



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



VANESSA MATOS GOMES DOS SANTOS

**SABER CUIDAR: CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA PARA PROFISSIONAIS
DA SAÚDE QUE CUIDAM DE PESSOAS COM HIV/AIDS**

SOBRAL

2014

VANESSA MATOS GOMES DOS SANTOS

**SABER CUIDAR: CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA PARA PROFISSIONAIS
DA SAÚDE QUE CUIDAM DE PESSOAS COM HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientadora: Prof.^a Dra. Eliany Nazaré Oliveira.

SOBRAL

2014

S233s

Santos, Vanessa Matos Gomes dos

Saber cuidar: construção de uma cartilha para profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS / Vanessa Matos Gomes dos Santos. -- Sobral, 2014.
156 f.

Orientadora: Dra. Eliany Nazaré Oliveira

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde / Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, 2014.

1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Materiais educativos e de divulgação. I. Oliveira, Eliany Nazaré. II. Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

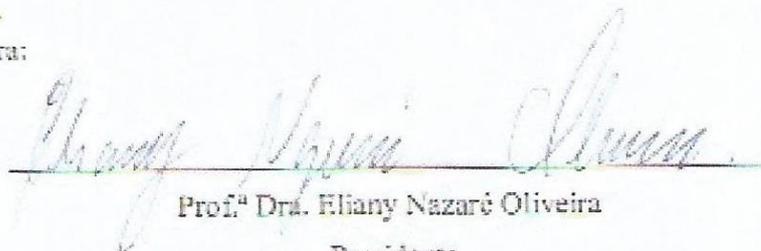
CDD 610

**SABER CUIDAR: CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA PARA PROFISSIONAIS DA
SAÚDE QUE CUIDAM DE PESSOAS COM HIV/AIDS**

VANESSA MATOS GOMES DOS SANTOS

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 26 de junho de 2014, pela banca examinadora
constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:



Prof.^a Dra. Eliany Nazaré Oliveira

Presidente

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



Prof.^a Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Primeira Examinadora

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



Prof.^a Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Suplente

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Aos meus pais e minhas irmãs, queridos companheiros nesta viagem chamada vida. Vocês são pessoas especiais, iluminadas, e eu me sinto abençoada por tê-los como parceiros. Vivemos, nestes últimos anos, muitos momentos de ausência e afastamento físico, porém, espiritualmente, os laços do amor nos mantiveram unidos sempre. Dedico-lhes este trabalho, fruto do esforço de todos nós. Celebro com vocês o aprendizado que a vida nos premiou com essa experiência. Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meu alicerce e minha fortaleza, companheiro nas horas boas e ruins, e por sempre me mostrar a verdade, através do livro sagrado.

Aos meus pais, José de Ribamar Gomes dos Santos e Valderéz Matos Gomes dos Santos, pelo amor sincero, atenção e carinho dispensados em todos os momentos, mesmo na distância física; pelas palavras de estímulo e confiança que ajudaram a me sustentar emocionalmente. Amo vocês.

A minhas irmãs, Virgínia, Vivianne e Vivienne, eternas amigas, em quem sempre poderei confiar e contar. Obrigada por me fazerem feliz pelo simples fato de saber que tenho vocês como irmãs. Amo vocês.

À minha tia Arinda, minha segunda mãe, pela dedicação e amor sempre oferecido a nossa família. O mundo e nós somos muito mais felizes por termos você para alegrar nosso caminho. Amo você.

À minha família, pela colaboração, apoio e amor sempre disponível.

À minha orientadora, Dr^a. Eliany Nazaré Oliveira, pessoa criativa, que percebe o mundo com outro olhar e encontra soluções. É pessoa consciente, sensível e vive mais intensamente e feliz. Sou lhe grata por ter me apontado caminhos para minha vida

Aos professores do Mestrado, pela dedicação e sabedoria distribuídas durante todo o curso.

Às Dr^a. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas e Dr^a. Maristela Inês Osawa Vasconcelos por aceitarem participar da minha banca, contribuindo com seus ensinamentos e sabedoria.

Aos colegas da minha turma de Mestrado, pela amizade, incentivo e apoio. Lembrarei eternamente de vocês.

Aos meus amigos, Caroline Oliveira Costa, Cleandro Sousa Vieira, Cristina Bastos Sousa, Filipe Augusto, Gracyanne Maria Oliveira Machado, Hercílio de Souza Miranda, Lara

Camille dos Santos Lopes, Marcela de Arruda Bitencourt, por alegrarem minha vida e sempre vibrarem com minhas conquistas.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Chaval-CE e peritos, pelas valiosas contribuições, disponibilidade e envolvimento neste trabalho.

Agradeço a todas as pessoas que vibraram, sorriram, emocionaram-se comigo nessa caminhada; a todas as pessoas que, com suas palavras, gestos e olhares, aqueceram-me, ampararam-me e me fortaleceram. Muito obrigada!

“Pedi, e dár-se-vos-à; buscai, e encontrareis; batei, e abrir-se-vos-à. Porque, aquele que pede, recebe; e, o que busca, encontra; e, ao que pede, abrir-se-lhe-à. E qual dentre vós é o homem que, pedindo-lhe pão o seu filho, lhe dará uma pedra? E, pedindo-lhe peixe, lhe dará uma serpente?”

Mateus 7:7-10

SANTOS, Vanessa Matos Gomes. **Saber Cuidar: construção de uma cartilha para profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS**, 2014. 156p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar uma cartilha aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de Chaval-CE, para subsidiar o cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS. A existência de um material educativo pode contribuir para servir de apoio no atendimento dessas demandas na ESF, no que diz respeito à obtenção de informações relativas à doença e direitos sexuais e reprodutivos das pessoas que vivem com HIV/AIDS, melhorando dessa forma a assistência a esse público. Trata-se de uma pesquisa intervencionista do tipo descritiva, com abordagem qualitativa, realizada no período de março de 2012 a junho de 2014. Utilizou-se como estratégia para discussão e captação da demanda de conhecimentos a ser inserida na cartilha, a composição de dois grupos de profissionais de saúde da ESF de Chaval-CE, que totalizaram uma amostra de vinte e oito participantes. Para esses momentos, foram utilizados uma câmera digital e um gravador, e foi entregue um roteiro com os conteúdos pré-definidos do material educativo, com espaço suficiente para eles anotarem suas sugestões. O conteúdo da cartilha foi construído tendo como base a literatura científica pertinente, em consonância com as demandas advindas das sessões grupais. A sua composição, quanto à sequência das informações, formatação das ilustrações, escolha das cores, diagramação, organização estrutural e formato final, foi realizada com a assessoria de profissionais da área de comunicação. A versão preliminar da cartilha foi submetida ao processo de validação, que foi realizado com a colaboração de três peritos, os quais representavam as categorias de enfermeiro e assistente social. Eles fizeram a validação das informações que constituíram o material e deram sugestões para seu aperfeiçoamento. Concluída esta etapa, foram realizadas a última edição, a diagramação e a impressão da versão final do produto em pauta. A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UVA, parecer 674838, além disso, foram resguardados os preceitos ético-legais de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, recomendados pela Resolução nº 466/2012.

Palavras-chave: HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Estratégia Saúde da Família. Materiais Educativos e de Divulgação.

SANTOS, Vanessa Matos Gomes. **Learn Care: Building a primer for health professionals who care for people with HIV / AIDS**. 2014. 156p. Dissertation (Professional Master in Family Health) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral.

ABSTRACT

This study aimed to develop a handbook for health professionals Health Strategy Chaval-CE family, to subsidize the care of people living with HIV / AIDS. The existence of an educational material can contribute to provide support in meeting these demands in the ESF, with regard to obtaining information on the disease and sexual and reproductive rights of people living with HIV / AIDS, thus improving assistance to that audience. This is an interventionist research descriptive, with a qualitative approach, conducted from March 2012 to June 2014. It was used as a strategy for discussion and capture demand for knowledge to be inserted in the booklet, the composition of two health professional groups of Chaval CE-ESF, totaling a sample of twenty-eight participants. For those moments, we used a digital camera and a tape recorder, and was handed a script with predefined content of the educational material, with enough space for them write down their suggestions. The content of the booklet was built based on the relevant scientific literature, in line with the demands arising from group sessions. Its composition, as the result of information, formatting graphics, choice of colors, layout, structural organization and final format was performed with the assistance of communication professionals. The preliminary version of the booklet was submitted to the validation process, which was conducted with the collaboration of three experts who represented the categories of nurse and social worker. They made the validation of information that constituted the material and gave suggestions for its improvement. Once this step, were held the last edition, the layout and printing of the final version of the product in question. The study was approved by the Ethics and Research Committee of UVA, opinion 674838, plus they were safeguarding the ethical and legal principles of autonomy, non-maleficence, beneficence and justice, recommended by Resolution No. 466/2012.

Keywords: HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Family Health Strategy. Educational and Promotional Materials.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Vista de satélite do Estado do Ceará, 2014	44
Figura 2 - Vista de satélite da cidade de Chaval-CE, 2014	47
Figura 3 - Vista de satélite da cidade de Chaval-CE, 2014	48
Figura 4 - Amostra da pesquisa intervencionista	50
Figura 5 - Características gerais dos grupos de discussão	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AZT	Zidovudina
CE	Ceará
C	Celsius
CDC	Disease Control and Prevention
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DdC	Zalcitabina
DDI	Didanosina
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DST	Doença Sexualmente Transmissível
Enong	Encontro Nacional de ONGs que Trabalham com HIV
EP	Educação Permanente
EQ	Exame de Qualificação
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
GM	Gabinete do Ministério
HAART	High Active Antiretroviral Therapy
HAB	Habitantes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ITR	Inibidores da Transcriptase Reversa
Km	Quilômetros
M	Metros
Mm	Milímetros
MS	Ministério da Saúde

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSC	Organizações de Sociedade Civil
PI	Piauí
PIB	Produto Interno Bruto
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de DST/AIDS
PSF	Programa Saúde da Família
PVHA	Política de Atenção às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
Renasf	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
RMF	Região Metropolitana de Fortaleza
RNA	Ácido Ribonucleico
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Serviços de Atenção Especializada
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TODO	Tratamento Diretamente Observado
TV	Televisão
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios para escolha dos peritos. Teresina-Piauí, 2014	54
Quadro 2 - Caracterização dos peritos participantes e respectivas pontuações. Teresina-Piauí, 2014	66
Quadro 3 - Sugestões dos peritos para inclusão de informações no texto, segundo o assunto incluso na Cartilha “Saber cuidar: cartilha para profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014	67
Quadro 4 - Sugestões dos peritos para reformulação de informações no texto, segundo o assunto incluso na Cartilha “Saber cuidar: cartilha para profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014	68
Quadro 5 - Sugestões dos peritos para exclusão de informações do texto, segundo o assunto incluso na Cartilha “Saber cuidar: cartilha para profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014	68
Quadro 6 - Sugestões dos peritos para reformulação das ilustrações constantes no material educativo incluso na Cartilha “Saber cuidar: cartilha para profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014	69
Quadro 7 - Sugestões dos peritos para a reformulação do vocabulário, segundo a substituição de frases constantes no material educativo incluso na Cartilha “Saber cuidar: cartilha para profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014	69
Quadro 8 - Sugestões dos peritos para a reformulação do vocabulário, segundo a substituição das palavras constantes no material educativo incluso na Cartilha “Saber cuidar: cartilha para profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014	70
Quadro 9 - Sugestões dos peritos para a reformulação do vocabulário, segundo a exclusão de palavras constantes no material educativo incluso na Cartilha “Saber cuidar: cartilha para profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014	70

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 -Grupo de discussão I	58
Fotografia 2 -Grupo de discussão II	59
Fotografia 3 -Sessão Grupal	60
Fotografia 4 -Banner com tópicos da cartilha	61

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Aproximação com o Objeto de Estudo	16
1.2	Contextualização do Objeto de Estudo	17
1.3	Justificativa e Relevância do Estudo	24
2	OBJETIVOS	28
2.1	Geral	28
2.2	Específicos	28
3	REVISÃO DE LITERATURA	29
3.1	O contexto da pandemia do HIV/AIDS	29
3.2	Aspectos culturais relacionados ao HIV/AIDS	32
3.3	A ESF e as Políticas de Prevenção e Controle do HIV/AIDS	35
3.4	Histórico dos materiais educativos impressos sobre HIV/AIDS destinados aos profissionais da ESF	40
4	PERCURSO METODOLÓGICO	43
4.1	Caracterização do Estudo/Abordagem	43
4.2	Cenário da pesquisa	44
4.2.1	O Ceará: contexto nacional e regional	44
4.2.2	Chaval: aspectos socioculturais e econômicos	47
4.2.3	Sistema Municipal de Saúde em Chaval	49
4.3	Sujeito da pesquisa intervencionista	50
4.4	Período da pesquisa intervencionista	51
4.5	Métodos e Procedimentos para coleta de informações	51
4.6	O Processo de Construção da Cartilha	52
4.6.1	A sistematização do conteúdo	52
4.6.2	A seleção e elaboração das ilustrações	52
4.6.3	A composição da cartilha	53
4.6.4	A validação por peritos	53
4.7	Aspectos éticos do Estudo	55
5	RESULTADOS	58
5.1	As sessões grupais	
5.2	A versão inicial da cartilha	65
5.3	As características dos peritos	65

5.4	As sugestões dos peritos	67
5.4.1	Referentes às informações do texto	67
5.4.2	Referentes às ilustrações	69
5.4.3	Referentes à linguagem	69
5.5	Opinião dos peritos a respeito da cartilha	70
5.6	A versão final da cartilha	71
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
6.1	Uma retrospectiva do caminho percorrido	119
6.2	Limitações e Sugestões da nossa pesquisa/intervenção	121
	REFERÊNCIAS	123
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o Objeto de Estudo

A AIDS parecia tão distante até aquela manhã, já no final do mês de julho, em dois mil e onze, quando recebi a notícia do suicídio de uma funcionária do hospital em que trabalhava, no município de Chaval-Ceará, cuja sorologia para o HIV tinha sido positiva. A descoberta da infecção tinha acontecido há um mês, de forma bastante bruta e entristecedora. Seu diagnóstico foi noticiado na cidade, antes mesmo dela se tornar ciente. Após esse episódio, ela recebeu alta do hospital e, sem condições de retornar à sua casa, devido a comentários maliciosos e preconceituosos dirigidos a ela e seus filhos no bairro em que morava, foi para o domicílio de uma colega, que fica localizado na área adscrita da Estratégia Saúde da Família (ESF) pela qual era responsável, como enfermeira.

Realizei uma visita domiciliar, a fim de compreender seus sentimentos e oferecer apoio emocional, além de fornecer orientações técnicas. Lembro-me da angústia que senti ao entrar na sala e vê-la sentada com um de seus filhos em seus braços, simplesmente não consegui, inicialmente, estabelecer uma comunicação. Sua amiga foi quem me ajudou: indagava e pedia para ela me falar de como se sentia atualmente.

Após alguns meses, esse lastimável episódio foi esquecido, as crianças foram morar com familiares em outra cidade e ninguém foi responsabilizado, tornando, portanto, esse caso, mais uma das inúmeras fatalidades da vida.

Foi assim que a AIDS passou, definitivamente, a fazer parte da minha vida e percebi que embora o vírus não esteja em nossa circulação, não podemos ser indiferentes a essa doença. A partir de então, o interesse pelo tema me contagiou, tomou conta ainda mais do meu trabalho, já que multipliquei minhas atividades de promoção da saúde da mulher.

Acrescido a isso, após a graduação tive a oportunidade de participar da Oficina de Aconselhamento para Profissionais de Saúde: Eu Preciso Fazer o Teste do HIV/AIDS? promovida pela Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP-CE, realizada no município de Fortaleza-Ceará, com carga horária total de vinte e quatro horas. Essa experiência contribuiu para a reflexão constante no pensar e agir profissional frente a pessoas infectadas pelo HIV e, acima de tudo, possibilitou-me a descoberta de um sentimento preconceituoso que convivia comigo e que eu não conhecia até aquele momento.

Foi possível, então, mergulhar em um movimento de construção e desconstrução de valores pessoais e práticas profissionais, trocar experiências com diversos trabalhadores de saúde, o que enriqueceu esse momento.

Em meio a esses acontecimentos veio o Mestrado e a oportunidade de pensar em uma proposta que se direcionasse as pessoas infectadas pelo HIV, pois essa é a melhor forma de aprender e, assim, trazer contribuições nessa área.

Somando-se a tudo isso, há apenas dois meses, estava de plantão na clínica médica do hospital em que trabalho no município de Teresina-Piauí, quando aconteceu um evento inusitado na maternidade deste estabelecimento. Uma gestante foi trazida pelo Samu apresentando sofrimento fetal, foi avaliada rapidamente pela obstetra e, devido ao perigo iminente, foi encaminhada urgentemente para o centro cirúrgico. Iniciou-se o parto cesareano, realizado por duas médicas obstetras, a enfermeira do setor foi realizar o teste rápido para o HIV, surpresa com o resultado positivo, imediatamente comunicou a uma das obstetras, que também está gestante. A reação da médica surpreendeu a todos, ela desesperadamente abandonou a cirurgia aos prantos e começou a direcionar inúmeros insultos à paciente, que simplesmente virou a cabeça para o lado sem conseguir se defender.

Enfim, essa situação ratificou e intensificou minha vontade de trabalhar com esta temática – HIV/AIDS – onde o preconceito e estigma ainda estão bastante presentes. Clarifica-se, nesse momento, que a partir do próximo capítulo optou-se por utilizar a terceira pessoa do singular em toda a pesquisa.

1.2 Contextualização do Objeto de Estudo

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das estratégias do Ministério da Saúde para reorganizar o sistema de saúde brasileiro. Surge em âmbito nacional em 1994, sendo denominado Programa Saúde da Família (PSF). Em 2006, com a portaria nº 648 (BRASIL, 2006a), o Programa Saúde da Família passa a se chamar Estratégia Saúde da Família, mantendo suas características originais.

Entre as características do processo de trabalho da ESF, destacam-se a adscrição da clientela e a territorialização, que se referem à delimitação da equipe de ESF como referência para um território geográfico e uma população de, no máximo, 4.000 habitantes, sendo recomendada a média de 3.000 habitantes (BRASIL, 2006a). A população do território adscrito é cadastrada junto à unidade de saúde, que se constitui como referência para o seu cuidado em saúde. A proximidade da unidade em relação ao território habitado pelos usuários

visa facilitar o acesso e propiciar que a equipe esteja inserida no contexto social e cultural dos usuários, facilitando a formação de vínculo (FRANCO; MERHY, 2004). O vínculo diz respeito à “constituição de referências do usuário com os profissionais que deverão responsabilizar-se do cuidado de sua clientela” (FRANCO; MERHY, 2004, p.57). A equipe mínima de ESF é constituída por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, 4 – 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A atenção básica, em especial a ESF, passa a ser vista como um importante equipamento para as ações de atenção em HIV-AIDS a partir do final da década de 1990. Até então, a rede de atenção em HIV-AIDS estava centrada nos hospitais, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Ambulatórios ou Serviços de Atenção Especializada (SAE). Os CTA foram criados com a finalidade de ofertar diagnóstico e aconselhamento em HIV- AIDS, sob os princípios de voluntariedade, confidencialidade, anonimato, agilidade e resolutividade do diagnóstico de HIV. Tais princípios estiveram em consonância com aspectos sociais e subjetivos suscitados pela epidemia, relacionados ao preconceito e discriminação das pessoas com HIV-AIDS. Já os ambulatórios ou SAE realizam o tratamento das pessoas que vivem com HIV-AIDS (BRASIL, 2008).

Apesar da importância fundamental desses serviços especializados, a institucionalização do SUS e a evolução da epidemia de AIDS redimensionaram as ações de atenção em HIV-AIDS, inserindo-as também na atenção básica. Um dos fatores que justificou esse redirecionamento foi a constatação, realizada pelo Ministério da Saúde, em 1998, de que o diagnóstico de HIV ocorria tardiamente no Brasil, ou seja, quando o sistema imunológico já estava debilitado (BRASIL, 2008). Além disso, ocorreram mudanças no perfil da epidemia, caracterizada atualmente por tendências de feminização, heterossexualização, pauperização, interiorização e juvenização (BRASIL, 2006b). Estes dois fatores passaram a justificar a necessidade de criação de novas estratégias para a ampliação do acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento. Uma dessas estratégias envolveu a incorporação de ações na atenção básica, considerada estratégica em decorrência da abrangência de cobertura populacional e da crescente ampliação através da consolidação da ESF.

Corroborando a isso, estudos de Santos *et al.* (2009) relatam que o cenário da epidemia de HIV/AIDS vem se modificando no Brasil e no mundo, o que se reflete em alterações do perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Nos primeiros anos da epidemia, os homens representavam a imensa maioria dos casos, e os coeficientes de incidência no sexo masculino eram expressivamente maiores do que no sexo feminino. Entretanto, embora mais indivíduos do sexo masculino no total de casos de AIDS sejam

notificados no Brasil, a velocidade de crescimento da epidemia é, como em outros países, maior entre as mulheres do que entre os homens.

Desde seu reconhecimento, no início dos anos 80, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) se disseminou pelo mundo, tornando-se um dos maiores desafios de saúde pública das três últimas décadas. De acordo com Sadala e Marques (2006), o impacto da epidemia da infecção HIV/AIDS no conjunto da sociedade propiciou, desde o início, intensa mobilização a favor da prevenção, luta pelos direitos dos pacientes e familiares, particularmente a luta contra o preconceito e a favor do acesso ao tratamento, como responsabilidade do Estado.

De acordo com Rodrigues *et al.* (2009), a história natural da AIDS sofreu uma mudança substancial após a introdução da terapia antirretroviral de alta potência. Deixou de ser uma doença terminal, de progressão rápida e elevada letalidade; diminuiu sua mortalidade e a incidência de doenças oportunistas, e aumentou a esperança de vida das pessoas com AIDS e, assim, tornou-se uma doença crônica.

