ações educativas, como as realizadas pela equipe de residentes multiprofissionais, pode ter nos serviços de saúde da AB, evitando a descontinuidade da assistência para as PVHA, quando elas são atendidas em outros serviços do SUS.

## REFERÊNCIAS

ABDALLA F.T.M., NICHATA L.Y.I. A Abertura da Privacidade e o Sigilo das Informações sobre o HIV/AIDS das Mulheres Atendidas pelo Programa Saúde da Família no Município de São Paulo, Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p.140-152, 2008.

ALMEIDA, M. R. C. B.; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência & saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 263-274, Mar, 2007.

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA. Seminário Prevenção das DSTs/AIDS: novos desafios. Tema: Aprimorando o debate II: respostas sociais frente à AIDS. Orgs. Cristina Pimenta, Juan Carlos Raxach, Veriano Terto Jr. Rio de Janeiro, 2010.

BARBARÁ, A.; SACHETTI, V. A. R.; CREPALDI, M. A. Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. **Interação em Psicologia.** Curitiba, v. 9, n. 2, p. 331-339, jul./dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV.** Brasília, 2013.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **AIDS no Brasil.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST. Ano V – nº 1 – 27ª à 53ª semana epidemiológica - julho a dezembro de 2015. Ano V – nº 1 – 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2016.** Brasília. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica: Manual para Profissionais Médicos.** Brasília, DF, 2015.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família, **Revista Ciência, cuidado e saúde**, Maringá-PR, v.7, n.1, p. 45-52, jan/mar, 2008.

DANTAS, M. S.; ABRÃO, F. M. S.; FREITAS, C. M. S. M.; OLIVEIRA D. C. Representações sociais do HIV/AIDS por profissionais de saúde em serviços de referência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 94-100, dec.2014.

DISCACCIATI, J. A. C.; VILAÇA, E. L. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, v. 9, n.4, p. 234-239, abr. 2001.

FERRAZ, D. A. de S.; NEMES, M. I. B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s240-s250,2009.

FERREIRA, F. C. **As condições que levam as mulheres soropositivas ao HIV/AIDS a abrir sua privacidade de suas informações às equipes do Programa Saúde da Família**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FIGUEIREDO, M. A. C. Algumas questões psicossociais do atendimento a pessoas que convivem com o HIV/AIDS, sob o ponto de vista de um grupo de profissionais de saúde. **Jornal Brasileiro de AIDS**, v.2, n.1, p.17-24, jan-março, 2001.

GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; MOIMAZ, S. A. S.; CARMO M. P. Bioética e HIV/AIDS: discriminação no atendimento aos portadores. **Revista Bioética**. Araçatuba, SP, v. 17, n. 3, p.511-522, 2009.

GIL, C. R. R. **Práticas profissionais em saúde da família: expressões de um cotidiano em construção**. 2006. 318 f. Tese (Doutorado) – Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 485-492, jun. 2011.

GONÇALVES E.H, BANDEIRA L.M, GARRAFA V. Ética e desconstrução do preconceito: doença e poluição no imaginário social sobre o HIV/AIDS. **Rev. Bioét.**, v.19, n.1, p159-78, 2011.

KUPEK, M.; OLIVEIRA, J. F. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 3, p. 478-87.

LOPES VS, PORDEUS IA, PAIXÃO HH, DISCACCIATI JAC. Indivíduos HIV positivos: revelação de soropositividade e negação de atendimento odontológico. Anais da 15a Reunião Anual da SBPqO. SBPqO: 1998.



MALISKA, I. C. A. et al. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, RS, v. 30, n. 1, p. 85-91, mar. 2009.

MATUMOTO, S. O. **Acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

NASCIMENTO, P.T.A. et al. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 4, 2008.

NAVARRO, A. M. A. et al. Social representations of the HIV/AIDS: Perception of the primary healthcare professionals. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], p. 92-99, apr. 2012. ISSN 2175-5361.

OLIVEIRA, N. S.; MOURA, E. R. F.; GUEDES, T. G.; ALMEIDA, P. C. Conhecimento e Promoção do Uso do Preservativo Feminino por Profissionais de Unidades de Referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. **Saúde Soc.**, v.17, n.1, p.107-116, São Paulo, 2008.

PAIVA, S. S. **Promoção da saúde em serviço de assistência especializada em HIV/AIDS sob a ótica da equipe multidisciplinar de saúde**. In: Anais do Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Campo Grande – MS. Brasília-DF, 2011.