Para Galvão *et al.* (2012), diante de uma doença crônica, outros fatores passam a ser proeminentes, como a adesão ao tratamento e seus efeitos colaterais, a convivência com a doença, a qualidade de vida, as incertezas e inseguranças desencadeadas pela patologia e os sentimentos de esperança decorrentes do aumento da sobrevivência dos infectados pelo HIV.

Para Barbosa e Pinho (2009), o impacto biopsicossocial do diagnóstico traz sentimentos como o medo da rejeição social, da doença, da morte, do abandono da família, do companheiro e dos amigos, ansiedade, diminuição da autoestima, sensação de perda do controle, perda da função social e a estigmatização.

O surgimento da AIDS como fenômeno social e histórico carregou consigo os espectros construídos no imaginário social, recrudescendo o conceito de peste, mobilizando sentimentos e preconceitos, tornando-se, ela mesma, um grande estigma.

Existe uma diversidade de produções enfatizando aspectos dos estigmas relacionados à AIDS. Zucchiet *et al.* (2010) abordam a vivência de episódios de estigma e discriminação relacionados à AIDS por crianças em escolas. Garrido *et al.* (2007) analisam a vivência de estigmas no ambiente de trabalho. Guerra e Seidl (2009) citam uma série de produções relacionando a vivência do estigma por crianças e seus familiares, com implicações na revelação do diagnóstico, aderência ao tratamento e construção de estratégias de enfrentamento. Almeida e Labronici (2007) estudaram os aspectos que motivaram cinco pessoas vivendo com HIV a não procurarem serviços do SUS para realizarem o acompanhamento de sua saúde. Através de entrevistas realizadas com essas pessoas, foi

constatada a existência de um receio na procura por serviços próximos aos seus locais de residência, pelo medo de serem identificadas ou de encontrarem pessoas conhecidas. Como um modo de proteção, preferem o segredo, aumentando o sofrimento pessoal e vulnerabilidade ao adoecimento de AIDS. Essa percepção é corroborada por estudo realizado por Seoane e Fortes (2009) com usuários de unidades de saúde com ESF, onde se constatou a inexistência de preocupação do usuário quanto à falta de sigilo de suas informações, a não ser em situações que envolvem doenças como a AIDS, onde o preconceito ainda está presente.

Corroborando com isso, Zambenedetti e Both (2013) perceberam que nem sempre a proximidade com o território é vista como uma facilitadora do acesso, demandando uma atenção especial às questões éticas suscitadas. Seus estudos destacam que alguns usuários preferem realizar o tratamento em serviços distantes de onde residem, com receio de serem identificados ao entrarem no serviço, ou por receio quanto à capacidade das equipes garantirem o sigilo diagnóstico. Afirmam, também, que nem sempre a proximidade do serviço de saúde em relação ao local de moradia facilita o acesso a ações de saúde. Essa argumentação assenta-se sobre as especificidades da atenção em HIV-AIDS, em especial, a dinâmica do estigma a ela relacionado.

Para compreender a dimensão do estigma em uma perspectiva dinâmica, apoiou-se no trabalho de Erving Goffman (GOFFMAN, 2008). Segundo o autor, estigma significa marca, impressão. O termo foi criado pelos gregos, identificando uma marca corporal que designava algo extraordinário ou mau sobre o status moral de uma pessoa. Posteriormente, o estigma deixou de estar relacionado a uma marca corporal, sendo relacionado aos valores atribuídos às características de uma pessoa, geralmente com caráter depreciativo.

Para pensar como o estigma opera em nível social e subjetivo, Goffman (2008) apresenta os conceitos de “identidade social”, “identidade social virtual” e “identidade pessoal”. A identidade social relaciona-se com os primeiros aspectos que nos permitem prever a categoria e o atributo ao qual um indivíduo pertence, sendo perpassada pela imagem corporal, vestimentas, profissão, entre outros marcadores sociais. É baseada em preconceções, transformadas em expectativas normativas. Em relação à AIDS, pode-se pensar na imagem socialmente difundida no início da epidemia, associando-a aos homossexuais, prostitutas, promiscuidade e magreza. Por outro lado, a identidade social virtual diz respeito às expectativas em relação à categoria/atributos da pessoa que está a nossa frente, quando nos colocamos em relação com alguém. Já a identidade pessoal diz respeito à maneira pela qual a pessoa à qual é atribuído um estigma, relaciona-se e manipula as informações concernentes a ele, podendo ou não se identificar com a identidade socialmente

atribuída. Uma pessoa que descobre viver com HIV pode se sentir envergonhada e marginalizada por pensar que irão associá-la a imagens socialmente carregadas negativamente, gerando discriminação. Disso pode decorrer uma série de comportamentos e sentimentos, incluindo respostas antecipatórias e defensivas, dificuldade de aceitação do diagnóstico e reações de retraimento.

Ao ser investigado sobre os fatores que facilitam e dificultam a abertura do sigilo do diagnóstico de HIV por usuários que frequentam o PSF, Ferreira e Nichiata (2008) encontraram resultados que apontam que as mulheres revelam o diagnóstico quando o mesmo foi feito na unidade, quando sentem que são melhor atendidas em função do diagnóstico, quando têm vínculo e confiam. Por outro lado, não revelam o diagnóstico quando a atitude do profissional gera medo e insegurança, não confiam por medo da quebra de sigilo ou acham que já têm tudo o que precisam no serviço especializado. Já o estudo realizado por Abdala e Nichiata (2008), investigando a abertura da privacidade e do sigilo diagnóstico na perspectiva dos profissionais do PSF, apontou que ela exige condições para ser efetivada, sendo que o acolhimento é uma das principais delas. Nesse sentido, o principal fator para a revelação do diagnóstico e estabelecimento de uma relação de cuidado não é garantido apenas pelo território ou facilidade de acesso físico à unidade de saúde, mas, sim, a definição do vínculo e estabelecimento de uma relação de confiança.

Em relação ao compartilhamento do diagnóstico na equipe, o trabalho de Abdala e Nichiata (2008) traz importantes contribuições, ao sugerir a inclusão do usuário nesse processo. Sugere-se que no momento da revelação do diagnóstico ocorra a abordagem da possibilidade de outros profissionais terem acesso a tal informação, negociando-se em que momento, por quais motivos e quais profissionais podem ter acesso. A inclusão do usuário nesse processo pode facilitar a abordagem dos profissionais de saúde e propiciar relações de sigilo e confiança, ao invés de encobrimento.

Zambenedetti e Both (2013) constataram que assim como a equipe pode atuar no sentido da desconstrução de estigmas, pode também atuar na sua reprodução. No decorrer de suas investigações identificaram alguns modos de relação que a equipe estabelece com a atenção em HIV-AIDS que (re)produzem e reforçam alguns estigmas e a relação entre estigma e estratégias de prevenção. A (re)produção do estigma nas práticas profissionais ocorre através da associação da AIDS com a morte e com uma marca corporal, designada pelos ACS como “a cara da AIDS”. A frase veiculada no cartaz assenta-se em uma estratégia educativa baseada no amedrontamento e na ideia de que a informação de cunho biomédico serviria para mobilizar as pessoas na direção da prevenção. Tal cartaz é direcionado às

peessoas que supostamente não estão infectadas, na expectativa de que sintam medo e adotem estratégias preventivas, designando a compreensão de que a prevenção significa evitar o contato com o agente transmissor de determinada doença. Ao restringirem a prevenção a tal concepção, negligenciam-se as pessoas que têm HIV e frequentam a unidade, sendo submetidas a uma informação que reforça um estigma. A associação com a morte também pode ter como consequência o medo e, conseqüentemente, evitar o teste anti-HIV, em decorrência da possibilidade de se confrontar com um resultado positivo.

Para Almeida e Labronici (2007), a AIDS, ao se fazer presente no mundo moderno, levantou a ameaça de uma crise global de rápida disseminação e agravamento, exigindo respostas e a necessidade premente de criação de recursos econômicos, políticos, sociais e psicológicos que dessem conta de uma problemática com tal magnitude.

Essa crise instigou principalmente a capacidade de lidar de forma humanitária com uma doença repleta de símbolos, significados, imagens imprecisas, falaciosas e que estimularam atitudes descomedidas de pânico, negação, intolerância e discriminação às pessoas atingidas por ela.

No entanto, segundo Almeida e Labronici (2007), o que parece ficar claro é que, a despeito desses avanços, dentre eles o advento dos antirretrovirais que melhoraram a qualidade de vida das pessoas, afastando-as da grande letalidade da doença, persevera a triste constatação de que a epidemia ainda é soberana e que a relação do conviver com o HIV e a AIDS continua cobrando um alto custo em sofrimento humano, advindo do estigma, preconceito e discriminação que a doença impõe.

A existência de tais questões faz com que muitas pessoas afetadas pela AIDS caminhem solitária e silenciosamente, limitadas em suas possibilidades de direitos e de acesso aos meios de proteção, promoção e assistência, obrigando-as, muitas vezes, a esconder sua condição sorológica, pelo medo de se expor e de padecer de preconceito ou discriminação, respostas provocadas pelo estigma.

Uma conquista importante foi a sobrevivência excepcionalmente melhorada das pessoas vivendo com esta síndrome, após a adoção terapêutica dos antirretrovirais, trazendo como consequência a diminuição do número de internações, redução na mortalidade por AIDS e melhora na qualidade de vida das pessoas. Esse aspecto coloca a AIDS sob a condição de cronicidade, a qual implica avançar, ainda, na concepção de novas práticas de saúde, sem desprezar a condição humana e os direitos sexuais e reprodutivos (VIDAL *et al.*, 2009).

Pela Constituição Brasileira, os portadores do HIV, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, têm obrigações e direitos garantidos. Entre eles: dignidade humana e

acesso à saúde pública e, por isso, estão amparados pela lei. O Brasil possui legislação específica dos grupos mais vulneráveis ao preconceito e à discriminação, como homossexuais, mulheres, negros, crianças, idosos, portadores de doenças crônicas infecciosas e de deficiência. Em 1989, profissionais da saúde e membros da sociedade civil criaram, com o apoio do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS. O documento foi aprovado no Encontro Nacional de ONGs que Trabalham com AIDS (Enong), em Porto Alegre-RS¹.

Acredita-se ser extremamente importante o processo de educação permanente dos profissionais de saúde sobre questões relacionadas ao HIV/AIDS, principalmente voltadas para a compreensão da doença, incluindo direitos sexuais e reprodutivos dos pacientes que vivem com HIV/AIDS.

Segundo Vidal *et al.* (2009), as estratégias políticas avançaram, fazendo o Brasil se tornar referência frente à epidemia de HIV/AIDS, pelo sucesso da vigilância dos casos e terapia antirretroviral disponibilizada. As ações voltadas para as mulheres se fortaleceram, pautadas, principalmente, sob o olhar da vulnerabilidade, na possibilidade de não infecção infantil, decorrente de gestação, parto e aleitamento materno, e pela pressão social na busca da obediência aos direitos humanos e melhoria das condições de sobrevivência com o HIV. Mas, ainda são incipientes e devem considerar as iniquidades desse grupo populacional que apresenta particularidades que o torna mais vulnerável.

Percebe-se que muito se tem, ainda, que discutir, produzir e transformar, na condução dessa problemática, avançando na busca de estratégias mais apropriadas e que reconheçam, preservem e até ampliem os direitos dessas pessoas, de serem tratadas com dignidade. Em relação à prática profissional, muito ainda tem que se avançar para tornar realidade aquilo que já é definido como direito, relacionado, principalmente, com a eliminação do estigma para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos.

No trato com os usuários, percebe-se o pouco preparo dos profissionais da saúde para a construção de uma proveitosa e efetiva convivência terapêutica. Verifica-se que esses profissionais acabam por “agir na urgência” (MOREIRA & CUNHA, 2003) – até pelo estigma da doença e forte mobilização emocional que a AIDS suscita (ROSEMARY & SYLVIE, 2000; TEIXEIRA, 2000; CUNHA *et al.*, 2001) –, assumindo “projetos terapêuticos” à revelia dos usuários, sem atentarem aos valores e às intenções que perpassam

¹Disponível em www.aids.gov.br, acesso em 20/01/2014

as diretrizes de tais projetos. Vale frisar que tais posicionamentos possuem consequências éticas e efeitos iatrogênicos, tal como o não comprometimento do usuário com o seu próprio tratamento e a apropriação do mesmo.

Tomando as sutilezas da relação médico-usuário na dialética entre tratar e curar, não se restringe às questões que os separam, enquanto atores sociais que ocupam diferentes lugares de fala (ARAÚJO, 2003) – o que remete invariavelmente a uma relação de poder –, mas ressalta-se “(...) o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos” (AYRES, 2002).

A proposta de Foucault (2008 *apud* SOUZA, 2010) pretende demonstrar que o poder não carrega unicamente pretensões repressivas, ou seja, o aspecto negativo do poder como poder de intervenção, de arbitrariedade, de controle e submissão. O poder deve ser pensado, também, a partir de seu positivo, como produtor, transformador. O ponto de intervenção do poder sobre o corpo do indivíduo se dá, ao mesmo tempo, como aprimoramento de suas potencialidades, como adestramento.

Considerando os fatos aqui apresentados, a fragmentação da atenção, das equipes e dos processos de trabalho; a cultura institucional e administrativa que anula ou mascara a criatividade e a identidade dos profissionais da saúde, questiona-se: como contribuir para que o serviço opere com uma nova e necessária dinâmica de trabalho? Nesse sentido, considera-se que uma das principais estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde é a educação em saúde.

Diante de tantos desafios, este trabalho propôs-se a elaborar uma cartilha voltada para os profissionais de saúde, sobre o cuidado a pessoas vivendo com HIV/AIDS, trazendo pontos referentes à doença e direitos sexuais e reprodutivos. Acrescenta-se que o inovador deste trabalho foi sua metodologia participativa, já que esse material educativo foi elaborado juntamente com o público a que se destina, tentando contemplar, na cartilha, suas demandas de conhecimento.

1.3 Justificativa e Relevância do Estudo

O desafio da Atenção Básica é o de ampliar suas fronteiras de atuação, visando uma maior resolubilidade da atenção, em que a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para a mudança deste modelo assistencial, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2008 *apud* CORDEIRO, 2009).

Estudos têm apontado a necessidade de ações preventivas que envolvam diferentes perspectivas de educação em saúde, para além da abordagem informativa, biomédica ou centrada no amedrontamento. “As epidemias, especialmente a de AIDS, têm nos ensinado que a prevenção não deve ser reduzida a campanhas de massa, distribuição de materiais educativos e veiculação de informações qualificadas” (BRASIL, 2001, p.33). A crítica não é direcionada à abordagem informativa em si – já que a informação também tem seu papel na educação em saúde – mas ao modo prescritivo como é trabalhada e ao fato de muitas vezes se constituir como a única alternativa de abordagem nos serviços de saúde (MEYER *et al.*, 2006).

Estima-se que o êxito destas atividades depende da habilidade em combinar uma variedade de métodos de comunicação, pois raras vezes se consegue desenvolver uma atividade educativa eficaz em matéria de saúde, somente com o uso de uma única forma de comunicação. Os recursos de comunicação, como os materiais educativos, podem proporcionar melhores resultados para os programas de educação para a saúde, pois possuem o potencial de dinamizar a comunicação no trabalho com educação em saúde, facilitar o trabalho da equipe de saúde na orientação dos pacientes e familiares, bem como auxiliar os indivíduos a compreenderem melhor o processo pelo qual estão passando (ECHER, 2005).

Podem ser identificadas inúmeras formas e pressupostos que conduzem o processo de construção desses materiais, que são influenciados por teorias orientadoras. No entanto, o diálogo aberto e a interatividade entre os sujeitos envolvidos são mais facilmente estabelecidos nos casos em que se aplicam modelos de comunicação pautados em uma relação dialógica e multidirecional (CARVALHO, 2007). Isso é, uma relação que demanda a capacidade de ouvir o outro e perceber suas singularidades, valorizando a interação e a troca de conhecimentos, em harmonia com a realidade das pessoas (FREIRE, 1996).

Considera-se que esse fundamento deve nortear a construção de materiais educativos, já que sua finalidade deve ter em vista o atendimento das necessidades próprias da clientela à qual eles estão direcionados. Entretanto, o desenvolvimento deste tipo de trabalho, feito mediante construção compartilhada de conhecimentos entre os sujeitos envolvidos, ainda não é predominante nas práticas de educação em saúde. Observa-se que as ações deste âmbito são realizadas sem levar em consideração a perspectiva das pessoas envolvidas.

Uma busca por trabalhos que contemplassem a construção de material educativo impresso, com participação e colaboração do público a que se destinam tais materiais, permitiu verificar a escassez de tal produção. Foi encontrado apenas um estudo, elaborado pela enfermeira Luciana Magnoni Reberte, com tema “Celebrando a Vida: Construção de uma

Cartilha para Promoção da Saúde da Gestante”, desenvolvido durante seu mestrado, no ano de 2008.

Reforçando essa afirmação, Rozemberg, Silva, Vasconcellos-Silva (2002) inferem que na avaliação da produção de materiais educativos impressos utilizados em um hospital do Rio de Janeiro, com a participação de profissionais envolvidos nesse tipo de produção, verificou-se a inexistência de pesquisas prévias sobre as necessidades dos usuários desse hospital para a criação de materiais educativos impressos. Esse fato resultou em simplificações e reducionismos, sobretudo na definição dos conteúdos, que foi feita pelos próprios profissionais. Os únicos estudos prévios à produção desses materiais foram relacionados à identificação do nível de escolaridade dos usuários, que somado à inexistência de outras pesquisas, reforçavam uma caracterização estereotipada desses sujeitos, a partir de suas carências.

Corroborando a isso, Reberte (2008), durante sua pesquisa, observou que os materiais educativos impressos voltados para grávidas, tinham sido elaborados sem identificação prévia e sistematizada das demandas próprias das gestantes, tampouco foram validados no momento da elaboração. Apenas um deles tinha sido validado, após ter sido concluído e estar disponível aos leitores. Nesse item, avaliou-se a importância de validar o teor científico do material produzido junto a um grupo de especialistas diretamente envolvidos com a saúde das gestantes. Nesse aspecto, Enkin *et al.* (2000) constaram a importância de disponibilizar aos usuários apenas os materiais educativos que sejam devidamente qualificados, que contenham informações fidedignas e de fácil compreensão.

Especificamente para HIV/AIDS, nos anos 2000 foram publicados três manuais articulando atenção em HIV-AIDS e atenção básica (BRASIL, 2003, 2005, 2006b). Esses manuais enfatizam a inserção do aconselhamento e o incentivo da oferta diagnóstica para o HIV (BRASIL, 2003, 2005). Indicam a proposição de ações de prevenção às DSTs/HIV/AIDS dentro das unidades de saúde (acolhimento, educação em saúde em sala de espera, disponibilização de insumos de prevenção e comunicação dos parceiros sexuais) e ações envolvendo a comunidade (mapeamento de grupos mais vulneráveis, encaminhamento para unidade de saúde ou outros serviços de referência, acesso à informação) (BRASIL, 2005; 2006b). As diretrizes do Ministério da Saúde orientam que as pessoas em acompanhamento nos serviços especializados possam também ser acompanhadas pelas unidades básicas, dentro de uma lógica de corresponsabilização.

Fundamentando-se na crença a respeito da importância dos aspectos até então mencionados no processo de produção de um material educativo, e tendo em vista a

inexistência desse tipo de material, pretendeu-se, nesta pesquisa, produzir uma cartilha educativa destinada à utilização no SUS, que possua as características de correspondência às demandas dos próprios profissionais de saúde sobre o cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS, e seja validada por profissionais competentes. Estimou-se, portanto, que a existência de um material educativo poderia contribuir para servir de apoio no atendimento dessas demandas na ESF, no que diz respeito à obtenção de informações relativas à doença e direitos sexuais e reprodutivos das pessoas que vivem com HIV/AIDS, melhorando dessa forma a assistência a esse público, diminuindo, assim, o risco de iatrogenias e más condutas. Este trabalho também se justifica pela possibilidade de ampliação da produção bibliográfica acerca do processo de educação permanente em saúde. Este estudo trará contribuições à comunidade acadêmica e à sociedade, uma vez que apresenta a análise de uma situação real de implantação e desenvolvimento de uma ação de educação permanente.

A educação permanente em saúde, além do seu enfoque didático-pedagógico, constitui política pública nacional desde 2004, e propõe o estabelecimento de relações entre instituições formadoras, os serviços de saúde propriamente ditos, a gestão do SUS e os órgãos de controle social, no que se refere à formação e desenvolvimento do pessoal da saúde.

A relevância deste estudo também reside na possibilidade de incorporação de muitas novas práticas em serviços de saúde, a fim de fortalecer e construir estratégias preventivas e para o aperfeiçoamento dos serviços voltados para a saúde das pessoas infectadas pelo HIV, no âmbito da Atenção Básica.

Por fim, o estudo também poderá ressignificar práticas desenvolvidas pelos profissionais que prestam assistência a pessoas infectadas pelo HIV, direcionar suas abordagens terapêuticas para o restabelecimento da qualidade de vida e para uma melhor forma de enfrentamento dessa condição.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Elaborar uma cartilha destinada aos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Chaval-Ceará, para subsidiar o cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS.

2.2 Específicos

- Identificar as necessidades de conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o cuidado a esse grupo específico;
- Detectar os aspectos a serem incluídos na cartilha, com apoio e parceria dos profissionais envolvidos no cuidado a esse público-alvo;
- Construir, a partir de um processo participativo, uma cartilha para os profissionais da Estratégia Saúde da Família.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O contexto da pandemia do HIV/AIDS

Entendendo a importância do conhecimento sobre a pandemia do HIV/AIDS, e sabendo que a produção do conhecimento é uma construção coletiva, um processo continuado de busca, no qual cada nova investigação complementa informações, o presente tópico faz um levantamento sobre questões relevantes dessa pandemia, buscando trabalhos já publicados na literatura.

Os primeiros relatos da AIDS foram publicados nos Estados Unidos, em 1981, ao serem notificados ao Center for Disease Control and Prevention (CDC) diversos casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e de Sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos previamente saudáveis (RACHID; SCHECHTER, 2008; FONSECA, 2005). A AIDS é a doença causada pelo HIV, e se caracteriza por uma imunodepressão grave. O portador do HIV pode passar anos com aspecto totalmente saudável e, enquanto isso, transmitir o vírus, sem nem mesmo saber que é portador.

O HIV é um vírus RNA, que pertence à subfamília lentivírus dos retrovírus humanos, e se caracteriza pela presença da enzima transcriptase reversa, que possibilita a transcrição do RNA viral em DNA, e que se integra ao genoma da célula do hospedeiro. As principais células infectadas são aquelas que apresentam molécula CD4 em sua superfície, principalmente macrófagos e linfócitos CD4+ (linfócitos T4 ou T-helper). Em 1996, outras importantes moléculas presentes na superfície das células e participantes no processo de infecção foram identificadas (RACHID; SCHECHTER, 2008).

Existem dois tipos de HIV: HIV-1 (responsável por quase todos os casos) e HIV-2 (encontrado principalmente no oeste da África), divididos em diferentes subtipos (BARTLETT; GALLANT, 2005). O HIV-1 foi isolado em 1983, de pacientes com AIDS, pelos pesquisadores Luc Montaigner, na França, e Robert Gallo, nos EUA. Em 1986, foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2. O vírus da AIDS, ao penetrar no corpo humano, aloja-se nos vasos linfáticos logo nas primeiras semanas da infecção, e pode permanecer no organismo de um indivíduo, sem se manifestar, por vários anos, reproduzindo-se de maneira silenciosa (BRASIL, 2006b).

As principais formas de transmissão do HIV são: sexual, sanguínea e vertical. Além dessas três formas mais frequentes, pode ocorrer também a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais de saúde (BRASIL, 2006a).

As pessoas portadoras da doença instalada apresentavam uma série de manifestações clínicas e também emocionais, pelo impacto da enfermidade. Assim, diante do desconhecido, a sociedade produziu representações apoiadas na ideia de doença contagiosa, incurável e mortal, recrudescendo o conceito de “peste”, cujo significado representava uma ameaça extrema à sociedade, atrelada a atitudes, a fim de se evitar as pessoas portadoras do agravo (ALMEIDA; LABRONICI, 2007).

Em sua primeira fase, de 1980 a 1986, a AIDS se caracterizava pela transmissão homo/bissexual masculino, de escolaridade elevada. Em seguida, de 1987 a 1991, caracterizava-se pela transmissão sanguínea e pela participação de Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), dando início, nessa fase, a um processo mais ou menos simultâneo de pauperização e interiorização da epidemia.

A descoberta de medicações antirretrovirais como a Zidovudina (AZT), Inibidor da Transcriptase Reversa (ITR), abriu perspectivas terapêuticas de ampliar o tempo de sobrevivência. Em 1992, o Ministério da Saúde no Brasil passou a fornecer gratuitamente o AZT e medicamentos utilizados na quimioprofilaxia a pacientes cadastrados em serviços de referência. Foram incorporados a Didanosina (ddI) e a Zalcitabina (ddC) em 1995. A partir de 1996, a nova proposta terapêutica denominada de “High Active Antiretroviral Therapy” (HAART) veio proporcionar grande aumento na sobrevida aos pacientes soropositivos. A disponibilidade dessa terapia antirretroviral de alta potência, gratuitamente, para todas as pessoas com HIV positivo, causou impacto notável na realidade da epidemia no Brasil, com redução da morbi-mortalidade, diminuição das internações hospitalares e progressiva mudança na maneira da sociedade e dos profissionais da saúde em se relacionar com pacientes (SADALA; MARQUES, 2006).

No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez em 1982, no Estado de São Paulo, e, desde o início da década de 1980 até hoje, existem aproximadamente 600 mil brasileiros com o vírus do HIV, sendo 13.520 casos notificados no ano de 2010. Dos casos de AIDS acumulados até junho de 2010, a região Sudeste concentra o maior percentual (58%) do total de notificações no país, com 344.150 registros da doença. A região Sul concentra 19,5% dos casos, com 115.598 notificações; o Nordeste, 12,6%, com 74.364 casos; o Centro-Oeste, 5,7%, com 34.057; e, o Norte, 4,2%, com 24.745 casos notificados (LIMA, 2012). Em relação

à mortalidade, de 1980 a 2006 foram declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 192.709 óbitos por AIDS no Brasil (BRASIL, 2007a).

Fatores estruturais facilitam a transmissão do HIV e sua concentração em populações e áreas geográficas particulares. Estes fatores podem ser agrupados em três categorias interconectadas e distintas, a saber: o subdesenvolvimento econômico e a pobreza; a mobilidade, incluindo migração e trabalho sazonal, que interagem frequentemente com a pobreza; e a desigualdade de gênero, que também interagem com a pobreza, condicionando a vulnerabilidade relacionada ao HIV/AIDS (PARKER; CAMARGO JÚNIOR, 2000).

No início dos anos 80, no Brasil, a epidemia da AIDS, conhecida como a peste gay, atingia principalmente indivíduos homossexuais e bissexuais masculinos, de classe média ou alta, brancos e habitantes das grandes metrópoles (RACHID; SCHECHTER, 2008). Entretanto, evidenciou-se nos últimos anos, no Brasil, uma clara mudança no perfil epidemiológico do HIV/AIDS, como a heterossexualização, a feminização da epidemia e o crescimento no número de crianças infectadas, além de aumento na incidência entre populações mais vulneráveis socioeconomicamente (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008).

A partir do momento em que a AIDS passa a atingir de forma significativa segmentos não marginalizados da sociedade, como mulheres, heterossexuais, casados e crianças, a doença ganha “nova cara” e transcende a nova política de prevenção, agora voltada não apenas às populações marginalizadas (SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR, 2006). Pensar sobre as políticas de prevenção da AIDS requer uma leitura de vários fatores sócio-político-econômicos e culturais que delimitam as ações. Isso porque a implantação dessa política exige responsabilidade sanitária, capacitação de técnicos, recursos financeiros e organização do sistema de saúde (SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR, 2006).

Outro fator que merece destaque é a influência das diferenças sociodemográficas no padrão da mortalidade por AIDS dentro de uma mesma cidade ou país. A pauperização e a periferização da epidemia demonstram a importância das políticas de saúde pública ligadas à prevenção e ao controle da epidemia, de acordo com realidades locais (FARIAS; CARDOSO, 2005). Nesse sentido, ressalta-se a importância de um sistema de vigilância epidemiológica adequado às necessidades nacionais, permitindo identificar os principais problemas e definir prioridades para intervenção.

Desde o início da epidemia da AIDS até os dias atuais, muito se tem feito no sentido de melhorar a qualidade de vida dos portadores do HIV. Diversas estratégias de combate à progressão da doença são realizadas com a participação das esferas públicas, federais, estaduais e municipais, e visa à redução dos casos, das infecções oportunistas, das internações

hospitalares e dos casos de morte por AIDS, destacando-se, nesse contexto, a introdução da terapia antirretroviral de alta potência (DOURADO *et al.*, 2006). No entanto, na terceira década da epidemia da AIDS, os desafios estão voltados para a melhoria dos recursos técnicos, medicamentosos, assistência integral e melhoria da qualidade de vida dos pacientes acometidos pela AIDS (CARACIOLO *et al.*, 2008). Nesse contexto, o atendimento a pessoas com HIV/AIDS para além dos aspectos medicamentosos, coloca-se como uma necessidade a ser enfrentada.

A epidemia da AIDS trouxe para os profissionais da saúde o desafio de aprenderem a lidar com o ser humano nas suas questões mais íntimas, principalmente por relacionar-se à saúde reprodutiva e sexual da população, envolvendo a expressão da sexualidade das pessoas. Com isso, ela exige a reflexão do modelo de atenção à saúde e a definição de ações de prevenção nos diferentes níveis de gestão do SUS, considerando o contexto de desigualdade social e de acesso aos serviços de saúde, tarefa não tão fácil, em se tratando de temática subjetiva, influenciada por aspectos socioculturais, políticos, religiosos e jurídicos.

Para isso, faz-se necessário que os indivíduos e os grupos saibam identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar o meio ambiente de forma favorável, a partir do esforço coletivo envolvendo a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o desenvolvimento de suas habilidades e intervenções para as ações conjuntas intersetoriais (BRASIL, 2002).

3.2 Aspectos culturais relacionados ao HIV/AIDS

Estudar e entender a forma como as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas dos problemas de saúde, os tipos de tratamento nos quais elas acreditam, a quem recorrem quando adoecem e os significados e ideias sobre o processo saúde-doença, isto é, conhecer seus aspectos culturais, são extremamente valiosos para a implementação de estratégias de prevenção ou acompanhamento em casos de adoecimento.

Para Helman (2009), ao estudar um grupo de seres humanos é necessário estudar as características tanto de sua sociedade como de sua cultura, onde essa é entendida como um conjunto de orientações (tanto explícitas quanto implícitas) que os indivíduos herdaram como membros de uma sociedade particular, as quais lhes dizem como ver o mundo, como experimentá-lo emocionalmente e como se comportar em relação às outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses, e ao ambiente natural.

De acordo com Valle (2007), em muitos países a AIDS tornou-se problema de saúde pública, conhecido primeiro através da imprensa, da TV e dos meios de comunicação. Esse foi também o caso do Brasil. A imprensa tem sido útil na construção de representações culturais da AIDS, e dos discursos em que a epidemia é capturada. Eles servem de instrumentos culturais e mapas cognitivos para grupos e indivíduos afetados ou não pela AIDS. As representações que tem reconstruído a epidemia têm sido apropriadas e mantidas através de formas culturais diferentes, de acordo com os contextos sociais nos quais são definidas.

Segundo Helman (2009), a síndrome da imunodeficiência adquirida (e outras DSTs) só pode ser compreendida dentro de seu contexto socioeconômico particular, especialmente se ele é de desigualdade econômica e social. Isso ocorre porque uma das influências mais importantes na doença é a pobreza, que pode ser tanto um fator de risco para contrair AIDS, quanto um resultado dela. A pobreza pode significar que as mulheres ou meninas têm de ingressar na prostituição, a fim de sustentar a si mesmas ou seus filhos, ou pagar uma dívida da família. Nessa situação, isso também pode significar que nem elas nem seus clientes têm dinheiro para comprar preservativos. A pobreza pode ajudar a concentrar a doença em certas áreas ou em certas partes da população, já que ela produz baixos níveis educacionais, condições de vida inseguras e em aglomeração, um risco maior de estupro e de prostituição forçada de mulheres jovens, e uma pressão econômica sobre os homens para migrarem sozinhos para as cidades grandes, para trabalharem em indústrias ou minas. Todos esses fatores se somam, para um risco aumentado de infecção pelo HIV.

Somando-se a isso, Valle (2007) afirma que houve uma reconfiguração histórica da construção cultural da AIDS nas últimas duas décadas. No início dos anos 80, a AIDS foi vista, em termos de identidade sexual pela imprensa e por boa parte de seu público, geralmente manifestando ideias e atitudes negativas sobre a homossexualidade masculina, sendo definida como a doença gay. Por outro lado, a AIDS era vista pela imprensa brasileira como um mal americano que chega ao país. Como a AIDS avançava, ela chegou, um dia, no Rio de Janeiro. Era vista igualmente como um mal da classe artística. Era na chamada comunidade gay que a AIDS avançava de forma mais intensa, especialmente pelo predomínio da promiscuidade, a categoria cultural explicativa mais central na época. Concepções de lugar, de identidade sexual e de diferença de classe constituíram, bem cedo, a representação da AIDS.

De acordo com Espósito e Kahhale (2006), a história cultural da AIDS mostra como houve a emergência de categorias identitárias referentes às pessoas com HIV e AIDS. De 83 a

87, termos como vítima, paciente e portador de AIDS foram os mais usados. Os pacientes eram sempre representados em camas de hospital, exigindo cuidados médicos, o que construía culturalmente uma condição clínica e suportava formas de distância social. Todas essas categorias e imagens enfatizavam a degradação passiva e inevitável vivida pelos soropositivos. De 1987 em diante, a categoria que passou a circular e prevaleceu foi a de aidético. Qualquer pessoa infectada pelo HIV era chamada assim. O aidético emergiu no mesmo período em que a AIDS começou a ser ativamente administrada por intervenção clínica, quando a medicalização da vida com AIDS tornou-se uma questão. Ser um aidético veio sugerir, portanto, uma identidade abrangente, que definia e agregava pessoas das mais diversas trajetórias e experiências sociais, culturais e subjetivas: mulheres aidéticas; pivetes aidéticos; gays aidéticos, etc. Todos eram subentendidos por meio de uma identidade comum, que era mais caracterizada pelo estigma da doença, e sempre sobre o signo da morte. A representação cultural do aidético foi crucial para definir e caracterizar a identidade social da pessoa soropositiva. De um lado, essencialmente genérica; por outro, a categoria implicava a objetividade e a violência simbólica dos significados culturais de doença e morte, compreendidos num modo bastante negativo e associado com devastação corporal, e uma finitude não desejada. Finalmente, o portador de HIV era aquele que tinha passado, sobretudo, por uma trajetória moralmente condenada.

Goffman (1975) afirma que “o termo estigma será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo” numa linguagem de relações e, não de atributos em si. Ora, alguém ter um determinado atributo não o caracteriza com um estigma, pois o estigma se dá intrinsecamente pela relação entre alguém que possui atributos distintos de uma dada categoria da qual ele se aproxima, e pessoas que não possuem tais atributos. Portanto, estigmas representam algo mau dentro da sociedade, que deve ser evitado; em síntese, são identidades deterioradas por uma ação social.

Ainda segundo Goffman (1975), o termo estigma e seus sinônimos ocultam uma dupla perspectiva: assume o estigmatizado que a sua característica distintiva já é conhecida ou é imediatamente evidente ou, então, que ela não é nem conhecida pelos presentes e nem imediatamente perceptível por eles?

As representações culturais da AIDS podem ser uma mistura de crenças médicas e nativas – uma doença física, mas também uma punição pelo comportamento pecador (HELMAN, 2009).

Corroborando com isso, Maia, Guilhem e Freitas (2008) relatam que a AIDS foi reconhecida como uma “epidemia da imoralidade”, já que inicialmente estava associada a

pessoas e comportamentos considerados desviantes. Nesse sentido, a história moral da AIDS permitiu a construção da noção de que essa seria uma “doença estrangeira”, dos “outros”, daqueles considerados distantes morais. Mas, o tênue limite entre o “eu” e o “outro” emerge a partir do momento que a infecção ultrapassa os limites do público e do privado, alcançando a sacralidade da família e do casamento. Persistem dificuldades relativas à compreensão do contexto das interações pessoais, em particular, dos fatores que interferem no estabelecimento e na manutenção das alianças conjugais e dos relacionamentos afetivo-sexuais. Portanto, investigar a prevenção do HIV/AIDS entre heterossexuais com relacionamentos estáveis pode ter como obstáculo, o quanto essas pessoas estão vinculadas a crenças e valores morais associados ao casamento; na concepção ocidental, representariam atributos como amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade.

Além disso, segundo Helman (2009), as mulheres muitas vezes relutam em sugerir o uso do preservativo, pois podem ser vistas como sexualmente muito experientes e muito “avançadas” em seu comportamento. Outras podem achar que propor o uso do preservativo pode ameaçar a sobrevivência de sua relação, prejudicando a intimidade, pela sugestão de que elas não confiam em seu parceiro sexual. Porém, outro aspecto importante aqui é o diferencial de poder-físico, social e econômico – entre as mulheres e os homens em muitas sociedades. Frequentemente, as mulheres mais jovens ou mais pobres não se sentem capazes de resistir à pressão dos homens para não usarem preservativo.

As dificuldades decorrentes da hierarquização de poderes nas relações afetivo-sexuais, suprimindo efetivos canais de comunicação sobre a sexualidade entre parceiros, resultam em justificativa para não utilização de práticas de sexo seguro em relacionamentos estáveis. No entanto, a configuração atual da epidemia de AIDS confirma a falibilidade de tal comportamento, que impede a reflexão sobre a sexualidade de mulheres e homens (MAIA, GUILHEM E FREITAS, 2008).

Em resumo, todos esses fatores significam que como parte de qualquer programa de prevenção da AIDS, essas desigualdades estruturais, econômicas, sociais e culturais precisam ser avaliadas, além de tratar medicamente aqueles que já contraíram a doença.

3.3 A ESF e as Políticas de Prevenção e Controle do HIV/AIDS

Desde o início da epidemia, a prevenção tem sido uma questão crucial para os programas de controle do HIV/AIDS. As ações de prevenção das infecções sexualmente

transmissíveis e do adoecimento dependem de um longo processo de aprendizado individual e coletivo de como lidar com as dificuldades socioculturais, materiais, psicológicas e políticas.

Considerando os princípios básicos dos SUS e da Constituição Federal de 1988 de universalização, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular, os serviços de Atenção Básica devem ser estruturados para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando necessário, encaminhamento dos portadores de DST, incluindo o HIV/AIDS, às unidades de referência (BRASIL, 1990).

Para que essas ações possam ser realmente efetivadas, foram estabelecidas políticas de prevenção e controle do HIV/AIDS, através da criação, em 1986, do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, o qual se tornou referência mundial no tratamento e atenção a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. O departamento tem dois grandes objetivos: reduzir a transmissão do HIV e das doenças sexualmente transmissíveis e melhorar a qualidade de vida das pessoas com DST, HIV/AIDS.

Para alcançar resultados junto à sociedade, o departamento vem priorizando grandes processos, tais como: o fortalecimento da rede de atenção e linhas de cuidado às DST, HIV/AIDS e hepatites virais; prevenção, diagnóstico precoce da infecção pelo HIV/AIDS, pelas hepatites virais e redução de risco e vulnerabilidade; promoção de direitos humanos e articulação com redes e movimentos sociais; aprimoramento e desenvolvimento da vigilância, informação e pesquisa e acesso universal aos medicamentos, preservativos e outros insumos estratégicos (BRASIL, 2012b).

Dentre as ações governamentais para monitoramento e controle do HIV/AIDS, destaca-se a Política Nacional de Controle do HIV/AIDS, que tem como propósito geral sistematizar as diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) acompanhando as tendências temporais e espaciais da ocorrência da AIDS e da infecção pelo HIV, visando orientar as ações de controle da epidemia em todos os níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1999).

De acordo com o PN-DST/AIDS, junto com a terapia antirretroviral, outros cuidados são fundamentais para a saúde dos soropositivos. Não existem fórmulas milagrosas para tratar a AIDS e, sim, uma ação conjunta, integral, multiprofissional e individualizada, realizada por profissionais de saúde devidamente capacitados (BRASIL, 2009a).

O PN-DST/AIDS, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), vem estruturando uma Política de Atenção às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA), que propõe agregar as ações de prevenção, assistência, direitos humanos e participação social (BRASIL, 2007b). O tratamento previsto no Programa Nacional de

DST/AIDS não inclui apenas uma abordagem medicamentosa, mas uma rede de atenção integral como: mobilização social como forma de enfrentar preconceitos e discriminações; o acesso à informação e a insumos de prevenção; o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde; a qualidade na assistência; o acompanhamento clínico-laboratorial; a adequação do tratamento às necessidades individuais; e o compartilhamento das decisões relacionadas à saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso da terapia antirretroviral (BRASIL, 2007b).

Segundo o PN-DST/AIDS, para melhor acompanhamento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis existem os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que são serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Todos os testes são realizados de acordo com a norma definida pelo MS. O atendimento nesses centros é inteiramente sigiloso e oferece a possibilidade de acompanhamento por uma equipe de profissionais de saúde que orientará sobre o resultado final do exame, independente dele ser positivo ou negativo. Quando os resultados são positivos, os CTAs são responsáveis por encaminhar as pessoas para tratamento nos serviços de referência (BRASIL, 2009c).

Com o objetivo de oferecer uma melhor qualidade de vida possível aos pacientes e seus familiares, o PN-DST/AIDS também traz o cuidado paliativo como parte do tratamento do HIV/AIDS. Esse cuidado se traduz como a atenção total e ativa aos pacientes que apresentam sintomas desagradáveis de difícil controle, tais como dor e outros sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais, além do suporte para ajudar a família a enfrentar a doença, assim como o cuidado ao cuidador. Para isso, a equipe de cuidados paliativos é multiprofissional e deve ser minimamente composta de médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psiquiatra, dentre outros (BRASIL, 2009a).

Constata-se que algumas estratégias específicas são primordiais para a melhora da adesão e o sucesso no tratamento, como o aporte de informações, grupo de adesão, atendimento individual, atividades de sala de espera, rodas de conversa e o Tratamento Diretamente Observado (TDO) (BRASIL, 2007b).

Muitos esforços têm sido implementados para a incorporação efetiva das ações de prevenção e controle do HIV/AIDS e outras DSTs no âmbito da atenção à saúde. Com relação à Atenção Básica, salienta-se que ela tem grande importância para a promoção dessas ações, uma vez que possui uma rede de serviços capilarizada em todo o território nacional, e suas equipes trabalham com enfoque na promoção da saúde, tendo uma grande inserção na comunidade (BRASIL, 2006b).

A partir de 1994, o MS iniciou o desenvolvimento da ESF, que nessa época tinha o caráter de Programa de Saúde da Família (PSF). Um dos objetivos principais da ESF é contribuir para a orientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Reorganiza a Atenção Básica substituindo o modelo tradicional, hospitalocêntrico, que prioriza ações curativas, realizadas principalmente em ambiente hospitalar (BRASIL, 2000).