PARKER, R; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Rio de Janeiro: **Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS**, 2002.

RAMOS, D. D., LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.27-34, Jan-Fev, 2003.

SEIDL, E. M. F. et al. Crianças e Adolescentes Vivendo com HIV/AIDS e suas Famílias: Aspectos Psicossociais e Enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 21, n. 3, p. 279-288, 2005.

SILVA, L. M. S. et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/AIDS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, DF, v. 14, n. 2, p. 97-104, jun. 2005.

SOUSA, Maria do Socorro Teixeira de; BRANDÃO, Israel Rocha; PARENTE, José Reginaldo Feijão. A percepção dos enfermeiros sobre educação permanente em saúde no contexto da estratégia saúde da família de sobral (CE). **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, vol.3, n.1, ano E, 2015.

SOUZA, E.C.F, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p100-110, 2008.

TAVARES, T. D. R.; SILVA, B. F. Tutela criminal das minorias: Lei nº 12984, que criminalizou a discriminação aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS. In: II CONGRESSO BRASILEIRO DE PROCESSO COLETIVO E CIDADANIA. **Anais...** Ribeirão Preto/SP. Universidade de Ribeirão Preto, 2014. p. 119-125.

VILAR, R.L.A. et al. **O contexto da Política para as DST, AIDS e Hepatites Virais.** Primeira unidade do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão da Política para as DST, AIDS e Hepatites Virais. Natal: EDUFRN, 2011.

ZAMBENEDETTI G., SILVA R.A.N. Descentralização da atenção em HIV-AIDS para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.785-806, 2016.

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

#### HIV/AIDS E PRECONCEITO: PROJETO DE PESQUISA/INTERVENÇÃO

**Pesquisador responsável:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Trevisan Beck

**Residentes multiprofissionais:** Juliana dos Santos de Oliveira, Karla de Souza Maldonado da Silva e Nagele Fatica Beschoren.

**Contato:** pelo telefone 55 32131536, ou E-mail beckts@bol.com.br

**Local da coleta dos dados:** Estratégia Saúde da Família Lídia, Estratégia Saúde da Família Maringá e Estratégia Saúde da Família São José.

#### **Prezado (a) Sr (a),**

Você está sendo convidado a participar, como voluntário na realização de um trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Residência Multiprofissional. Este trabalho tem por objetivo compreender o grau de conhecimentos básicos sobre a infecção pelo vírus HIV, em diferentes segmentos da população, verificando o quanto este conhecimento, ou a falta dele, influi na existência de preconceito e discriminação associados ao HIV/AIDS.

**Procedimentos:** Esta pesquisa consiste de dois questionários: um antes da palestra realizada pelas residentes responsáveis pela coleta de dados da pesquisa, e outro após a palestra, onde você irá responder perguntas sobre forma de transmissão do vírus HIV, sobre a prevenção, sobre o tratamento de profilaxia e relacionadas ao preconceito. Esta pesquisa terá caráter gratuito e espontâneo, não havendo nenhum custo ou compensação financeira pela sua participação. Também não haverá represália, ou prejuízo a você, caso você não queira participar.

**Riscos:** a pesquisa apresenta riscos mínimos. Você pode sentir desconforto ou cansaço ao responder aos questionários, e mobilização de emoções que podem fazer você sentir alguma angústia. Se necessário você será encaminhado ao serviço de apoio psicológico. Você está livre para aceitar, recusar ou não fazer mais parte da pesquisa em qualquer momento do estudo, sem que isto venha trazer qualquer prejuízo direto ou indireto para você.

**Benefícios:** Os benefícios desta pesquisa serão indiretos, isto é, trará maior conhecimento sobre o tema em relação a PVHA, ao preconceito vivenciado, sem benefício direto para o participante.