A ESF se caracteriza inicialmente por ser a porta de entrada do SUS, bem como ser o eixo central da organização do sistema, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, a cargo das Equipes de Saúde da Família (EqSF) e de Saúde Bucal e dos ACS. Através de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento, reabilitação e manutenção da saúde da população atendida, a ESF busca concretizar os princípios de integralidade, universalidade e participação social do SUS (BRASIL, 2008).

As práticas de saúde da ESF devem ser organizadas na Atenção Básica, em território definido, desenvolvendo ações focalizadas na saúde e dirigidas às famílias e ao seu habitat de forma contínua, personalizada e ativa, com ênfase na promoção e prevenção, porém, sem descuidar do curativo/reabilitador, tendo alta resolutividade e baixos custos diretos e indiretos, quer sejam econômicos ou sociais, articulando-se com outros setores que podem determinar as condições de saúde de uma população.

No ano de 2006, através da Portaria 648/GM, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, que indica um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. O desenvolvimento dessas ações requer o exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, voltadas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006d).

Alguns pressupostos devem orientar essas práticas: o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e que expressa a qualidade de vida; a eleição da família e de seu espaço como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção da saúde; a intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; a prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população

adscrita, no domicílio, no ambulatório e no hospital; a humanização das práticas de saúde e a busca da satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe de saúde com a comunidade; o estímulo à organização da comunidade para efetivo exercício do controle social e o estabelecimento de parcerias buscando ações intersetoriais (BRASIL, 2006c).

Assim, a Atenção Básica organizada pela ESF é orientada pelos princípios do SUS: 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.

A ESF configura-se em uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe e a população atendida, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade e liberdade das ações. Para isso, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individual, da família e da comunidade, e para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde, a EqSF precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade, os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação das ações (BRASIL, 2000).

Algumas ações de promoção da saúde e prevenção ao HIV e outras DSTs são norteadas por alguns aspectos dentro da Atenção Básica, sendo essa representada pela ESF, que dizem respeito: à diversidade de orientação sexual e estilos de vida, ao diálogo objetivo sobre sexualidade e uso de drogas, à concepção sobre redução de danos na abordagem/atendimento aos usuários de drogas, à consideração a singularidade de cada usuário, à articulação com a sociedade civil organizada, ao acolhimento e estímulo à testagem para o HIV, atitudes de solidariedade e antidiscriminatórias e garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas vivendo com HIV/AIDS (BRASIL, 2006b).

O trabalho educativo voltado para a prevenção do HIV é importante e complexo. Desta forma, Fernandes (1994) já destacava a necessidade do aprofundamento de seus conteúdos, propondo em seu estudo três aspectos a serem avaliados no planejamento dos trabalhos educativos destinados à prevenção da AIDS: a informação a ser divulgada e seus efeitos sobre os conhecimentos, as percepções e as atitudes da população frente ao HIV; a facilitação da resposta; e a abertura de espaços para reflexão individual e coletiva. De acordo com esse autor, o que cada um vai fazer em relação à AIDS será sempre uma questão pessoal e íntima. Cabe aos profissionais de saúde fazerem a sua parte da melhor forma possível, acreditando na capacidade das pessoas de desejarem buscar uma melhor condição de vida.

Por tudo isso, demonstra-se a importância de haver um olhar mais sensível por parte dos governantes, profissionais de saúde e da sociedade em geral às pessoas que vivem com HIV/AIDS, para que haja o acompanhamento efetivo desses pacientes, visando à integralidade e melhor qualidade da atenção em saúde.

3.4 Histórico dos materiais educativos impressos sobre HIV/AIDS destinados aos profissionais da ESF

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária, trouxe como um dos pontos centrais de suas proposições a necessidade da mudança no modelo de atenção. Inicialmente, na primeira década da implantação, a Atenção Primária à Saúde, designada nacionalmente de Atenção Básica, foi considerada como caminho para alcançar a universalidade das ações no território nacional (TEIXEIRA, 2006). No entanto, naquela conjuntura prevaleceu a concepção de atenção primária seletiva, com um conjunto de ações limitadas, muitas vezes focadas no controle de doenças mais prevalentes e, durante algum tempo, os debates sobre as práticas de saúde, na pauta das políticas, deram lugar àqueles voltados à gestão e ao financiamento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Considerando Modelo de Atenção, na perspectiva de Paim (2008), como "conteúdo" dos sistemas de saúde, o foco da mudança seria exatamente as práticas, uma vez que, em seu conceito, o modelo é a forma de se combinar as tecnologias para a resolução de problemas e atendimento às necessidades de saúde, tanto individuais quanto coletivas.

Nesse sentido, para o desenvolvimento dessas práticas, as dimensões política, organizacional e técnico-assistencial devem ser consideradas (TEIXEIRA, 2006). A política diz respeito aos mecanismos de condução do processo de reorganização dos serviços; a organizacional se refere à relação entre as unidades de prestação de serviços; e a técnico-assistencial perpassa pelas relações estabelecidas entre sujeitos e objetos de trabalho.

No sentido da reestruturação dos serviços de saúde a partir do SUS, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), numa perspectiva focalizadora, a partir do qual se buscava superar desigualdades no acesso aos serviços de saúde e visava o alcance da equidade dentro do sistema (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Por apresentar características distintas dos demais programas e por ter sido considerado um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde, no nível da

atenção básica, o PSF foi considerado, em 1997, uma estratégia possível para reorientação da Atenção Básica e, conseqüentemente, do modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 1997).

Nesse sentido, o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve se caracterizar, segundo o documento oficial que a instituiu e, mais recentemente, pela atual Política da Atenção Básica, pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com fins de garantir a efetividade da Atenção Primária (BRASIL, 2007).

Entretanto, para que a ESF se constitua em proposta alternativa de modelo de atenção, ela precisa ter uma combinação de tecnologias e uma correlação de forças favoráveis às mudanças, caso contrário, continuará sendo o PSF em sua conformação inicial, como mais um programa verticalizado (PAIM, 2008). Além disso, suas ações deveriam se caracterizar pela intersectorialidade, educação permanente, monitoramento, avaliação e estímulo à participação popular, visando a uma melhoria gradativa nas condições de vida da população (BRASIL, 1997).

Em diferentes momentos, desde a implantação da ESF, alguns estudos têm apontado para o distanciamento entre as práticas recomendadas, daquelas que vêm sendo implementadas em diversos cenários (RONZANI, 2003). Alguns autores têm sinalizado sua incompletude, no que diz respeito à alteração do modelo hegemônico, uma vez que tem sido insuficiente a mudança na forma de pensar e fazer no cotidiano das ações nos diversos níveis (SOUSA; HAMANN, 2009).

As análises de implantação evidenciam que pela própria característica do programa, inicialmente focalizado e somado às intensas diferenças regionais do país, a implementação da ESF, a partir de 1998, aconteceu em contextos diversificados e com intensidades e características também muito diferenciadas. Inicialmente sua implantação ocorreu de forma mais intensa em municípios de grande porte, mas sem atingir boa cobertura. Posteriormente, inicia-se a implantação em municípios menores e, nesse caso, essa implantação veio acompanhada de expansão da proporção de cobertura potencial (PEREIRA, 2006).

Essa também foi diferenciada, tanto em relação ao ritmo quanto à proporção, entre as regiões brasileiras e entre os grupos de municípios com maior ou menor renda per capita (BRASIL, 2006). Além disso, a avaliação normativa realizada pelo Ministério da Saúde, referente ao período de 1998 a 2002, revela diferenças também na estrutura e no processo de trabalho entre os municípios e entre as regiões do país (BRASIL, 2004). Tais diferenças dizem respeito à disponibilização de equipamentos, formas de contratação, remuneração,

utilização de mapas da área, realização de reuniões com a comunidade, atendimento de enfermagem, ações de vigilância epidemiológica, capacitação da equipe, apoio diagnóstico e referência.

A educação dos profissionais é um forte indicador de qualidade, porque representa a estratégia básica de formação dos recursos humanos (FARAH, 2006). A educação deve servir para preencher lacunas do conhecimento, para identificar os possíveis problemas no cotidiano de trabalho e, com isso, contribui para a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Baseado nisso, na descoberta do vírus da AIDS, em 1983, e acompanhando a evolução da ESF desde sua implantação, em 1998, percebe-se que houve uma quantidade pequena de publicações de materiais educativos sobre a temática – HIV/AIDS – destinados aos profissionais de saúde da ESF.

Na década de 90, começam a publicar livros sobre esse tema, dentre eles estão: “Plano Estratégico- prevenção, Controle e assistência das DST/AIDS no local de trabalho” (1996-1998), “Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis” (1997), “Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência das DST/AIDS no local de trabalho” (1998), “Guia de Vigilância Epidemiológica” (1998), “Guia para prestação de Serviços em Saúde Reprodutiva” (1998), “Caderno da Atenção Básica nº18- HIV/AIDS, Hepatites e outras DST” (2006) e o “Guia de Bolso”, que tem oito edições, sendo a última em 2010.

Avaliando o processo de elaboração desses materiais educativos, nota-se que nenhum foi construído mediante processo participativo e dialógico, já que apenas uma quantidade restrita de profissionais da área da saúde participou da criação dessas publicações. Cabe salientar que o Guia de Bolso é dirigido especialmente aos médicos, como vem enfatizado em seu Prefácio, e que todos eles falam do HIV/AIDS dentro do contexto das DSTs, não existindo, portanto, um material educativo que trabalhe especificamente com a temática do HIV/AIDS.

Considera-se, desse modo, a publicação desses materiais como insuficiente, e reitera-se a importância de elaborar um material educativo sobre tal temática, destinado aos profissionais da ESF, pois se constitui em importante ferramenta do processo educativo.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Caracterização do Estudo/Abordagem

Este estudo se trata de uma pesquisa intervencionista, pois objetivou resolver ou minimizar uma problemática, através do conhecimento e, a partir de uma realidade observada, com uma ação conjunta, partilhada entre a autora e os profissionais de saúde da ESF. De acordo com Vergara (2011, p.43), a investigação intervencionista tem como principal objetivo:

Interpor-se, interferir na realidade estudada para modificá-la. Não se satisfaz, portanto, em apenas explicar. Distingue-se da pesquisa aplicada pelo compromisso de não somente propor resoluções de problemas, mas, também, de resolvê-los efetivo e participativamente.

Quanto à abordagem, foi sistêmica, com método exclusivamente qualitativo. Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa consiste no estudo que visa compreender as relações de crenças, percepções, opiniões e interpretações dos homens referentes à sua forma de se posicionar, pensar, sentir e viver, ou seja, é um universo de significados, que corresponde a processos e fenômenos mais complexos que não podem ser reduzidos.

Corroborando com Turato (2011), o método qualitativo é utilizado para estudar a qualidade do objeto, trata-se de formular um conhecimento em torno das propriedades que lhe são específicas, com o objetivo de apresentá-las em sua essência.

Também foi do tipo descritiva, pois visou detalhar uma intervenção realizada com profissionais da ESF. De acordo com Gil (2010), a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Cervo, Bervian e Silva (2007) referem, ainda, que nesse tipo de estudo é possível observar, registrar, analisar e correlacionar dados ou fatos colhidos da própria realidade, sem manipulá-los.

Assim, em consonância com o objetivo geral deste estudo, optou-se por esse tipo de abordagem, pois ela propicia que os pesquisadores sejam levados a refletir sobre o seu envolvimento no processo da pesquisa, constituindo-se como participantes ativos, tanto na construção do conhecimento clínico como na pesquisa em si.

4.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município de Chaval-CE, com a participação dos profissionais da ESF dessa cidade.

4.2.1 O Ceará: contexto nacional e regional

O Ceará é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Está situado na região Nordeste e tem por limites o Oceano Atlântico a norte e nordeste, Rio Grande do Norte e Paraíba a leste, Pernambuco a sul e Piauí a oeste. Sua área total é de 148.825,6 km², ou 9,37% da área do Nordeste e 1,7% da superfície do Brasil (IBGE, 2010).

Figura 1 - Vista de satélite do Estado do Ceará, 2014



Fonte: Google Earth, 2014

A capital e maior cidade é Fortaleza, sede da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF). Outras cidades importantes, fora da RMF são: Juazeiro do Norte e Crato, na Região Metropolitana do Cariri; Sobral, na região noroeste; Itapipoca, na região norte; Iguatu, na região centro-sul; Aracati, na Região do Vale do Jaguaribe; e Quixadá, no sertão. Na RMF,

cidades importantes como Eusébio, Horizonte, Maranguape, Maracanaú e São Gonçalo do Amarante, sede do Porto do Pecém, incrementam o PIB cearense. Ao todo são 184 municípios (IBGE, 2010).

É atualmente o décimo terceiro Estado mais rico do país, sendo o terceiro mais rico do Nordeste. A capital, Fortaleza, é o município com o maior PIB do Nordeste, e o 9º maior do país (IBGE, 2010).

Abriga o maior parque aquático da América Latina, o Beach Park, na praia do Porto das Dunas, que recebe cerca de 1 milhão de visitantes por ano. O Estado também abriga o quarto maior estádio de futebol do Brasil, o Estádio Governador Plácido Castelo (Castelão), que tem capacidade para 67.000 pessoas (BORZACCHIELO, CAVALCANTE, DANTAS, 2007).

O Estado é conhecido nacionalmente pela beleza de seu litoral, pela religiosidade popular e pela imagem de berço de talentos humorísticos. A jangada, ainda comum ao longo da costa, é considerada um dos maiores símbolos do povo e da cultura cearenses. O Ceará concentra 55% de toda caatinga do Brasil. Terra de Rachel de Queiroz, Patativa do Assaré e José de Alencar, o Ceará também descobriu os maiores humoristas do país, como Renato Aragão, Tom Cavalcante e Chico Anysio; além do cearense do século, Padre Cícero; e atores famosos como José Wilker, Gero Camilo e Luiza Tomé (BORZACCHIELO, CAVALCANTE, DANTAS, 2007).

O topônimo Ceará tem vários significados, porém, o mais conhecido e aceito significa, literalmente, *canto da jandaia*. Segundo o escritor José de Alencar, Ceará é nome composto de *ce*mo - cantar forte, clamar, e *ara* - pequena arara ou periquito (em língua indígena). Há também teorias de que o nome do Estado derivaria de *Siriará*, referência aos caranguejos do litoral (ARAGÃO, 1994).

O Ceará é cercado por formações de relevo relativamente altas: chapadas e cuevas: a oeste é delimitado pela Serra da Ibiapaba; a leste, parcialmente; pela Chapada do Apodi; ao sul pela Chapada do Araripe; e ao Norte pelo Oceano Atlântico. Daí o nome de Depressão Sertaneja à área central (BORZACCHIELO, CAVALCANTE, DANTAS, 2007).

No litoral, que se estende por 573 km, predominam os mangues e restingas, vegetação litorânea típica, além de áreas sem vegetação, recobertas por dunas. Mesmo com altitudes muito pouco elevadas, as pluviosidades e a umidade são maiores que na Depressão Sertaneja. As temperaturas médias variam de 22°C a 32°C. A planície litorânea possui geografia diversificada, o que faz com que o Estado possua praias com coqueirais, dunas, barreiras (também chamadas falésias por muitos) – paredões sedimentares que acompanham a

faixa da costa e, em alguns trechos, possuem tons coloridos – e áreas alagadas de manguezal, onde há grande biodiversidade (SOUSA, GONÇALVES, 2002).

As praias mais famosas do Ceará são: a Praia de Jericoacoara, a Praia de Canoa Quebrada e a Praia de Porto das Dunas, dentre outras, as quais se destacam por alcançar fama internacional. Regionalmente, outras praias destacadas são: a Praia das Fontes, Morro Branco, Icaraí, Presídio, Baleia, Flecheiras, Cumbuco e Lagoinha. O litoral cearense é atravessado por duas rodovias, a Costa do Sol Nascente e a Costa do Sol Poente, que, a partir de Fortaleza, direcionam-se para o litoral leste e oeste, respectivamente (SOUSA, GONÇALVES, 2002).

Segundo estimativas do IBGE (2010), a população cearense é de aproximadamente 8.778.575 habitantes, o que confere ao Estado uma densidade de 58,99 hab./km². Há forte concentração populacional na microrregião de Fortaleza (que inclui municípios da Região Metropolitana de Fortaleza), com 3.255.701 habitantes; na do Cariri, com 519.055 habitantes; e na de Pacajus, com 98.390 habitantes. Somadas, possuem 7.875,767 km² (5,3% do total) e 3.873.146 habitantes (46% do total), o que lhes confere uma densidade populacional de 491,78 hab./km².

As cidades mais povoadas do Estado estão nessas regiões: Fortaleza (8.001,4 hab./km²), Maracanaú (1.908,2), Juazeiro do Norte (1.005,1) e Pacatuba (542,5), respectivamente. Entre 1998 e 2008, persistiu a concentração da população na Região Metropolitana de Fortaleza, que cresce a ritmo mais acelerado que a média estadual (1,75% contra 1,25%, respectivamente) (IBGE, 2010).

Os principais hospitais públicos do Estado estão concentrados na Capital. Atualmente, o sistema de saúde pública cearense é composto por hospitais municipais e estaduais, totalizando 164 unidades hospitalares com internação e 2.198 sem internação. O Hospital Geral de Fortaleza é o maior hospital público. O Instituto Doutor José Frota é o maior hospital de emergência. Dois hospitais de grande porte serão construídos durante o atual governo do Estado nas regiões do Cariri e Sobral, para diminuir a superlotação do sistema de saúde cearense. O sistema também é composto por centenas de postos de saúde e centenas de equipes do Programa de Saúde da Família em quase todos os municípios. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência está sendo implantado em todas as regiões do Ceará. O atendimento médico privado é bastante desenvolvido, com um total de 127 hospitais (FORTALEZA, 2011).

4.2.2 Chaval: aspectos socioculturais e econômicos

Chaval é um município brasileiro do Estado do Ceará. Sua população estimada em 2006 era de 13.348 habitantes. Fica localizado ao norte do estado e encontra-se a 414Km de distância de Fortaleza, capital do estado. Limita-se com o Piauí, separado pelo Rio Ubatuba (IBGE, 2010).

O topônimo Chaval é explicado pelo fato de terem achado um molho de chaves nas margens do rio Timonha. Mas, há quem diga que o nome vem da palavra "chavala", que significa fazenda, em francês. Outra explicação seria o uso figurado da palavra "cavalar", que significa enorme/descomunal, em alusão às pedras gigantes encontradas na região. Sua denominação original era Ibassu, depois Ibuacú e, desde 1911, Chaval (ARAGÃO, 1994).

Figura 2 - Vista de satélite da cidade de Chaval-CE, 2014



Fonte: Google Earth, 2014

Seu clima é tropical quente semiárido, com pluviosidade média de 1.030 mm, com chuvas concentradas de janeiro a abril (CPRM, 1998).

As principais fontes de água fazem parte da bacia do rio Coreaú, sendo as principais os rios Timonha, Baiacuzinho, Camurupim e rio Ubatuba (também conhecido por São João da Praia), além do riacho Cajueiro. O Açude Itaúna é açude de grande porte.

O território de Chaval tem um relevo plano, com áreas de drenagens, e não existem elevações superiores a 200 metros. A vegetação predominante é a de tabuleiros, ocorrendo também a caatinga e manguezais em zonas mais restritas (CPRM, 1998). O município é

dividido em três distritos: Chaval (sede), Passagem dos Vaz e Carneiro (zona rural) (CHAVAL, 2011).

A economia é baseada na produção de sal marinho em salinas, na agricultura de subsistência (algodão arbóreo, caju, arroz, milho, mandioca e feijão), na pecuária (bovinos, suínos e avícola), e na piscicultura (criatórios de camarão). Existem, ainda, 18 indústrias, sendo doze de extração mineral (sal marinho) e seis de moagem e embalagem de sal para uso na pecuária. Em seu território foram registradas a ocorrência de ferro, na produção de 65% em minérios de hematita com magnesita e na proporção de 50% e 30% em Itabirutus (CPRM, 1998).

O turismo também é uma das fontes de renda, devido às belezas naturais: Porto do Mosquito, banho na Barragem do Caldeirão, Balneário dos "Urubu", passeio pelos Rios e Salinas, visitação à Pedra das Carnaúbas (com 100 metros de altura), Pedra da Santa, Pedra do Céu, Pedra da Gruta Nossa Senhora de Lourdes (um santuário no centro da cidade) entre outras.

De acordo com Chaval (2011), os principais eventos culturais são:

- Pescaria artesanal de linha (agosto, dia variável);
- Festa de Nossa Senhora de Lourdes (17 a 27 de novembro);
- Regata de canoas (em um fim de semana, durante os festejos de novembro);
- Festa de Santo Antônio (7 a 13 de junho).

Figura 3 - Vista de satélite da cidade de Chaval-CE, 2014



Fonte: Google Earth, 2014

4.2.3 Sistema municipal de saúde em Chaval

O Sistema Municipal de Saúde de Chaval apresenta capacidade instalada para realização de serviços básicos em saúde. O município possui 06 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que são: 01 hospital público e 05 unidades básicas de saúde. A gestão do sistema de saúde é de responsabilidade, em nível local, do secretário municipal de saúde (CHAVAL-CE, 2011).

A Atenção Básica Municipal se consolida através da ESF e se caracteriza como porta de entrada dos serviços de saúde. O município de Chaval tem seu território dividido em 5 áreas de atuação da ESF, sendo que essa tem uma cobertura de 100% da população, com 05 equipes de saúde da família, 05 equipes de saúde bucal (ESB), 33 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Todas as equipes têm a composição mínima de profissionais estabelecida pelo Ministério da Saúde, totalizando 58 profissionais de saúde (CHAVAL-CE, 2011).

Dessas cinco unidades básicas da ESF, duas estão localizadas na zona rural e três na zona urbana, sendo denominadas de PSF I, PSF II, PSF III, PSF IV e PSF V, sendo que todas são compostas por doze profissionais de saúde, exceto o PSF III, que tem apenas dez (CHAVAL-CE, 2013).

Atualmente, o município foi contemplado com dois médicos cubanos do programa Mais Médicos, os demais profissionais de nível superior são efetivos do quadro de pessoal da prefeitura. Como na grande maioria dos municípios, ainda prevalece a dicotomia assistência médica – saúde pública, que reforça um modelo assistencial que mostra ações pontuais e desordenadas.

Paradoxalmente, observa-se um processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população.

Um desafio sempre presente nas discussões e reuniões mensais das equipes da ESF com a coordenação da Atenção Básica e Secretário Municipal de Saúde é a dificuldade na condução dos casos de doenças sexualmente transmissíveis crônicas, tais como: hepatites B e C, neurosífilis, infecção pelo HPV e HIV/AIDS, devido à inexistência de um fluxograma na ESF, sistema de referência/contrarreferência eficiente, escassez de treinamento para os recursos humanos e insuficiência de recursos materiais.

Durante os atendimentos em saúde da mulher ou demanda espontânea, contemplados no cronograma das equipes em apenas um turno o primeiro, e dois o segundo, é possível existir a detecção dos casos de DSTs e, assim, começar uma investigação mais detalhada. O

grande empecilho para um desfecho satisfatório nessas situações é a inexistência da contrarreferência, o que permite a perda desse indivíduo na rede.

Somando-se a isso, existe uma contínua cobrança dos profissionais de saúde por ações de educação permanente no município, o que garantiria uma assistência de qualidade aos usuários atendidos na ESF.

4.3 Sujeito da pesquisa intervencionista

Conforme Gil (2010), universo ou população é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. Enquanto a amostra é subconjunto desse universo, que deve ser obtida de uma população específica e homogênea por um processo probabilístico aleatório, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características do mesmo.

O universo dessa pesquisa intervencionista foram os profissionais da ESF de Chaval-Ceará, que, atualmente, totalizam 58, sendo: 05 médicos, 05 enfermeiros, 05 odontólogos, 05 técnicos em enfermagem, 05 atendentes de consultório dentário e 33 ACSs.

Inicialmente foi enviado um convite (Apêndice A) para as unidades básicas, destinado a todos os componentes, para que se fizessem presentes em uma sessão grupal, com local, data e horário definidos. Para os profissionais que aceitaram participar desse trabalho, no dia da sessão grupal foi entregue e realizada a leitura do TCLE (Apêndice B). Nele estão explicitados os objetivos da pesquisa e a forma de participação. Na sequência, foi solicitado o preenchimento de um questionário para caracterizar profissionalmente os participantes (Apêndice C).

A amostra desta pesquisa intervencionista, que totalizou 28 participantes, está distribuída da seguinte forma, conforme a categoria profissional, apresentada na Figura 4.

Figura 4 - Amostra da pesquisa intervencionista



Fonte: Dados da pesquisa

4.4 Período da pesquisa intervencionista

O período de estudo para elaboração da pesquisa teve relação direta com o cronograma estabelecido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família –Renaf.

Ao longo do ano de dois mil e doze, ocorreram: a escolha do objeto de estudo, o aprimoramento da escrita do projeto, e a seleção de referenciais teóricos e metodológicos para qualificação do projeto.

Em abril de dois mil e treze aconteceu a qualificação da proposta inicial do projeto. Por sugestão da banca examinadora, um novo projeto foi elaborado, a fim de contemplar determinações dos examinadores.

Os encontros com os profissionais da ESF foram realizados no início de junho do ano de dois mil e catorze, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UVA, finalizando, então, com a apresentação da dissertação de mestrado, prevista para o final de junho de dois mil e catorze.

4.5 Métodos e procedimentos para coleta de informações

Inicialmente, a pesquisadora fez uma pesquisa bibliográfica sobre HIV/AIDS e elaborou uma lista com os conteúdos a serem colocados na cartilha (Apêndice D), esses foram explicitados durante as sessões grupais, momento em que os participantes trouxeram para essa discussão seus conhecimentos prévios e suas demandas sobre a temática. A lista com os conteúdos tinha espaço suficiente para que colocassem suas sugestões para a escrita do material educativo a ser construído.

As duas sessões grupais aconteceram em datas diferentes, sendo que a média de participantes não excedeu o número de vinte, e o tempo não foi superior a três horas, para que não houvesse exaustão e dispersão dos participantes.

A metodologia participativa foi adotada no desenvolvimento do grupo, devido aos benefícios proporcionados pela participação grupal e na liberdade para expressar dúvidas e emitir opiniões que tal abordagem permite, além de gerar um clima de liberdade na interação entre eles. Mais especificamente, utilizou-se a metodologia de pesquisa intervencionista. Entende-se que tal estratégia pode possibilitar a capacidade participativa coletiva, mantendo o foco da atenção às necessidades emanadas pelo grupo (VERGARA, 2011). Nesse sentido, valorizou-se a capacidade de aprendizado dos participantes, considerados atores sociais ativos, capazes de produzir conhecimento e participar da tomada de decisões grupais.

As sessões grupais visaram, além de aprimoramento de conhecimento dos envolvidos, a obtenção de dados para composição do material educativo impresso destinado aos profissionais de saúde, visando ao atendimento de suas próprias demandas.

Todos os encontros foram gravados em áudio e vídeo, o que permitiu preservar o conjunto do conteúdo trabalhado, para posterior análise das falas dos participantes.

Por fim, avaliou-se a importância de validar o teor científico do material produzido junto a um grupo de especialistas. Nesse aspecto, Enkin *et al.* (2000) constaram a importância de disponibilizar aos usuários apenas os materiais educativos que sejam devidamente qualificados, que contenham informações fidedignas e de fácil compreensão. Por essa razão, acreditou-se na necessidade de desenvolver estratégias que possibilitassem a construção de materiais cujos conteúdos e ilustrações estejam respaldados em fundamentos científicos.

4.6 O Processo de Construção da Cartilha

4.6.1 A sistematização do conteúdo

O conteúdo da cartilha foi composto tendo como base as demandas dos profissionais de saúde da ESF sobre HIV/AIDS. Na etapa seguinte, de sistematização desse conteúdo, foi realizada uma revisão da literatura para garantir a fundamentação científica, pois isso é condição essencial para preservar a segurança do leitor e definir apropriadamente os conceitos constantes em um material educativo (ECHER, 2005).

Todo o processo de construção desse material educativo foi permeado pela atenção voltada à adequação da linguagem, de modo a facilitar a compreensão da cartilha por seus usuários. O cuidado em relação à adequação da linguagem, no sentido de facilitar sua compreensão, é importante nos trabalhos relacionados à educação e promoção da saúde. Nesse sentido, devem ser preferencialmente utilizadas as palavras de uso popular, sobretudo as coloquiais. O emprego de termos técnicos deve se restringir ao estritamente necessário e, nesse caso, os devidos esclarecimentos devem ser feitos mediante a utilização de exemplos (DOACK, 1996 apud REBERTE, 2008).

4.6.2 A seleção e elaboração das ilustrações

Com o objetivo de tornar a leitura descontraída e de fácil compreensão, considerou-se a necessidade de incluir algumas ilustrações no material educativo. Foram incluídas

ilustrações prontas, selecionadas a partir de outros materiais, e que as respectivas fontes foram citadas no produto final. Esse trabalho foi realizado utilizando-se consulta a livros-texto e imagens disponibilizadas em páginas eletrônicas. Essas ilustrações fundamentaram o trabalho de arte para a criação de ilustrações originais para a composição final da cartilha após ser concluído o processo de validação.

4.6.3 A composição da cartilha

Na etapa de composição da cartilha propriamente dita, foi realizado contato com um profissional da área da comunicação, que realizou o trabalho de edição do material.

Concluído esse trabalho, foi feita a organização estrutural e de formato do material. Por fim, procurou-se um profissional especializado para realizar o trabalho de diagramação e sua transformação para um formato passível de impressão.

4.6.4 A validação por peritos

Para Moraes (2011), tecnologias inovadoras necessitam de avaliação para se ter a real noção do que se está produzindo.

Validar o conteúdo resulta no julgamento de diferentes juízes ou pessoas de reconhecido saber na área da atitude ou traço que está sendo medido (CUNHA, 2000). Validar a aparência consiste em avaliar a clareza dos itens, a facilidade de leitura, a compreensão e forma de apresentação do instrumento (POLIT; HUNGLER, 2011). Dessa forma, optou-se por trabalhar a análise da estrutura, conteúdo, linguagem e ilustrações, segundo a percepção de peritos.

A fase de validação por peritos foi desenvolvida com a colaboração de profissionais da área da saúde, pois este cuidado é fundamental para valorizar as diferentes perspectivas envolvidas na atividade de promoção e educação para a saúde (ECHER, 2005).

Seleção dos peritos

Para seleção dos peritos, utilizou-se instrumento de pontuação construído por Balbino (2014), adaptando-se às necessidades do estudo, que foi desenvolvido conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Critérios para escolha dos peritos. Teresina-Piauí, 2014

Especialista	Pontos
Doutor na Área da Saúde	2
Mestre na Área da Saúde	2
Especialista em Saúde da Família	1
Experiência em Assistência a pessoas que vivem com HIV/AIDS	2
Atuação na ESF há mais de 5 anos	1
Ensino sobre DST/AIDS	2
Publicação (artigo, livro ou capítulo de livro) sobre HIV/AIDS	2
Desenvolvimento/orientação de pesquisa sobre material educativo vinculado ou não a trabalho de conclusão de curso/dissertações/tese	2
Desenvolvimento/orientação de pesquisa sobre HIV/AIDS vinculada ou não a trabalho de conclusão de curso/dissertações/tese	2
Experiência na construção ou avaliação de materiais educativos ou didáticos	2
Total	18

Fonte: Dados da pesquisa

O somatório dos critérios resulta em 18 pontos. No entanto, a pontuação mínima para a seleção dos peritos foi seis. Os peritos foram selecionados por meio da amostragem *bola de neve*, sendo essa estratégia utilizada para localizar amostras difíceis ou impossíveis de serem encontradas de outras maneiras (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

De acordo com Albuquerque (2009), na amostragem bola de neve, um indivíduo é recrutado e, em seguida, indica outras pessoas de seu relacionamento para que também participem da amostra. Esse procedimento é repetido algumas vezes, até que o tamanho pré-definido da amostra seja alcançado ou até que a população fique saturada (ou seja, se esgotem os membros acessíveis da mesma). Assim, quando for identificado um sujeito que se enquadre nos critérios de elegibilidade estabelecidos, será solicitado ao mesmo que sugira outros participantes (POLIT; BECK, 2011). Optou-se por predefinir o tamanho da amostra em um número de três peritos, devido à inexistência de financiamento para impressão da cartilha.

Inicialmente, foi feita uma versão preliminar desse material educativo, a fim de ser submetido à validação pelos peritos. A seleção dessa amostra ocorreu na cidade de Teresina-PI, pois a pesquisadora reside e trabalha atualmente nesse município. Após a aplicação dos critérios de inclusão estabelecidos pelo somatório do Quadro 3, foi feito contato por meio de

correio eletrônico ou telefone e, uma vez aceita a participação, agendou-se encontro para formalizar a participação na pesquisa.

No primeiro encontro, foi feita uma explicação detalhada da proposta da pesquisa, seus procedimentos, e reiterada a importância da colaboração de cada perito. Nesse momento, foi entregue a versão preliminar da cartilha e o questionário de validação (Apêndice E), no qual os peritos foram solicitados a registrar suas sugestões, no sentido de aperfeiçoar o material. Esse questionário foi adaptado de outro, que foi utilizado para validar material educativo destinado à promoção da saúde da gestante (REBERTE, 2008). O referido instrumento permitiu que os peritos fizessem recomendações quanto à estrutura, conteúdo, linguagem e ilustrações contidas na cartilha. O questionário também teve um espaço reservado para o registro de recomendações adicionais.

Na sequência, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice F), onde estão explicitados os objetivos da pesquisa e como ocorreria a participação na pesquisa para os peritos que aceitaram participar, e solicitada a assinatura no TCLE. Além disso, foi solicitado o preenchimento de um questionário que caracterizou o profissional enquanto perito (Apêndice G). Foi pactuado um prazo de uma semana para que os peritos pudessem manusear o material e responder ao questionário.

Posteriormente, foram marcados encontros individualmente para o recebimento desses instrumentos e das cartilhas, e obtenção de esclarecimentos a respeito dos significados das sugestões feitas. Uma vez obtidas as sugestões dos peritos para reformulação da cartilha educativa, elas foram submetidas a um processo de classificação, segundo tópicos.

Após esse processo, a pesquisadora realizou as adequações sugeridas no conteúdo e ilustrações da cartilha, seguidas do trabalho de edição e diagramação da cartilha pelos profissionais de comunicação, isso culminou com o desenvolvimento da versão final da cartilha.

4.7 Aspectos Éticos do Estudo

O primeiro procedimento ético foi o envio do projeto de pesquisa para a Secretaria de Saúde do município de Chaval-CE, após liberação (Anexo A), foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, para aprovação e, somente após o parecer favorável, sob número 674838(Anexo B), foi iniciada a pesquisa.

Os participantes da pesquisa/intervenção e os peritos foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), emitido em duas vias. A participação na pesquisa ocorreu de forma voluntária.

Além disso, foram assegurados o sigilo das informações, anonimato, livre acesso às informações, bem como liberdade para desistir de participar do estudo em qualquer momento. Os profissionais de saúde de Chaval-CE que não desejaram participar da pesquisa não foram penalizados. Por fim, foi pedida a autorização para gravar e filmar as sessões grupais.

Somando-se a isso, a pesquisa resguardou os preceitos ético-legais de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, recomendados pela Resolução nº 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O princípio da **autonomia** foi respeitado, pois foram esclarecidos aos profissionais de saúde que possuíam livre arbítrio para decidir participar ou não da pesquisa, sendo essa voluntária, e que, independente do tempo, poderiam se negar à permanência nas sessões grupais, sem que isso implicasse em qualquer penalidade. Utilizou-se um gravador portátil, filmadora e máquina fotográfica para registrar todas as informações, com a anuência dos participantes. Comunicou-se, também, sobre a liberdade de solicitarem esclarecimentos acerca de quaisquer dúvidas durante a participação na pesquisa, como também foram explicados os objetivos, metodologia e a relevância social da pesquisa (BRASIL, 2012).

Aos profissionais de saúde e peritos que aceitaram fazer parte do estudo foi resguardada a confidencialidade das informações e suas identificações. No entanto, os primeiros autorizaram que fossem colocadas suas fotografias na pesquisa.

Com relação ao princípio da **beneficência**, garantiu-se aos participantes a firmação do compromisso de trazer o mínimo de risco e o máximo de benefícios possíveis, e de não causar danos morais e trabalhistas a eles. Respeitou-se os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como hábitos e costumes. As sessões grupais foram realizadas em local privativo para o grupo, garantindo-se a confidencialidade do que foi discutido. Além disso, firmou-se o compromisso de divulgar os resultados com os envolvidos e à gestão local, acreditando que este estudo trará contribuições no cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2012).

Ainda sobre os benefícios do estudo, acredita-se que o sistema de saúde de Chaval-CE foi beneficiado, pois as ações realizadas trouxeram eco positivo pela forma de sua implementação, ou seja, foram desenvolvidas atividades, com enfoque educativo, que não estavam nas rotinas dos serviços. As sessões grupais deram oportunidade para o aprendizado e fortalecimento de atitudes mais assertivas quanto ao cuidado a pessoas que vivem com

HIV/AIDS. Somando-se a isso, o estudo pode predizer melhoria nas estratégias dos serviços de saúde para construir espaços dialógicos, onde haja planejamento estratégico sobre a temática abordada, além de gerar reflexão sobre a ampliação de espaços de cuidados que vislumbrem a qualidade da saúde dessas pessoas, indo ao encontro das diretrizes do Sistema Único de Saúde, que tem como meta a promoção da saúde e a qualidade de vida da população.

Quanto ao princípio da **não maleficência**, mostrou-se que o estudo não causou prejuízos aos profissionais de saúde que participaram das sessões grupais e nem para os peritos, ao contrário, a participação nos grupos contribuiu para a troca de conhecimentos e experiências acerca da temática proposta (BRASIL, 2012).

Já no princípio da **justiça**, proporcionou-se o maior grau possível de equidade aos profissionais e peritos que participaram do estudo, não obtendo nenhum grau de diferenciação entre eles. Foram explicadas as relevâncias sociais, enumerando as vantagens para os que aceitaram participar da pesquisa (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

5.1 As sessões grupais

A abordagem utilizada para solicitar a participação dos profissionais de saúde da ESF, nesta pesquisa/intervenção, deu-se através do envio de um convite a cada uma das cinco EqSF do município de Chaval-Ceará.

Baseado na quantidade de profissionais de cada ESF, formaram-se dois grupos (Fotografias 1 e 2), que ficaram divididos da seguinte forma:

- Grupo de discussão I: PSF II e PSF V;
- Grupo de discussão II: PSF I, PSF III e PSF IV.

Fotografia 1- Grupo de discussão I



Fonte: Acervo da pesquisadora

Fotografia 2 - Grupo de discussão II

Fonte: Acervo da pesquisadora

Os grupos apresentam importância social bastante relevante em nossa sociedade. Prova disso é que grande parte das atividades que são desenvolvidas pelos seres humanos são realizadas em grupo. Essa característica peculiar presente nos diversos segmentos da sociedade está ligada à própria natureza gregária do homem (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Os grupos de educação em saúde se constituem em uma prática de saúde fundamentada no trabalho coletivo, na interação e no diálogo entre seus participantes, além disso, seu caráter educativo é exercido bilateralmente, ou seja, aquele que educa é, também, o que aprende por meio de uma relação dialógica entre diferentes saberes, o que o caracteriza como um processo mútuo, democrático e solidário (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Há a perspectiva de que o trabalho com grupos venha a favorecer a troca de conhecimentos e experiências entre seus integrantes, tornando, assim, o ambiente mais propício para o desenvolvimento de uma consciência crítica (OLIVEIRA, 2005).

Considera-se a troca de experiências como possível, a partir do momento em que se reconhece como importante o saber apresentado pelo outro e, dessa forma, percebe-se como relevante toda contribuição advinda dessa relação entre saberes.

Para Carlos (1998), ao participar de um grupo, cada indivíduo tem a possibilidade de expressar seu pensamento, dar sua opinião, seu ponto de vista ou seu silêncio. Para alguns

autores, o trabalho em grupo é uma forma de libertação do homem que, sozinho, está alienado.

As reuniões contaram com uma preparação especial, foram necessários alguns cuidados que permearam todas as sessões, como agendamento prévio do local, preparo da sala (iluminação, ventilação, cadeiras, espaço adequado), manutenção do gravador e câmera digital, preparo antecipado do material para cada encontro e organização do ambiente.

Os encontros aconteceram na sala de reuniões do PSF I e tiveram, em média, duração de três horas. A realização dessas sessões grupais (Fotografia 3), feita mediante abordagem participativa, visou, além da promoção e educação para a saúde dos envolvidos, a obtenção de dados para compor um material educativo destinado aos próprios participantes, visando o atendimento de suas próprias demandas. Para tanto, as duas sessões grupais realizadas foram gravadas em áudio e vídeo, o que permitiu preservar o conjunto do conteúdo trabalhado.

Fotografia 3 - Sessão grupal



Fonte: Acervo da pesquisadora

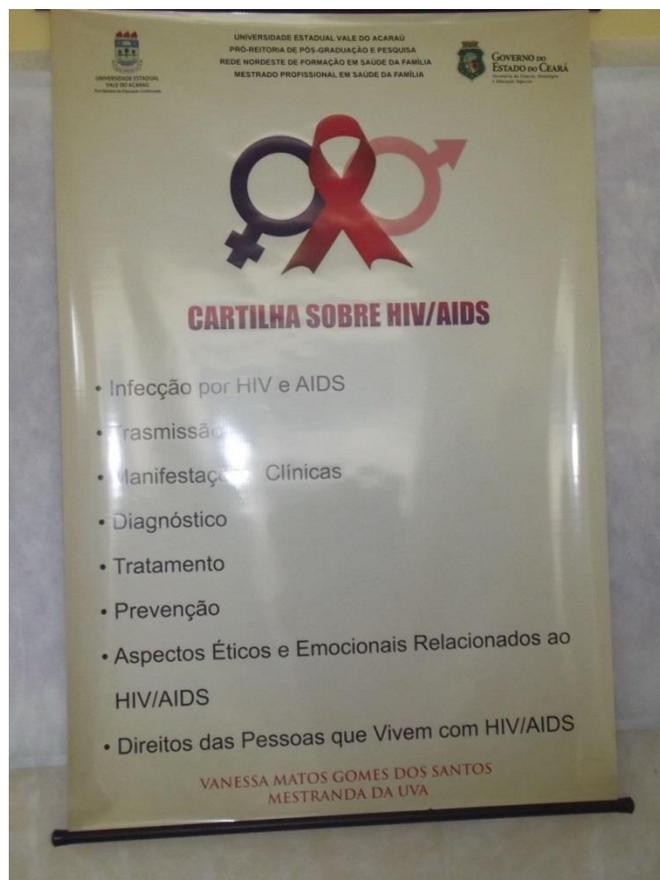
Para que as atividades educativas nos grupos de educação em saúde sejam realizadas de maneira satisfatória, é necessário que se tenha condições adequadas, como uma estrutura física que possibilite a execução das atividades de forma tranquila, confortável e que ofereça privacidade aos participantes (FREIRE, 1996). É importante que o espaço seja amplo e ventilado, e que forneça acomodação a todos. Além disso, ressalta-se a importância de se dispor de material didático, como recursos audiovisuais, que contribuem para o processo

ensino-aprendizagem (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006; MUNARI; FUREGATO, 2003).