**Sigilo:** Não haverá nomes nem outra identificação dos participantes em nenhum relatório ou publicação do estudo. Toda a informação clínica adquirida durante este estudo será tratada como confidencial e será apenas dada a conhecer aos investigadores. Só os dados anônimos serão usados para possível exposição em publicações científicas. Após o término da pesquisa, os dados serão armazenados com extrema privacidade e confidencialidade dos sujeitos envolvidos no Departamento de Análises Clínicas, sob responsabilidade da pesquisadora responsável, por cinco anos. Após este período, serão destruídos. Quando você assinar na linha abaixo, isto significa que concorda em participar da pesquisa

descrita acima. É preciso que a sua assinatura seja obtida antes da realização de qualquer procedimento do estudo.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,RG \_\_\_\_\_

declaro que concordo em participar da pesquisa, tendo sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre os procedimentos nela envolvidos e benefícios da minha participação, e liberdade de não participação ou desistência em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo para mim. Caso permaneçam dúvidas, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Federal de Santa Maria, RS. Fone: 55-3220 9362, ou com a pesquisadora Sandra Trevisan Beck pelo fone: 32208464, ou com as pós-graduandas pelo fone: 3213 - 1536. Os objetivos do estudo foram explicados de forma adequada, tive ampla oportunidade para fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente. Afirmando ainda que, de livre e espontânea vontade, permito que os dados e informações a meu respeito sejam utilizados da forma como estabelecida entre eu e o pesquisador. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo. O presente documento está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Será assinado em duas vias, de teor igual, ficando uma em poder do participante da pesquisa e outra em poder do pesquisador.

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

Caso permaneçam dúvidas, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Federal de Santa Maria, RS. Fone: 55-3220 9362, ou com a pesquisadora Sandra Trevisan Beck pelo fone: 32208464, ou com as pós-graduandas pelo fone: 3213 - 1536.

## APÊNDICE 2

### QUESTÕES PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

#### • FOCO NAS FORMAS DE TRANSMISSÃO

##### De que forma é possível contrair o vírus HIV?

- (a) pelo abraço ou aperto de mão.
- (b) fazendo sexo sem camisinha ou compartilhando seringas.
- (c) bebendo água no mesmo copo ou tomando mate com alguém que tem o vírus.

##### É necessário o uso de camisinha nas relações sexuais entre dois parceiros soropositivos?

- (a) não é necessário quando ambos são portadores do vírus.
- (b) uso de camisinha deve ser uma constante nas relações sexuais.
- (c) só não é necessário quando ambos são portadores do vírus e fazem uso da medicação antirretroviral.

##### A transmissão do HIV através do sexo oral:

- a) Nunca ocorre pois o vírus do HIV não é transmitido pela saliva.
- b) Pode ocorrer pois nenhum tipo de relação sexual, sem proteção é isenta de risco.
- c) Não ocorre mesmo na ausência de preservativo, se o parceiro estiver utilizando antirretroviral.

##### A transmissão do vírus HIV da mãe soropositiva não tratada, para seu bebê, pode ocorrer:

- (a) Através de beijos e abraços.
- (b) No parto, através da amamentação e durante a gravidez.
- (c) Apenas intra-útero, durante a gestação ou durante a amamentação.

##### A detecção DO VÍRUS da AIDS na maioria dos casos:

- (a) pode ser identificado no período de 5 dias após a infecção.
- (b) pode ser identificado a partir de 120 dias após a infecção.
- (c) o vírus pode ser identificado no período de 30 a 60 dias após a infecção.

##### A detecção DOS anticorpos formados contra o VÍRUS da AIDS na maioria dos casos:

- (a) pode ser identificado no período de 5 dias após a infecção.
- (b) pode ser identificado a partir de 120 dias após a infecção.
- (c) o vírus pode ser identificado no período de 30 a 60 dias após a infecção.

##### O paciente com um teste HIV positivo também tem AIDS?

- ( ) Sim ( ) Não

##### O teste chamado “carga viral”:

- Com resultado indetectável pode indicar que o vírus foi eliminado. ( ) sim ( ) não
- Com valor elevado é um bom prognóstico para o paciente ( ) sim ( ) não
- É útil para acompanhar se o tratamento está sendo eficiente. ( ) sim ( ) não

- **FOCO NA PREVENÇÃO**

**Se você se expuser a sangue ou secreção de paciente HIV positivo, que atitude tomar?**

- (a) Procurar um médico infectologista para ver o grau de exposição, pois dependendo da exposição deverá ser realizada a TARV (terapia antirretroviral).
- (b) Tomar imediatamente o coquetel anti – HIV, independente do grau de exposição.
- (c) Não é necessário se preocupar, pois a via de transmissão do HIV é somente a sexual.