A localização da sala possibilitou desenvolver os encontros sem interferências externas. O cuidado ao prever o espaço físico para realizar o grupo mostrou-se fundamental, pois facilitou o debate, assegurou privacidade, conforto, fácil acesso e ambiente neutro.

Foi utilizado um banner (Fotografia 4) que continha uma lista com os tópicos sugeridos pela autora, esse foi colocado em local estratégico, possibilitando a visualização por todos os participantes.

Fotografia 4 - Banner com tópicos da cartilha



Fonte: Acervo da pesquisadora

No início de cada atividade, foi realizada a leitura do TCLE para os profissionais que consentiram em colaborar, momento em que assinaram o termo, com o devido consentimento para realizar este tipo de colaboração. Nele estavam explicitados os objetivos da pesquisa e a forma de participação. Somando-se a isso, foi solicitado o preenchimento de uma ficha referente às características pessoais e profissionais; também foi entregue uma lista com os tópicos escolhidos pela autora para serem contemplados na cartilha, e que tinha espaço

suficiente para que os participantes colocassem suas sugestões acerca da construção desse material educativo.

O primeiro grupo foi composto por doze profissionais de saúde; e o segundo, dezesseis. O sexo predominante foi o feminino; a idade dos profissionais variou entre 18 e 40 anos, e mais da metade tem de 6 a 10 anos de formação. No que se refere ao tempo de trabalho na ESF, houve prevalência do intervalo de 11 a 20 anos. Quanto ao vínculo empregatício, a maioria é efetivo, e apenas sete afirmaram que nunca participaram de algum curso/palestra sobre HIV/AIDS.

As sessões desses grupos foram desenvolvidas se utilizando a abordagem participativa, mais especificamente, a metodologia de pesquisa intervencionista. Essa estratégia, que possuía característica exploratória, teve o pressuposto de associar a ação com uma atividade de pesquisa (THIOLLENT, 2005). Entendeu-se que tal estratégia poderia possibilitar a capacidade participativa coletiva em todo o processo de desenvolvimento do grupo, mantendo o foco da atenção às necessidades emanadas pelo grupo. Nesse sentido, valorizou-se a capacidade de aprendizado dos participantes, considerados atores sociais ativos, capazes de produzir conhecimento e participar da tomada de decisões grupais.

Foram adotadas estratégias para efetivar a abordagem participativa, como o incentivo à expressão de demandas por conteúdos. Essa abordagem foi utilizada durante as sessões grupais, para que os participantes pudessem sugerir a inclusão de novos tópicos.

Os grupos podem ser definidos como espaços nos quais convivem e interagem pessoas, conceitos, valores e culturas diferentes. Nesses espaços, cada ator se diferencia e se reconhece no outro e, por meio da dinâmica estabelecida, tem a possibilidade de falar e ser compreendido, sentir e ser sentido, indagar e ser indagado, enfim, de afetar e ser afetado, com intuito de estabelecer um processo que gere reflexão e aprendizado (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Na área da saúde, o grupo é uma constante, tanto no convívio dos profissionais enquanto equipe, quanto no papel de instrumento terapêutico ou de capacitação/desenvolvimento de pessoas. Por isso, torna-se importante a formação de profissionais aptos a lidar com os fenômenos grupais, que tenham sua prática embasada em referencial teórico-prático consolidado (MOTTA *et al.*, 2007).

Percebeu-se que as principais demandas dos grupos eram referentes aos direitos das pessoas que vivem com HIV, e prevenção da infecção, tópicos já contemplados na cartilha. Foi feita a sugestão de substituir o item “Infecção HIV/AIDS” por “Diferença entre HIV e AIDS”. Outra demanda presente na fala de dois participantes foi a incorporação de um

fluxograma para o atendimento/encaminhamento das pessoas diagnosticadas com HIV/AIDS, específico para o município de Chaval-Ceará.

Com base na crença de que as demandas originárias dos próprios participantes devam ser correspondidas, pois esse é um aspecto vital para o êxito de um trabalho de educação e promoção da saúde, todas as sugestões dadas foram atendidas.

Os aspectos da confiabilidade e da espontaneidade que premiaram os grupos de discussão oportunizaram que cada participante se mostrasse com suas debilidades e dificuldades. Por intermédio do sentimento de cumplicidade, eles se apoiaram em situações delicadas, nas quais as emoções e sentimentos pessoais emergiram, havendo respeito entre todos e desenvolvendo-se uma receptividade mútua, no clima da vivência grupal. Estes foram momentos percebidos como de revitalização, quando eles expressavam seus pensamentos, despidos de preconceitos, oportunizando ouvir a si próprios e ver seus colegas sob outro ângulo, diferente do profissional que os une.

Ao longo dos encontros, percebeu-se o empenho de cada colaborador em participar, pois cada um entrou no grupo por interesses próprios e singulares, pelo desejo de auxiliar e de apoiar este trabalho, de adquirir novos conhecimentos e de realizar trocas. No desenvolvimento de cada encontro, observou-se o clima de respeito, de acolhimento e de receptividade, e isso foi um aspecto essencial para a boa convivência no grupo.

O encontro de culturas, quando se preza pelo respeito, mostra-se como fortalecedor do processo educativo, pois os agentes podem interagir e negociar perspectivas educacionais, para mudar a si e suas realidades (BOEHS *et al.*, 2007).

Evidenciou-se que os grupos mantinham espontaneamente discussões produtivas, gerando um volume considerável de informação. A pesquisadora pôde sentir as qualidades de um espaço de abertura, autoconhecimento e compartilhamento das ideias. A formação em círculo permitiu a interação face a face, o bom contato visual e, ainda, a manutenção de distâncias iguais entre todos os participantes, estabelecendo o mesmo campo de visão para todos.

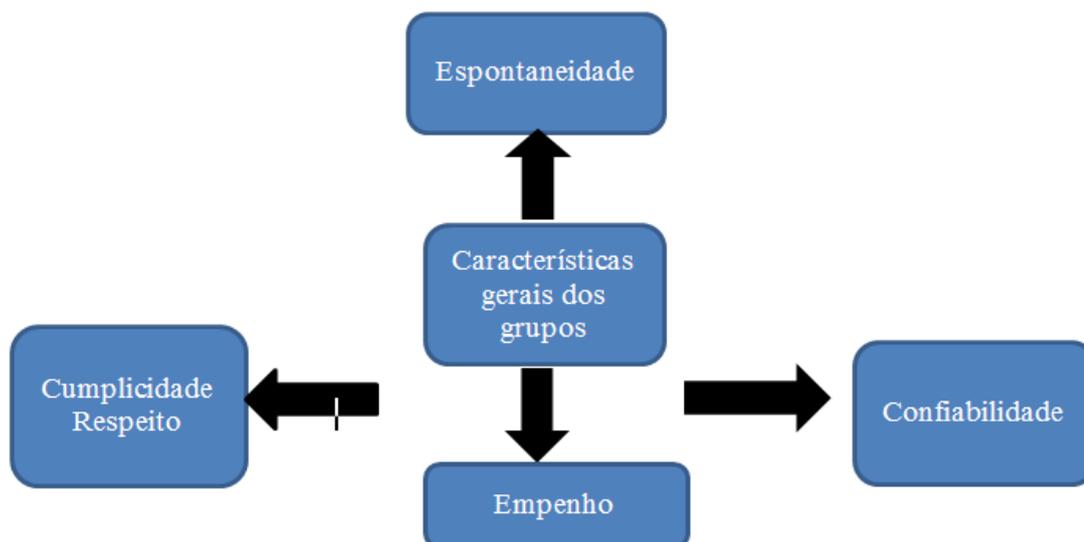
Esse exercício facultou também olhar o outro e encontrar similaridades nas singularidades de cada pessoa envolvida. Foi um espaço integrador e de compartilhamento. Certamente, despertou para um entendimento da temática central e descortinou um caminho que pode auxiliar na condução do tema em estudo, tanto na vida pessoal, quanto na vida profissional dos participantes.

Ao mesmo tempo, foi notório o interesse que a discussão grupal oportunizou, abrindo um espaço reflexivo e crítico individual. Por outro lado, foi possível também amenizar a ansiedade com relação à temática em estudo.

A pesquisadora buscou, ao longo dos encontros grupais, facilitar as discussões, encorajando as falas e assegurando espaço para que todas as participantes se expressassem. Realizou sínteses, retomando o foco da discussão e confirmando informações. Procurou falar pouco e ouvir mais, fazendo intervenções, quando necessário, para manter o debate focalizado. Além disso, era utilizada uma linguagem compreensível e simples, adequada à realidade, o que gerou uma prática mais efetiva nos grupos de discussão.

Apresenta-se a seguir (Figura 5), o diagrama contendo as características gerais dos grupos de discussão componentes do estudo.

Figura 5 - Características gerais dos grupos de discussão



Fonte: Dados da pesquisa

Ao final de cada encontro, era oportunizado um último espaço aos participantes, tanto para acrescentarem, esclarecerem ou mudarem alguma ideia referida na discussão, quanto para expressarem como se sentiram. Solicitava-se, também, que fizessem sugestões e críticas ao andamento das atividades, se desejassem. Encerrava-se com agradecimentos finais.

Acredita-se que o exercício de ouvir a si mesmo e de ouvir os outros, como decorreu nos grupos deste estudo, é um elemento de conscientização para a pessoa, sobre as próprias concepções. A validade aparece pelo processo organizado, planejado e baseado em um contrato ético de participação, assumido por todos os elementos do grupo. Tal procedimento permitiu a expressão espontânea e a reflexão individual e grupal das ideias, assim como a desconstrução e a reconstrução de concepções.

A metodologia participativa adotada no desenvolvimento do grupo foi avaliada de forma positiva pelos participantes do grupo. A justificativa para essa avaliação baseou-se nos benefícios proporcionados pela participação grupal e na liberdade para expressar dúvidas e emitir opiniões. Esses fatores promoveram a identificação dos membros do grupo entre si, geraram um clima de liberdade na interação entre eles.

Observa-se, pela avaliação, que o exercício em grupo foi um momento de despertar, pelas reflexões que suscitou. Ao mesmo tempo, foi um espaço de prazer.

É pertinente salientar que a utilização dessas sessões grupais de discussão, centralizadas num tema específico, que foi debatido entre os participantes, foram primordiais para o alcance do objetivo da pesquisa/intervenção.

5.2 A versão inicial da cartilha

A primeira versão do material educativo que foi submetido à validação pelos peritos, consistiu em um material contendo 31 páginas. Essas tinham a dimensão de 440x200mm, eram impressas nas cores vermelho e azul, sobre papel couchê fosco 150g/ m², que estavam presas com dois grampos. O título da cartilha era “EDUCANDO PARA A VIDA: CARTILHA PARA O CUIDADO A PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS”.

O conteúdo continha uma apresentação inicial e, na sua sequência, os seguintes assuntos, que estavam apresentados na forma de tópicos: Diferença entre HIV e AIDS; Transmissão; Manifestações Clínicas; Diagnóstico; Tratamento; Prevenção; Aspectos Éticos e Emocionais relacionados ao HIV/AIDS; Direitos das Pessoas que Vivem com HIV/AIDS; Fluxograma de caso suspeito de infecção pelo HIV na ESF de Chaval-Ceará.

No final da cartilha havia uma lista de bibliografias que tinham sido consultadas para elaborar o texto e as ilustrações.

5.3 As características dos peritos

Três profissionais de saúde, dentre eles duas enfermeiras e uma assistente social, colaboraram com a pesquisa, realizando o papel de peritos. Quanto ao sexo, todos eram do sexo feminino. A idade delas variou entre 31 a 45anos.

As três detinham o título de especialista, nas áreas de saúde da família, gestão em saúde, saúde coletiva e saúde pública. As enfermeiras tinham o título de mestre em enfermagem, e a assistente social era mestre em saúde da família.

Os profissionais estavam inseridos em diferentes âmbitos de atuação no momento da participação no estudo. Todas estavam atuando na área assistencial, no ensino e na pesquisa. Na área assistencial, desempenhavam funções no campo da educação e promoção da saúde, assistência à mulher, ao homem, ao idoso, à criança; assistência a pessoas que vivem com HIV/AIDS e outras DSTs, etc. No ensino, desenvolviam a docência em nível de graduação e pós-graduação em universidades públicas e privadas e, na pesquisa, realizavam atividades nas temáticas de saúde da mulher e saúde do adolescente.

Segue abaixo, Quadro 2, com caracterização dos peritos selecionados e suas respectivas pontuações, de acordo com os critérios de elegibilidade propostos anteriormente.

Quadro 2 - Caracterização dos peritos participantes e respectivas pontuações. Teresina-Piauí, 2014.

Perito 1	Perito 2	Perito 3
Assistente Social	Enfermeira	Enfermeira
45 anos	38 anos	31 anos
Mestre na Área da Saúde (02 pontos)	Mestre na Área da Saúde (02 pontos)	Mestre na Área da Saúde (02 pontos)
Especialista em Saúde Coletiva (01 ponto)	Especialista em Saúde Pública (01 ponto)	Especialista em Saúde da Família (01 ponto)
Experiência em Assistência a pessoas que vivem com HIV/AIDS (02 pontos)	Experiência em Assistência a pessoas que vivem com HIV/AIDS (02 pontos)	*****
*****	Atuação na ESF há mais de 5 anos (01 ponto)	Atuação na ESF há mais de 5 anos (01 ponto)
Ensino sobre DST/AIDS (02 pontos)	Ensino sobre DST/AIDS (02 pontos)	Ensino sobre DST/AIDS (02 pontos)
Publicação (artigo, livro ou capítulo de livro) sobre HIV/AIDS (02 pontos)	Publicação (artigo, livro ou capítulo de livro) sobre HIV/AIDS (02 pontos)	Publicação (artigo, livro ou capítulo de livro) sobre HIV/AIDS (02 pontos)
Desenvolvimento/orientação de pesquisa sobre HIV/AIDS ou não, a	*****	Desenvolvimento/orientação de pesquisa sobre HIV/AIDS ou não, a

trabalho de conclusão de curso/dissertações/tese (02 pontos)		trabalho de conclusão de curso/dissertações/tese (02 pontos)
Pontuação: 11 pontos	Pontuação:10 pontos	Pontuação: 10 pontos

Fonte: Dados da pesquisa

5.4 As sugestões dos peritos

A leitura das sugestões feitas pelos peritos possibilitou verificar que elas diziam respeito a alterações referentes ao texto, à linguagem, às ilustrações e à avaliação geral da cartilha, cada qual apresentada em seu respectivo quadro.

Na decisão a respeito da inclusão ou não das sugestões na cartilha, levou-se em consideração o caráter científico da mudança sugerida e as diretrizes próprias ao trabalho editorial e gráfico.

5.4.1 Referentes às informações dos texto

Neste tópico, foram feitas sugestões para inclusão, reformulação e exclusão de informações no texto. No Quadro 3, estão apresentadas as sugestões feitas em relação à inclusão de informações no texto, segundo o assunto, que foram incorporadas no material educativo.

Quadro 3 - Sugestões dos peritos para inclusão de informações no texto, segundo o assunto, incluso na Cartilha “Saber Cuidar: cartilha para os profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014.

Assuntos	Sugestões
Transmissão	Enfatizar transmissão vertical e em acidentes de trabalho
Manifestações Clínicas	Incluir fases clínicas da doença
Diagnóstico	Reforçar aconselhamento pré-teste e pós-teste por profissionais habilitados
Tratamento	Recomendar terapias complementares Citar tratamento cirúrgico das alterações

	corporais
Prevenção	Incluir ilustração sobre o uso do preservativo feminino
Aspectos Éticos e emocionais relacionados ao HIV/AIDS	Abordar espiritualidade

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 4 estão apresentadas as sugestões feitas em relação à reformulação das informações no texto, segundo o assunto, que foram incorporadas na cartilha.

Quadro 4 - Sugestões dos peritos para reformulação de informações no texto, segundo o assunto, incluso na Cartilha “Saber Cuidar: cartilha para os profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014.

Assuntos	Sugestões
Transmissão	Explicar/Exemplificar vetores artrópodes
Manifestações Clínicas	Explicar o significado de linfadenopatia Explicar sobre Sarcoma de Kaposi
Prevenção	Recomendar o uso de preservativo para todas as pessoas, inclusive em relações de parceiros soropositivos e não só entre as pessoas saudáveis.

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 5 estão apresentadas as sugestões feitas em relação à exclusão de informações no texto, segundo o assunto, que foram incorporadas na cartilha.

Quadro 5 - Sugestões dos peritos para exclusão de informações do texto, segundo o assunto, incluso na Cartilha “Saber Cuidar: cartilha para os profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014.

Assuntos	Sugestões
Transmissão	Explicação dos estudos sobre transmissão pela saliva

Diagnóstico	Explicação dos grupos de testes para detecção do HIV
Tratamento	Detalhes dos medicamentos

Fonte: Dados da pesquisa

5.4.2 Referentes às ilustrações

Neste tópico, foram feitas sugestões para a reformulação das ilustrações da cartilha. No Quadro 6 estão apresentadas as sugestões feitas para reformulação das ilustrações, que foram incorporadas no material educativo.

Quadro 6 - Sugestões dos peritos para reformulação das ilustrações constantes no material educativo, incluso na Cartilha “Saber Cuidar: cartilha para os profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014.

Ilustrações	Sugestões
Uso do preservativo masculino	Aumentar tamanho da figura Colocar ilustração do nó que deve ser feito após sua retirada
Agente etiológico	Melhorar a nitidez da figura

Fonte: Dados da pesquisa

5.4.3 Referentes à linguagem

Neste tópico, foram feitas sugestões para reformulação do vocabulário utilizado na cartilha. Todas as sugestões quanto à linguagem foram incorporadas, porque se avaliou que as alterações feitas facilitariam a compreensão do texto e não provocariam alterações em seu significado. Elas estão apresentadas nos Quadros 7, 8 e 9.

Quadro 7 - Sugestões dos peritos para a reformulação do vocabulário, segundo a substituição de frases constantes no material educativo, incluso na Cartilha “Saber Cuidar: cartilha para os profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014.

Frases da Cartilha	Sugestões
As pessoas portadoras do vírus	As pessoas que vivem com o HIV

Cientistas do mundo todo estão pesquisando uma vacina	Cientistas estão trabalhando no desenvolvimento de uma vacina
Ter feito sexo desprotegido	Ter tido relações sexuais sem o uso do preservativo

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 8 - Sugestões dos peritos para a reformulação do vocabulário, segundo a substituição das palavras constantes no material educativo, incluso na Cartilha “Saber Cuidar: cartilha para os profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014.

Palavras da Cartilha	Sugestões
“fala”	Orienta
“fômites”	Objetos inanimados
“camisinha”	Preservativo
“soropositivo”	Pessoa que vive com o HIV/AIDS

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 9 - Sugestões dos peritos para a reformulação do vocabulário, segundo a exclusão de palavras constantes no material educativo, incluso na Cartilha “Saber Cuidar: cartilha para os profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014.

Palavras da Cartilha	Sugestões
Durante as consultas regulares	Durante as consultas
Seringas esterilizadas ou descartáveis	Seringas descartáveis

Fonte: Dados da pesquisa

5.5 Opinião dos peritos a respeito da cartilha

Todos os peritos fizeram uma avaliação positiva do material analisado e consideraram importante a decisão de construir um material educativo impresso, cujo processo foi caracterizado pela participação ativa dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família.

Avaliaram que o trabalho estava bem elaborado e apresentava subsídios para o cuidado a pessoas que vivem com HIV/ AIDS, os quais poderiam ser utilizados por todos os membros da equipe de Saúde da Família. Houve a consideração de que a leitura da cartilha

remetia a uma visão integral e equitativa da infecção pelo HIV e possibilitava a visualização rápida de como agir diante de um diagnóstico dessa infecção na ESF, no município de Chaval-CE.

A apresentação do material educativo foi avaliada como boa, e a arte final, excelente. A linguagem foi considerada de fácil compreensão, aspecto esse considerado vital para despertar o interesse dos profissionais da ESF.

5.6 A versão final da cartilha

A versão final da cartilha, produto desta pesquisa, encontra-se adiante.



Esta cartilha foi produzida durante o Mestrado Profissional em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA.

Orientadora

Profª Drª Ellany Nazaré Oliveira

Examinadoras

Profª Drª Cibely Alliny Siqueira Lima Freitas

Profª Drª Maristela Inês Osawa Chagas Vasconcelos

Colaboradores (profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de Chaval-Ceará)

Ana Maria Costa

Antônio de Almeida Silva

Antônio João Teles

Dasyllândia Santos de Araújo

Diocase do Nascimento Silva

Élzio Teixeira Pereira

Eny Fial de Abreu

Excelsa Maria da Silva

Flávio Pereira de Carvalho

Franco Lôcia Pereira Teles

Francisco Antônio Lira da Silva

Francisco de Assis Sotero Costa

Francisco José de Carvalho

Francisco Raimundo Fial Alves

Frank Willian Costa da Silva

Geovane de Lima Silva

Jaciara do Amaral Brito

Jacqueline de Brito Miranda

Lúcia Helena Brito de Araújo

Lucilane Fernandes de Oliveira

Marcela de Amada Bitencourt

Maria Concebida de Melo Albuquerque

Maria da Conceição Costa

Maria de Lourdes da Costa

Priscila Fontenele Brito

Rejane Paiva dos Santos

Rosa Martins de Araújo

Senira de Oliveira Rodrigues

Colaboradores (gravação e filmagem)

Francisco Antônio Lira da Silva

Paula Alves Rosa

Peritos

Hélvia Moreira Mineiro Martins

Marylane Lima Oliveira

Milleni Sousa Vieira

Produção

Antônio Felipe de Vasconcelos Neto (Design Gráfico/Diagramador)

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Sumário

Apresentação	04
1 Diferença entre HIV e AIDS	06
2 Transmissão	09
3 Manifestações Clínicas	15
4 Diagnóstico	20
5 Tratamento	24
6 Prevenção	28
7 Aspectos Éticos e Emocionais relacionados ao HIV/AIDS	34
8 Direitos das Pessoas que Vivem com HIV/AIDS	37
9 Fluxograma de caso suspeito de infecção pelo HIV na ESF de Chaval-Ceará	40

APRESENTAÇÃO

Este material tem como objetivo ampliar os conhecimentos dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Chaval-Ceará sobre a Infecção pelo Virus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), fornecendo subsídios para o cuidado desse público.

É o resultado final da dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – Renasf, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, em Sobral-Ceará, a qual foi feita com orientação da professora Dr^a Ellany Nazaré Oliveira.

A sua proposta metodológica consistiu na formação de grupos com os profissionais de saúde da ESF de Chaval-CE, onde, a partir da discussão sobre a temática proposta, emergiram as demandas desses sujeitos, as quais estão contempladas neste material educativo.

A sistematização dos conteúdos aqui apresentada foi realizada pela própria autora que, com esta publicação, pretende contribuir para a capacitação dos profissionais de saúde, de forma a ampliar seus conhecimentos sobre o HIV/AIDS, bem como sobre os Direitos das Pessoas que Vivem com HIV/AIDS. Também será apresentado um Fluxograma de atendimento a pessoas com diagnóstico de Infecção pelo HIV na ESF de Chaval-CE.

Apenas fornecer informações sobre HIV/AIDS não costuma resultar em mudança de comportamento entre profissionais, para isso, faz-se necessário que eles participem do processo de construção do conhecimento e que suas demandas sejam atendidas, só assim teremos garantia da melhoria da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

Em princípio, esta publicação é destinada aos profissionais de saúde da ESF de Chaval-CE. No entanto, as informações aqui contidas podem interessar a outros grupos de trabalhadores e de outros municípios, já que o HIV/AIDS não conhece barreiras de orientação sexual, gênero, classe, entre outros fatores; e, nesse sentido, espera-se que um número crescente de pessoas possa se interessar em conhecer as informações aqui apresentadas.

Nesse sentido, a ideia central desta cartilha é, objetivamente, transmitir um breve conhecimento sobre o assunto, e buscar despertar o interesse e a atenção de profissionais da área de saúde para o aprofundamento desse tema, o que pode contribuir efetivamente para uma melhor qualidade de vida e reforçar uma abordagem interdisciplinar e intersetorial no cuidado com as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Aproveito para reiterar meus agradecimentos aos profissionais envolvidos na elaboração deste material.

Vanessa Matos Gomes dos Santos

1 Diferença entre HIV e AIDS

A AIDS é uma síndrome (um conjunto de sinais e sintomas) causada por um vírus chamado HIV (vírus da imunodeficiência humana), o qual ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. A AIDS é o estágio mais avançado da doença que ataca o sistema imunológico.

Ter o HIV não é a mesma coisa que ter a AIDS. Há muitas pessoas que vivem com HIV que passam anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas, podem transmitir o vírus a outros, pelas relações sexuais sem o uso do preservativo, pelo compartilhamento de agulhas/seringas contaminadas, ou de mãe para filho durante a gravidez, o parto e a amamentação. Ter AIDS é quando a pessoa desenvolve as infecções oportunistas e adoece, e/ou quando o sistema de defesa está comprometido.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida em 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino com comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença. Posteriormente, alguns casos, ocorridos nos últimos anos da década 70, foram identificados como tendo sido AIDS.

No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez em 1982, quando do diagnóstico em pacientes homo ou bissexuais.

Veja abaixo as mudanças que vêm ocorrendo em seu perfil epidemiológico:

- Em sua primeira fase, de 1980 a 1986, caracterizava-se pela transmissão homo/ bissexual masculino, de escolaridade elevada;

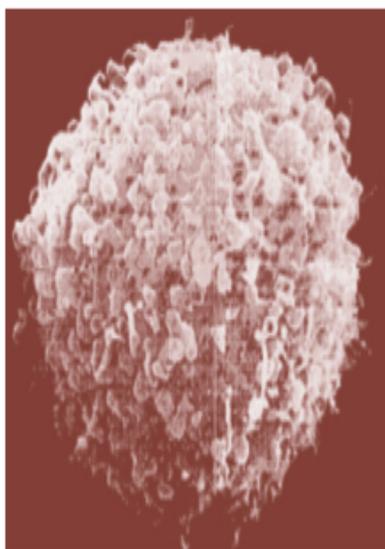
- Em seguida, de 1987 a 1991, caracterizava-se pela transmissão sanguínea e pela participação de usuários de drogas injetáveis – UDI, dando início, nessa fase, a um processo mais ou menos simultâneo de pauperização e interiorização da epidemia;

- Nos últimos anos, de 1992 até os dias atuais, um grande aumento de casos por exposição heterossexual vem sendo observado, assumindo cada vez maior importância o número de casos em mulheres (feminização da epidemia).

- Hoje, a principal via de transmissão em crescimento é a heterossexual.



HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana



O HIV é um vírus RNA, que pertence à subfamília lentivírus dos retrovírus humanos, existem dois tipos de HIV: HIV-1 (responsável por quase todos os casos) e o HIV-2 (encontrado principalmente no oeste da África), divididos em diferentes subtipos.

O período de incubação definido como o tempo decorrido entre a infecção e o início dos sinais e/ou sintomas clínicos é de difícil determinação, por ser desconhecido o momento exato do contágio, e porque neste período da história natural da infecção HIV/AIDS, poucas pessoas procuram assistência à saúde. Embora as taxas de progressão para a AIDS apresentem ampla variação entre os indivíduos infectados pelo HIV, o tempo médio entre a infecção e o desenvolvimento da AIDS era de aproximadamente 10 anos, na era pré-intervenção.

2 Transmissão

Existem diversas formas de transmissão do HIV, pois ele está presente no esperma, secreções vaginais, sangue, leite materno e líquido amniótico. As principais formas de transmissão são: sexual, sanguínea e vertical, abrangendo a transmissão da mãe para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação. Além dessas formas mais frequentes, pode ocorrer também a transmissão ocupacional, ocasionada por acidentes de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo HIV.

Transmissão Sexual

É essa a principal forma de transmissão do HIV no Brasil e no mundo, sendo a transmissão heterossexual considerada pela OMS, como a mais frequente, do ponto de vista global.

Os fatores que aumentam o risco de transmissão do HIV numa relação heterossexual são:

- a) Alta viremia (durante a fase da infecção primária e na imunodeficiência avançada);
- b) Relação anal receptiva;
- c) Relação sexual durante a menstruação;
- d) Presença de outra DST.

Transmissão Sanguínea

A transmissão por meio da transfusão de sangue e derivados tem apresentado importância decrescente nos países industrializados e naqueles que adotaram medidas de controle de qualidade do sangue utilizado, como é o caso do Brasil.

O uso de drogas injetáveis, associado ao compartilhamento de seringas e agulhas, apresenta alta probabilidade de transmissão sanguínea do HIV. Esse tipo de transmissão vem crescendo em várias partes do mundo, como Ásia, América Latina e Caribe. No Brasil, essa transmissão vem aumentando nas áreas da rota do tráfico de drogas, principalmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.



Transmissão Vertical



A transmissão vertical pode ocorrer durante a gestação, durante o parto ou após o nascimento, pelo aleitamento materno. A transmissão intrauterina é possível em qualquer fase da gravidez, porém, é menos frequente no primeiro trimestre. O risco de transmissão do HIV da mãe para o filho pode ser reduzido em até 67% com o uso de AZT durante a gravidez e o parto, associado à administração da mesma droga ao recém-nascido por seis semanas. A transmissão pelo leite materno é evitada com o uso de aleitamento artificial ou de bancos de leite humano que fazem aconselhamento e triagem das doadoras.

Transmissão Ocupacional

A transmissão ocupacional ocorre quando profissionais da área da saúde se ferem acidentalmente com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes que vivem com o HIV.

Estima-se que o risco médio de contrair o HIV, após uma exposição percutânea ao sangue contaminado, seja de aproximadamente 0,03%, aumentando esse risco para aproximadamente 0,1% no caso de exposição de mucosas.



Os fatores de risco identificados como favorecedores deste tipo de transmissão, são:

- a) A profundidade e extensão do ferimento;
- b) A presença de sangue visível no instrumento que produziu o ferimento;
- c) A exposição envolvendo agulha inserida diretamente na veia ou artéria de paciente que vive com o HIV;
- d) O paciente, fonte da infecção, ter evidências de imunodeficiência avançada.

AIDS

ASSIM NÃO PEGA

- Beijo no rosto;
- Masturbação a dois;
- Uso de copos ou pratos de outras pessoas e outros objetos inanimados;
- Suor, saliva, urina e lágrimas;
- Sabonete, toalha, piscina;



BEIJO NA BOCA



TALHERES



ABRAÇO E APERTO DE MÃOS



PELO AR



PICADA DE INSETO



BANHEIRO



DOAÇÃO DE SANGUE



USANDO CAMISINHA

AIDS

A S S I M P E G A



SEXO SEM CAMISINHA



SEXO ANAL SEM CAMISINHA



SEXO ORAL SEM CAMISINHA



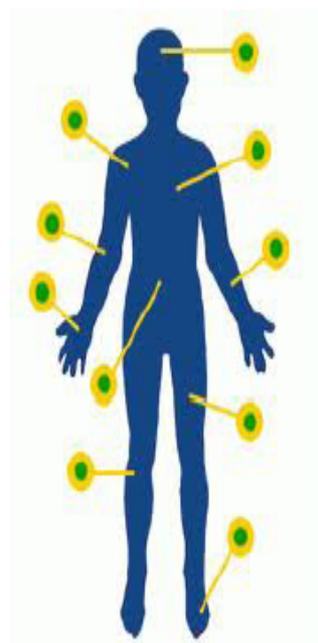
COMPARTILHAR SERINGAS

3 Manifestações Clínicas

Uma pessoa que vive com o HIV pode ficar até 10 anos sem desenvolver a doença e apresentar seus principais sintomas. Isso acontece, pois o HIV fica “adormecido” e controlado pelo sistema imunológico do indivíduo. Quando o sistema imunológico começa a ser atacado pelo vírus de forma mais intensa, começam a surgir os primeiros sintomas.

A infecção pelo HIV pode ser dividida em quatro fases clínicas:

- 1) Infecção Aguda;
- 2) Fase Assintomática;
- 3) Fase Sintomática Inicial ou Precoce;
- 4) AIDS.



Infecção Aguda

A infecção aguda, também chamada de síndrome da infecção retroviral aguda ou infecção primária, ocorre em cerca de 50% a 90% dos pacientes.

Principais sinais e sintomas associados à infecção aguda pelo HIV:

- Febre;
- Fadiga;
- Exantema;
- Cefaleia;
- Linfadenopatia;
- Faringite;
- Mialgia/artralgia;
- Náusea, vômito e/ou diarreia;
- Suores noturnos;
- Úlceras orais e genitais.



Fase Assintomática (Latência Clínica)

Na infecção precoce pelo HIV, também conhecida como fase assintomática, o estado clínico básico é mínimo ou inexistente. Alguns pacientes podem apresentar uma linfadenopatia (aumento dos gânglios linfáticos/ínguas) generalizadas persistentes, "flutuante" e indolor.



Fase Sintomática Inicial (ou Precoce)

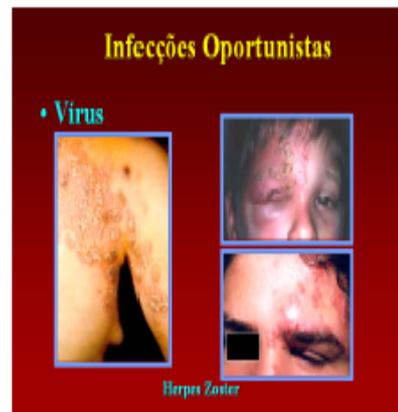
Nesta fase, a pessoa que vive com o HIV pode apresentar sinais e sintomas inespecíficos de intensidade variável, além de processos oportunistas de menor gravidade, principalmente na pele e nas mucosas. As alterações mais frequentes são:

Sinais e Sintomas Inespecíficos

- Sudorese noturna;
- Fadiga;
- Emagrecimento.

Processos Oportunistas de menor gravidade

- Candiíase Oral e Vaginal (inclusive a recorrente);
- Gengivite;
- Úlceras Aftosas;
- Diarreia;
- Sinusopatias;
- Herpes Simples Recorrente;
- Herpes Zoster.



AIDS: Doenças Oportunistas

Uma vez instalada a AIDS, as pessoas que vivem com o HIV apresentam sinais e sintomas de processos oportunistas, representados principalmente pelas seguintes doenças:

- Infecções oportunistas (pneumonias, meningites e enterites);
- Tumores (sarcoma de Kaposi - tipo de câncer que causa lesões na pele, intestino e estômago - e linfomas);
- Alterações neurológicas induzidas pelo HIV.

Doenças oportunistas são, portanto, as que se desenvolvem em decorrência de uma alteração imunitária do hospedeiro.

4 Diagnóstico

Saber do contágio pelo HIV precocemente aumenta a expectativa de vida das pessoas que vivem com HIV. Além disso, as mães que vivem com HIV têm 99% de chance de terem filhos

sem o HIV, se seguirem o tratamento recomendado durante o pré-natal, parto e pós-parto. Por isso, se você passou por uma situação de risco, como ter feito sexo sem o uso do preservativo ou compartilhado seringas, faça o exame!



O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito a partir da coleta de sangue. Estes testes são realizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os exames podem ser feitos inclusive de forma anônima. Nesses centros, além da coleta e da execução dos testes, há um processo de aconselhamento, antes e depois do teste (aconselhamento pré e pós-teste), para facilitar a correta interpretação do resultado pelo paciente.

A infecção pelo HIV pode ser detectada com, pelo menos, 30 dias, a contar da situação de risco. Isso porque o exame (o laboratorial ou o teste rápido) busca por anticorpos contra o HIV no sangue. Esse período é chamado de janela imunológica.

As técnicas rotineiramente utilizadas para o diagnóstico da infecção pelo HIV são as baseadas na detecção de anticorpos contra o vírus, os chamados testes anti-HIV.

Essas técnicas apresentam excelentes resultados. Além de serem menos dispendiosas, são de escolha para toda e qualquer triagem inicial.

Teste rápido

Possui esse nome, pois permite a detecção de anticorpos anti-HIV na amostra de sangue do paciente em até 30 minutos. Por isso, pode ser realizado no momento da consulta. Os testes rápidos permitem que o paciente, no mesmo momento em que faz o teste, tenha conhecimento do resultado e receba o aconselhamento pré e pós-teste.

O teste rápido é preferencialmente adotado em populações que moram em locais de difícil acesso, em gestantes que não fizeram o acompanhamento no pré-natal e em situações de acidentes no trabalho. Eles são de fácil execução e leitura visual.



Aconselhamento Pré e Pós-teste

O processo de aconselhamento inclui componentes educativos, de avaliação de risco e de apoio emocional.

No momento educativo, há a troca de informações sobre HIV/AIDS e outras DST, o esclarecimento de dúvidas, orientação e demonstração do uso correto do preservativo (masculino e feminino), esclarecimento sobre o teste anti-HIV e informação sobre a disponibilização de insumos de prevenção.

A avaliação de risco consiste num diálogo objetivo sobre estilo de vida, exposições a situações de risco relacionadas a práticas sexuais e uso de drogas, levando o(a) usuário(a) a perceber suas práticas de risco e suas possibilidades de proteção.

O apoio emocional implica no estabelecimento de uma relação de confiança como o(a) usuário(a) para que este(a) se sinta acolhido(a) e atendido(a) nas suas necessidades específicas.



Quem está cuidando de você deve respeitar seu corpo, sua intimidade, sua cultura e religião, seus segredos, suas emoções e sua segurança.

O aconselhamento pré e pós-teste feito na rede pública de saúde deve ser feito apenas por profissional treinado/capacitado.

No aconselhamento pré-teste é pedida a autorização, por escrito, da pessoa, para solicitar o exame confirmatório da infecção pelo HIV ou para realizar o teste rápido.

Em caso de resultado negativo, lembrar que um resultado negativo não significa imunidade. Deve-se, também, discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta questões de gênero, vulnerabilidade, direitos reprodutivos, diversidade sexual e uso de drogas. Em caso de resultado positivo, o profissional orienta sobre a doença e seu tratamento, a prevenção secundária, o significado e utilidade de vários exames laboratoriais e os possíveis efeitos adversos do uso dos medicamentos antirretrovirais. Nesse momento, ocorre também o encaminhamento do paciente para o serviço especializado.



5 Tratamento

Infelizmente, ainda não foi encontrada a cura para o HIV/AIDS. O que se tem hoje são medicamentos que fazem o controle do vírus na pessoa com a doença. Esses medicamentos melhoram a qualidade de vida do paciente, aumentando a sobrevida. Embora eficientes no controle do vírus, esses medicamentos provocam efeitos colaterais significativos nos rins, fígado e sistema imunológico dos pacientes.



Aderir ao tratamento medicamentoso significa tomar os remédios prescritos pelo médico nos horários corretos, manter uma boa alimentação, praticar exercícios físicos, comparecer ao serviço de saúde nos dias previstos, entre outros cuidados. Quando o paciente não segue essas recomendações, o HIV pode ficar resistente aos medicamentos antirretrovirais. E isso diminui as alternativas de tratamento.

Seguir as recomendações médicas parece simples, mas é uma das grandes dificuldades encontradas pelos pacientes, pois interfere diretamente na sua rotina. O paciente deve estar bem informado sobre o progresso do tratamento, o resultado dos testes, os possíveis efeitos colaterais e o que fazer para amenizá-los.

Tratamento Medicamentoso

Existem, até o momento, duas classes de drogas liberadas para o tratamento anti-HIV:

- Inibidores da Transcriptase Reversa

São drogas que inibem a replicação do HIV, bloqueando a ação da enzima transcriptase reversa, que age convertendo o RNA viral em DNA: Zidovudina (AZT), Didanosina (ddI), Zalcitabina (ddC), Lamivudina (3TC), Estavudina (d4T), Abacavir.

- Inibidores da Protease

Estas drogas agem no último estágio da formação do HIV, impedindo a ação da enzima protease, que é fundamental para a clivagem das cadeias proteicas produzidas pela célula infectada em proteínas virais estruturais e enzimas que formarão cada partícula do HIV: Indinavir, Ritonavir, Saquinavir, Nelfinavir, Amprenavir.



Apoio social

O suporte social pode ser dado por familiares, amigos, pessoas de grupo religioso ou integrantes de instituições, profissionais de serviços de saúde e pessoas de Organizações da Sociedade Civil (OSC).

Atualmente, existem organizações governamentais e não governamentais que podem ajudar a pessoa que vive com o HIV/AIDS a enfrentar suas dificuldades e a lidar com situações de estresse por conta da doença. São duas ações de apoio oferecidas: afetivo-emocional e operacional. A afetivo-emocional inclui atividades voltadas para a atenção, companhia e escuta. Já a operacional ajuda em tarefas domésticas ou em aspectos práticos do próprio tratamento, como acompanhar a pessoa em uma consulta, buscar os medicamentos na unidade de saúde, tomar conta dos filhos nos dias de consulta, entre outras. Ambos fazem com que a pessoa se sinta cuidada, pertencendo a uma rede social.

A troca de experiências entre pessoas que já passaram pelas mesmas vivências e dificuldades no tratamento, também conhecido como ação entre pares, também ajuda a promover a adesão, pois possibilita o compartilhamento de dúvidas e soluções e a emergência de dicas e informações importantes para todos.



Terapias Complementares

Algumas terapias complementares também podem ser utilizadas no tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS, como a homeopatia, o uso de ervas medicinais, as práticas físicas, a acupuntura e as massagens como shiatsu e reflexologia, algumas utilizadas no tratamento dos efeitos colaterais das medicações. Muitas dessas terapias estão disponíveis no SUS e fazem parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e podem ser encontradas em vários serviços de saúde no país.

Além disso, o tratamento cirúrgico das alterações corporais para as pessoas que vivem com HIV/AIDS em uso de terapia antirretroviral foi incluído no SUS em 2004. As cirurgias disponíveis no SUS são: preenchimento facial com polimetilmetacrilato, lipoaspiração de giba, parede abdominal e dorso, redução de mama, reconstrução glútea com prótese de silicone e preenchimento perianal com gordura ou polimetilmetacrilato e tratamento de ginecomastia.



6 Prevenção

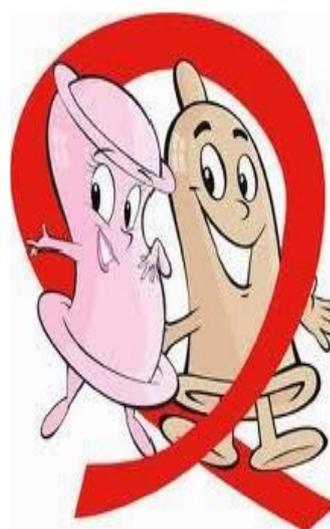
As principais estratégias de prevenção empregadas pelos programas de controle envolvem a promoção do uso de preservativos, inclusive em relações com parceiros que vivem com o HIV, a promoção do uso de agulhas e seringas descartáveis, o controle do sangue e derivados, a adoção de cuidados na exposição ocupacional a material biológico e o manejo adequado das outras DST.



Preservativos

Os preservativos masculinos e femininos são a única barreira comprovadamente efetiva contra o HIV, e o uso correto e consistente deste método pode reduzir substancialmente o risco de transmissão do HIV e das outras DST.