**A terapia antirretroviral pode ser composta apenas por um comprimido?**

- Sim  Não

- **FOCO NO PRECONCEITO**

**Você se sente seguro ao fazer atendimento de paciente com diagnóstico de HIV?**

- Sim  Não

**Você mantém o mesmo contato físico (aperto de mão, abraço) com paciente HIV positivo?**

- Sim  Não

**Você se sente preparado para fazer o acolhimento deste paciente na sua rotina de trabalho?**

- Sim  Não

**APÊNDICE 3****QUESTÕES PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE  
- PÓS- PALESTRA -**

**As informações que você recebeu alteraram sua forma enxergar o indivíduo HIV positivo?**

Sim     Não     Parcialmente

**Em que grau esta mudança ocorreu relacionado a:**

- |                                |                               |                                |   |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---|
| <b>- FORMAS DE TRANSMISSÃO</b> | <input type="checkbox"/> nada | <input type="checkbox"/> pouco | <input type="checkbox"/> de forma relevante |
| <b>- NA PREVENÇÃO</b>          | <input type="checkbox"/> nada | <input type="checkbox"/> pouco | <input type="checkbox"/> de forma relevante |
| <b>- TRATAMENTO</b>            | <input type="checkbox"/> nada | <input type="checkbox"/> pouco | <input type="checkbox"/> de forma relevante |
| <b>- PRECONCEITO</b>           | <input type="checkbox"/> nada | <input type="checkbox"/> pouco | <input type="checkbox"/> de forma relevante |

## APÊNDICE 4

## APRESENTAÇÃO DA PALESTRA

Universidade Federal de Santa Maria  
Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM  
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde  
Ênfase Crônico-Degenerativo



## e Preconceito


Farm. Juliana de Oliveira  
Nutric. Karla Maldonado  
psico. Nagele Beschoren  
Profª Drª Sandra Beck

---



Desde o início da epidemia no Brasil, até junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos de aids.

---



Em 2014, o RS apresentou elevada taxa de detecção de aids do Brasil, cerca de 38,3 para cada 100 mil habitantes, e o maior coeficiente de mortalidade, cerca de 10,6 óbitos para cada 100 mil habitantes.

Santa Maria está em 27º lugar com média de detecção de 39,3 casos para cada 100 mil habitantes.



## O VÍRUS



Retrovírus

Responsável pela  
Síndrome da  
Imunodeficiência  
Adquirida

Ataca o sistema  
imunológico

## EVOLUÇÃO CLÍNICA



**INFECÇÃO AGUDA:** bilhões de partículas virais são produzidas diariamente...

...paciente altamente infectante...

...soroconversão a partir da 4ª semana.

Sorologia, geralmente, negativa nessa fase, **JANELA IMUNOLÓGICA.**

Métodos moleculares detectam RNA do vírus.

## SÍNDROME RETROVIRAL AGUDA



Adenopatia



Faringite



Exantema



Mialgia



Sintomas desaparecem em 3 a 4 semanas.

## TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Primeira linha: Efavirenz + Lamivudina + Tenofovir



"3 em 1" →  
1 comprimido  
ao dia



## QUANDO INICIAR O TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV)?

Todas as PVHA, independentemente da contagem de LT CD4+

Estimular início imediato da TARV, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA

Quanto antes iniciar a TARV, aumenta-se as chances de alcançar níveis elevados de LT-CD4+

Aumento da expectativa de vida

Redução da transmissão



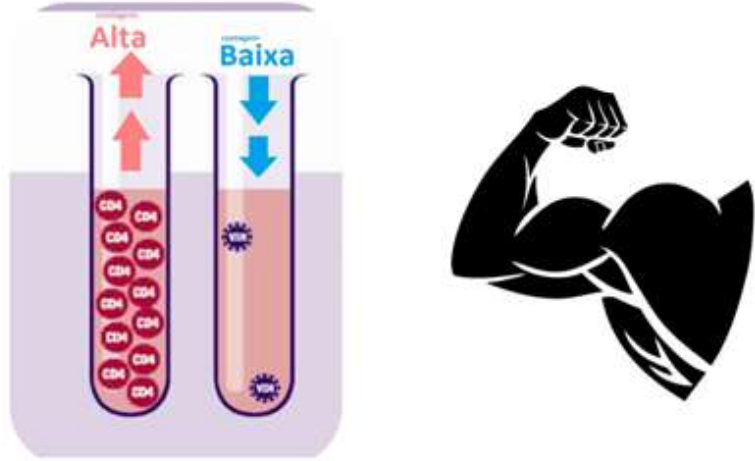
Efeitos adversos a longo prazo

Problemas de adesão



Entre 2009 e 2014, observa-se um aumento de 53,2% no número de PVHA que iniciaram o tratamento.

Até 31 de outubro de 2015, mais de 65 mil indivíduos iniciaram TARV no país.



The diagram shows two test tubes. The left tube is labeled 'Alta' (High) and contains many red circles labeled 'CD4'. The right tube is labeled 'Baixa' (Low) and contains a few blue circles labeled 'Vírus'. To the right is a silhouette of a muscular arm flexing.

## SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

### Infecções oportunistas

- pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e reinite por citomegalovírus.

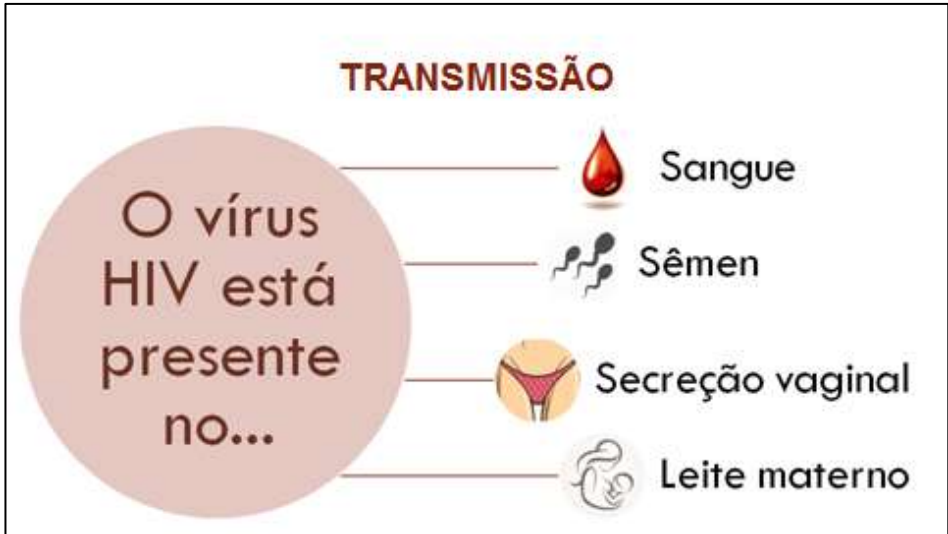
### Neoplasias


- sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino.

### Manifestações não infecciosas


- dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios, tais como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias.









Para se desenvolver a doença, o vírus precisa ter contato com a circulação sanguínea.



Já as **mucosas** apresentam poros que possibilitam a invasão do HIV para dentro do organismo → Principal via de transmissão do HIV.



A pele é o nosso principal organismo de defesa. O simples contato com a pele não é suficiente para a transmissão da doença, contanto que a mesma esteja íntegra.



O HIV é transmitido toda vez que um fluido contaminado entra em contato com alguma área do corpo vulnerável a invasões.

### Você pode contrair HIV...



Sexo sem proteção



Gravidez, parto e amamentação



Compartilhar seringas



Acidente com material perfurocortante



Transfusão de sangue contaminado

## HIV não é transmitido por...



Mordida de insetos

Uso coletivo  
de banheiro

Beijo

Compartilhar  
talheres

Toque

O risco de transmissão é maior quando a pessoa contaminada não se trata e apresenta uma carga viral elevada no sangue.

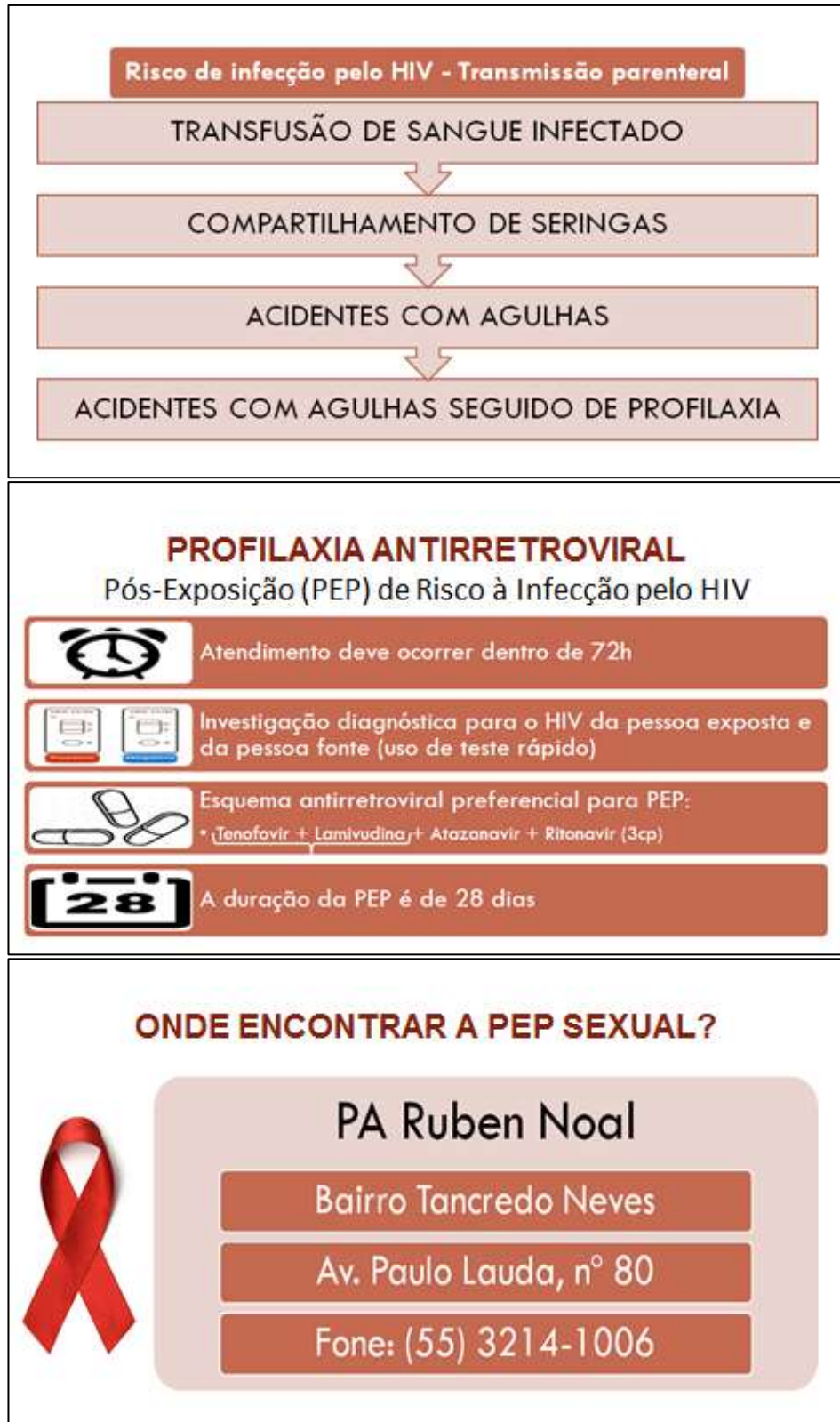
### Risco de infecção pelo HIV - Transmissão sexual

HOMEM PARA HOMEM

HOMEM PARA MULHER

MULHER PARA HOMEM

MULHER PARA MULHER





Atualmente, o desafio não é sobreviver ao HIV → mas viver com o tratamento contínuo e as questões subjetivas ligadas à doença.

**Receber o diagnóstico de HIV desperta diversos sentimentos**



Medo do preconceito



Medo dos julgamentos



Receio da rejeição da família



Dificuldades no convívio social



Ideia de estar próximo da morte

Ter o vírus dá um novo significado ao indivíduo...

...ele acredita que sua imagem passa a ser relacionada com a nova situação em que se encontra...

...seus hábitos e vínculos interpessoais passam a ser regidos por essa nova imagem.







**OBRIGADA!**



**APÊNDICE 5****TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

**Título do projeto:** HIV/AIDS e Preconceito: projeto de pesquisa/intervenção

**Pesquisador responsável:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Trevisan Beck

**Instituição/Departamento:** Departamento de Análise Clínicas e Toxicológicas

**Telefone para contato:** 55 3220 8464

**Local da coleta de dados:** Estratégia Saúde da Família Lídia, Estratégia Saúde da Família Maringá e Estratégia Saúde da Família São José.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados e informações serão coletadas através de questionários fechadas. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas, na sala 1205, prédio 26, CCS, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Trevisan Beck. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria,.....de .....de 2016

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Trevisan Beck