O uso regular de preservativos pode levar ao aperfeiçoamento na técnica de utilização, reduzindo a frequência de ruptura e escape e, conseqüentemente, aumentando sua eficácia. Estudos recentes demonstraram que o uso correto e sistemático do preservativo masculino reduz o risco de aquisição do HIV e outras DST em até 95%.



Uso do Preservativo Masculino



1. Abra o envelope com a mão.



2. Coloque a camisinha quando o pênis estiver duro, antes de iniciar a relação sexual (vaginal, anal ou oral).



3. Aperte a ponta para sair o ar e desenrole até embaixo.



4. Depois da relação sexual, tire a camisinha com o pênis ainda duro.



5. Dê um nó na camisinha e não esqueça que ela só pode ser usada uma vez.



6. Depois de usada, jogue-a no lixo.



Uso do Preservativo Feminino

1 - Retire o preservativo da embalagem e segure a argola interna com o polegar e o dedo indicador (fazendo um formato em 8);



2 - Aperte a argola interna e a introduza na vagina;



3 - Com o dedo indicador, por dentro da camisinha, certifique-se de que a argola interna esteja bem no fundo da vagina;



4 - A argola externa deve ficar para fora da vagina. No momento da penetração, segure a argola externa;



5 - Após a relação, torça a argola externa e retire o preservativo com cuidado. Jogue-o no lixo.

Exposição Ocupacional

Embora alguns tipos de exposição acidental, como o contato de sangue ou secreções com mucosas ou pele íntegra teoricamente possam ser responsáveis por infecção pelo HIV, os riscos são insignificantes quando comparados com a exposição percutânea, por meio de instrumental perfuro-cortante.

Fatores como prevalência da infecção pelo HIV na população de pacientes, grau de experiência dos profissionais de saúde no cuidado desse tipo de paciente, uso de precauções universais (luvas, óculos de proteção, máscaras, aventais, etc.) bem como a frequência de utilização de procedimentos invasivos, podem também influir no risco de transmissão do HIV.

O meio mais eficiente de se reduzir, tanto a transmissão profissional-paciente, quanto a paciente-profissional, baseia-se na utilização sistemática das normas de biossegurança, determinação dos fatores de risco associados e na sua eliminação, bem como na implantação de novas tecnologias da instrumentação usadas na rotina de procedimentos invasivos.



Vacina contra o HIV/AIDS

Cientistas estão trabalhando no desenvolvimento de uma vacina contra o HIV/AIDS. Porém, existe uma grande dificuldade, pois o HIV possui uma capacidade de mutação muito grande, dificultando o trabalho dos cientistas no desenvolvimento de vacinas.



7 Aspectos Éticos e Emocionais relacionados ao HIV/AIDS

O cuidar eticamente do outro é uma atitude que leva à reflexão, principalmente quando se reporta ao dia a dia do cuidar de pacientes com HIV/AIDS, pessoas estigmatizadas e discriminadas. Mesmo conhecendo as formas de contágio, as pessoas temem o simples fato de tocar o outro, talvez por causa da sociedade conservadora e autoritária, que deixa à margem determinados grupos, introjeta-se tais valores, sendo difícil mudá-los, apesar dos conhecimentos adquiridos.

É preciso repensar a forma de educar, pois, para que o cuidado humano seja implementado, principalmente para aqueles que estão vivenciando um processo de morbidade, é necessária a conscientização como valor e imperativo moral, sensibilização e consequente exercício.

Ao cuidar de um paciente é preciso que o profissional o veja como um ser humano, com suas necessidades básicas afetadas, encontrando-se fragilizado; portanto, merecendo mais respeito e atenção. É importante que os profissionais exercitem o



autocuidado desses pacientes, com o objetivo de incentivarem sua autonomia e autoestima.

A atitude ética do profissional para com o paciente está presente cada vez que ele reconhece seus clientes como pessoas iguais a ele, que precisam ser ouvidas e compreendidas para que exista a interação e, por conseguinte, o cuidado efetivo.

Aspectos Emocionais

A AIDS configura a grande pandemia da atualidade. Sua rápida disseminação levou ao pânico e a uma série de problemas sociais e psicológicos graves, não somente para a população geral, como também, e, principalmente, para aqueles que se infectaram com o HIV.

A falta de esclarecimento é, ainda hoje, a grande responsável por situações conflituosas pelas quais passam as pessoas que vivem com o HIV. Existem problemas relacionados ao tratamento que também afetam essas pessoas, como os diversos efeitos colaterais que, em muitos casos, levam o paciente a uma espécie de depressão psicológica causada por longos períodos de tratamento e constantes retornos ao hospital. Em muitos casos, isso se associa ao abandono pelos familiares, perda do emprego e o isolamento. O medo da morte é outro fator relevante, que leva a gravíssimos quadros de angústia.

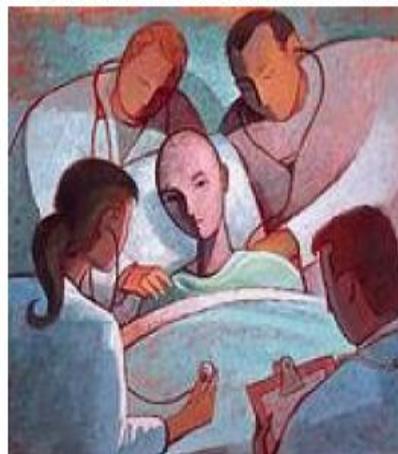
O medo e a angústia podem se tornar aumentados, configurando uma situação estressante. Esse

tipo de aflição une-se ao comportamento social das demais pessoas, fazendo com que a soropositividade para o HIV torne-se equivalente a uma sentença de morte. Nota-se, com facilidade, que a pessoa com HIV passa por um número muito grande de situações estressantes, que segundo dados atuais, podem contribuir para a deteriorização do sistema imune. Mais especificamente em relação às pessoas com HIV, o estresse é um fator que pode ter grande influência na evolução clínica desta infecção.

Clinicamente, vários sinais e sintomas de estresse podem ser detectados, tais como: apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, irritabilidade, raiva, ira, ansiedade. O estresse não só se manifesta por esses sintomas, mas também contribui para a etiologia de várias doenças mais graves.

É fundamental que no acompanhamento do paciente com HIV/AIDS, os profissionais de saúde considerem as necessidades e as singularidades socioculturais apresentadas, além do apoio psicossocial para a promoção da qualidade de vida.

A espiritualidade se mostra também como um importante suporte terapêutico para esses pacientes, já que ela é um fator importante na maneira como os pacientes enfrentam a problemática do HIV/AIDS. Portanto, é preciso valorizar a espiritualidade frente às questões da infecção causada pelo HIV.



8 Direitos das Pessoas que Vivem com HIV/AIDS

Pela Constituição Brasileira, os portadores do HIV, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, têm obrigações e direitos garantidos. Entre eles: dignidade humana e acesso à saúde pública e, por isso, estão amparados pela lei. O Brasil possui legislação específica dos grupos mais vulneráveis ao preconceito e à discriminação, como homossexuais, mulheres, negros, crianças, idosos, portadores de doenças crônicas infecciosas e de deficiência.

Em 1989, profissionais da saúde e membros da sociedade civil criaram, com o apoio do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, a **Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS**. O documento foi aprovado no Encontro Nacional de ONG que Trabalham com AIDS (ENONG), em Porto Alegre (RS), sendo estes seus direitos fundamentais:



I – Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, cientificamente fundada sobre a AIDS, sem nenhum tipo de restrição.

II – Os portadores do vírus têm direitos a informações específicas sobre sua condição.

III – Todo portador do vírus da AIDS tem direito a assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.

IV – Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.

V – Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadores do HIV, qualquer que seja sua raça, sua nacionalidade, sua religião, sua ideologia, seu sexo ou orientação sexual.

VI – Todo portador do vírus da AIDS tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que tende a recusar aos portadores do HIV um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação nas atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.

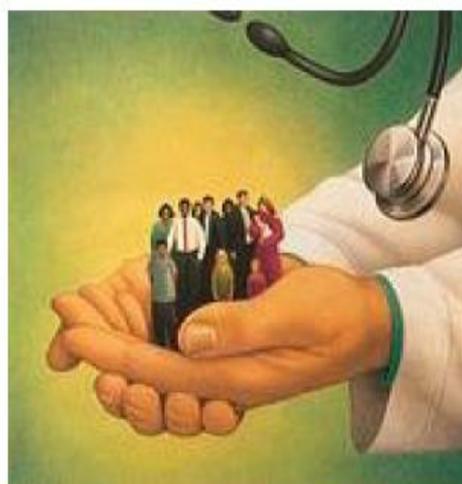
VII – Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.

VIII – Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para a AIDS sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.

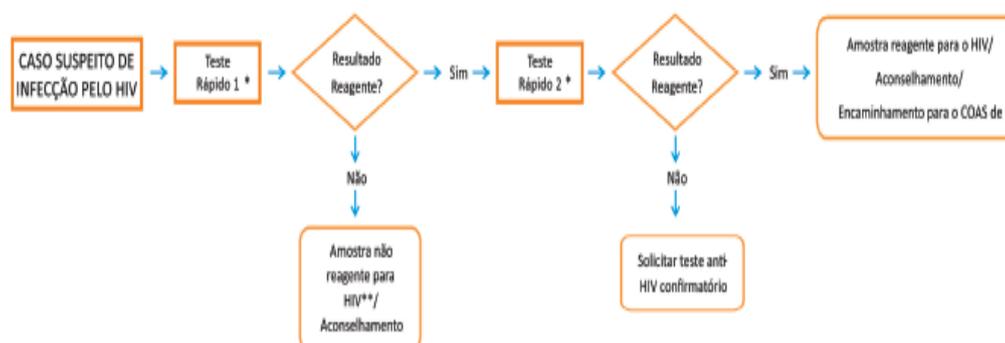
IX – Ninguém será submetido aos testes de HIV/AIDS compulsoriamente, em caso algum. Os testes de AIDS deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, para controle de transfusões e transplantes, e estudos epidemiológicos, e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser informados por um profissional competente.

X – Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja, seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.

XI – Todo portador do vírus tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.



9 Fluxograma de caso suspeito de infecção pelo HIV na ESF de Chaval-Ceará



* Os teste rápidos 1 e 2 devem ser de fabricantes diferentes;

** Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Técnicas para coleta de sangue**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 63 p. (série TELELAB).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de Condutas – Exposição Ocupacional a Material Biológico: Hepatite e HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 3. ed., 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 140p. (Série Manuais; n. 2)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Atendimento e Acompanhamento de Exposição Ocupacional a Material Biológico: HIV e Hepatites B e C.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (disponível em www.aids.gov.br)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual para Cuidadores de Pessoas Vivendo com o HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. – no prelo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/AIDS para Profissionais de Saúde que trabalham com HIV/AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. – no prelo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Manuais; n. 46) – no prelo. (disponível em www.aids.gov.br)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras DST. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o diagnóstico da Infecção pelo HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FERREIRA, J.; GERBASE, A. AIDS/SIDA. In. **Medicina Ambulatorial: Conduas Clínicas em Atenção Primária**. 3ª Med. pp.368-374. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

LUNARDI, V. L. **A ética como o Cuidado de si e o poder pastoral na Enfermagem**. Pelotas (RS): Editora da UFPel, 1999.

SANDALA, M. L. A. Cuidar de pacientes com AIDS: o olhar fenomenológico. São Paulo (SP): Editora UNESP; 2000.

WALDOW, V. R. O Cuidado Humano: o resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 1999.

Sobre a Autora

Vanessa Matos Gomes dos Santos

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Pós-graduada em Enfermagem para o Trabalho pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM, 2009; Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, 2011; Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – UFC, 2012. Enfermeira da Fundação Hospitalar de Teresina – Piauí.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o novo enfoque da saúde pública, busca-se a participação dos indivíduos na melhoria das condições de vida e saúde de forma coletiva, considerando as parcerias intersetoriais para o aprimoramento das estruturas necessárias para isso.

Sabe-se dos desafios que os profissionais de saúde têm que enfrentar diariamente em função das condições precárias do sistema de saúde no Brasil. Porém, é necessário que se superem esses obstáculos, para que se possa atingir o objetivo de desenvolver um trabalho diferenciado e que promova o crescimento da comunidade.

A experiência da construção desta cartilha educativa, realizada mediante processo participativo, dialógico e coletivo, como preconizado nos fundamentos teóricos atuais em termos de promoção à saúde, demonstrou que o desenvolvimento deste processo é viável e pode ser aplicado na elaboração de materiais educativos destinados à educação e promoção da saúde. Tratou-se de uma perspectiva que valoriza as interações entre os sujeitos do processo de trabalho (CARVALHO, 2007).

Percebeu-se que a técnica escolhida para este exercício de pesquisa permitiu que se desencadeasse a construção de novas ações por parte das colaboradoras deste estudo. Por meio da reflexão sobre a infecção pelo HIV/AIDS, nas sessões grupais, os profissionais de saúde criaram condições singulares para suas necessidades, desconstruindo e reconstruindo conceitos. Buscaram em si mesmos as respostas para as indagações e inquietações que o tema conjuga. E desse processo emergiu uma série de novos questionamentos sobre suas vivências pessoais e profissionais, diante da temática.

Esse exercício com os grupos representou uma oportunidade de autoconhecimento, de autoafirmação, de revisão conceitual e de reflexão crítica acerca das atividades cotidianas dos profissionais de saúde, no que tange ao cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS. Esse resultado reforça uma das vantagens da técnica empregada para coleta de dados do estudo, que é a de conduzir ao pensamento crítico, ou seja, a um processo de desalienação.

É oportuno referenciar que o processo participativo aplicado metodologicamente neste estudo, levou a perceber que o tema contém, implícito, procedimentos com regras, normas, valores e significados culturais instituídos, além de ser permeado por elementos de natureza ética, tais como respeito, dignidade e compromisso. O conhecimento disso apontou ou reforçou inquietudes quanto à forma com que o tema tem sido tratado na área da saúde. E alertou para a urgência de uma transformação em nível pessoal, profissional e educacional.

Nesse sentido, permitiu o desvelamento das singularidades presentes na complexidade cultural do contexto. Trouxe à luz semelhanças, não igualdades. E fez emergirem profundas diferenças nas experiências, nos sentimentos e nas expressões vivenciadas no fazer dos profissionais de saúde da ESF. Percebeu-se que os profissionais de saúde que participaram da pesquisa/intervenção estavam, de alguma maneira, informados sobre a infecção pelo HIV e AIDS, e as informações contidas na cartilha puderam contribuir para proporcionar maiores esclarecimentos em relação àqueles que eles possuíam.

A inserção desses profissionais no processo de construção de materiais educativos, especialmente pelo fato de estarem atuando na ESF no momento da realização da pesquisa, promoveu uma crítica construtiva, a fim de atender suas próprias expectativas. Foi possível perceber que a contribuição ativa no processo de construção do material teve um significado importante para esses profissionais, pois eles certamente possuem uma crença mais profunda nas potencialidades da cartilha e a adotariam como instrumento de apoio para suas práticas educativas.

Enfim, a colaboração dos profissionais de saúde permitiu construir uma cartilha caracterizada pela compreensibilidade, tanto no que se referiu à linguagem, quanto às ilustrações. A possibilidade para a expressão livre de opiniões nas sessões grupais foi fundamental, e isso foi garantido a eles, mediante respeito às suas características sociais e culturais, nível de escolaridade, ocupação, entre outros, referentes aos aspectos éticos e legais envolvendo pesquisas com seres humanos.

O procedimento de sistematização do conteúdo possibilitou uma revisão e atualização do material obtido durante a atividade educativa desenvolvida com o grupo de profissionais de saúde. Os cuidados e orientações foram recomendados em função de sua eficácia comprovada cientificamente, quando possível, pois cada vez mais tem se defendido que as práticas em saúde devem estar pautadas nas melhores evidências, buscando recomendar aquelas que tenham eficácia comprovada. Entretanto, essas evidências devem estar pautadas na cultura, nas preferências do paciente e no julgamento profissional (PEARSON, 2005).

O envolvimento de profissionais de comunicação, mediante a realização do trabalho editorial e gráfico, desde o início do processo, também foi essencial. Nesse trabalho, foi possível aliar os conhecimentos técnicos próprios de cada categoria profissional no desenvolvimento de todas as etapas de construção da cartilha. Percebeu-se, desde o momento do convite e pronta aceitação do trabalho, que eram profissionais altamente comprometidos

com seu propósito, além de terem experiência consolidada no desenvolvimento de materiais educativos voltados para a educação e a promoção da saúde.

Essa medida tem sido preconizada nos processos de produção desses materiais no âmbito do SUS, já que existe uma crítica sobre a limitada inserção desses profissionais em apenas uma parte das etapas de produção, constituídas pelo planejamento, execução e avaliação dos materiais. Avalia-se que essa inserção em etapas estanques contribui para um resultado cujo produto mostra sinais de fragmentação, com conseqüente prejuízo de sua qualidade final (MONTORO, 2008).

A participação dos peritos na validação da cartilha possibilitou uma adequação do conteúdo ao contexto de trabalho destes profissionais que contribuíram com sugestões, a partir de suas experiências profissionais. Considerou-se que a realização dessa etapa foi importante para o aperfeiçoamento do material, tendo em vista os diferentes níveis de formação e atuação desses profissionais, permitindo abranger fatores importantes, que não haviam sido considerados em sua elaboração inicial.

A avaliação da cartilha feita pelos peritos demonstrou que o conteúdo, em relação às informações, linguagem e ilustrações, correspondeu também à realidade deles, enquanto profissionais de saúde. Isso foi constatado pela avaliação positiva que eles fizeram da cartilha, em função da facilidade de compreensão, dos benefícios percebidos pela aprendizagem e esclarecimento de dúvidas, da sensação de maior confiança em relação ao cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS e da verificação da importância da cartilha. Isso possibilitou, também, que eles recomendassem que a cartilha fosse disponibilizada para outros municípios do interior do Ceará, com características semelhantes à cidade de Chaval.

Avaliou-se que esse olhar decorreu do fato do conteúdo ter emergido dos próprios profissionais da ESF, que estavam compartilhando do mesmo processo de trabalho. A adoção de uma metodologia participativa para a eleição do conteúdo, como ocorreu neste caso, foi fundamental, pois essa abordagem pressupõe a contribuição ativa dos sujeitos nos procedimentos da pesquisa, permitindo chegar ao seu produto. Os conhecimentos são construídos na medida em que os sujeitos e pesquisadores aprendem juntos e avançam na resolução de problemas. Essa busca de soluções coletivas e estratégias formuladas levam as pessoas a trabalharem com base em suas próprias questões e tentarem equacionar suas problemáticas (EL ANDALOUSSI, 2004).

Pretendeu-se, com a elaboração da cartilha, reconhecer as limitações do próprio saber, admitir e validar um outro saber, na identificação mais ampla das vivências profissionais e na compreensão dos contextos de trabalho e dos recursos utilizados nos

serviços de saúde. Essa prerrogativa pressupõe a superação dos preconceitos incluídos na estratificação de níveis educacionais na ESF, o que implica em respeitar e tentar entender a fala do outro, a fim de influenciar na produção de uma nova cultura do setor de saúde. Um aprendizado dessa natureza requer interações de saberes e práticas, quer dizer, a interlocução entre os profissionais, técnicos e representantes da população organizada, no âmbito dos serviços (STOTZ; ARAÚJO, 2004).

Perceberam-se, nesse processo, os desafios de lidar com a comunicação em saúde, a fim de tornar a cartilha efetiva, ou seja, de que seja compreendida e faça sentido para as pessoas envolvidas. Reitera-se a importância do cuidado em garantir uma comunicação eficaz na elaboração desta cartilha, tendo em vista a ampla recomendação da importância do investimento na comunicação entre profissionais.

Este tipo de perspectiva propõe-se à formação de uma consciência crítica voltada para a transformação da realidade social. São processos de validação da experiência de terceiros e legitimação da sua voz e, ao mesmo tempo, de remoção de barreiras que limitam a vida em sociedade, visando, entre outros aspectos, à melhoria da qualidade de vida (CARVALHO, 2004; MONTEIRO *et al.*, 2006).

Buscou-se, com a criação desta cartilha, aperfeiçoar o conhecimento dos profissionais de saúde da ESF sobre a infecção pelo HIV/AIDS e, assim, oferecer subsídios para uma melhor assistência às pessoas que vivem infectadas por esse vírus e, também, servir como recurso material para o fortalecimento das potencialidades nos serviços de saúde.

Espera-se, então, que a cartilha produzida seja um recurso amplamente utilizado pelos profissionais de saúde da ESF de Chaval-CE. Esse será um objetivo que se propõe alcançar mediante sua ampla disponibilização por meio da obtenção de recursos financeiros junto à Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal.

Por fim, acredita-se que este estudo possa trazer subsídios para a reflexão acerca da importância do trabalho com grupos para a promoção da educação em saúde e para as limitações das abordagens individualizadas. Evidencia-se, assim, como uma possibilidade na construção de dados em pesquisas qualitativas e na área da saúde.

6.1 Uma retrospectiva do caminho percorrido

Chegando ao final dessa caminhada, pontuam-se algumas considerações referentes aos planos, tanto pessoal quanto profissional, que representam os ganhos e os avanços que o exercício de cursar esse Mestrado proporcionou à autora da pesquisa/intervenção.

Em primeiro lugar, o fato de precisar sair de sua cidade natal e ir para outra desconhecida, além de conviver com pessoas totalmente estranhas, enquanto realizava os créditos teóricos do curso. Isso representou o exercício constante de utilizar/aprimorar sua comunicação verbal, tão subutilizada ao longo de sua vida. No entanto, oportunizaram-lhe momentos e espaço para entender, sentir-se, enxergar-se e andar com seus próprios pés.

Em segundo lugar, destaca-se o desafio de elaborar o projeto de pesquisa e, ainda, enfrentar o Exame de Qualificação (EQ). Isso custou grandes períodos de leitura da pesquisadora; muitas dúvidas surgiram e, com elas, algumas ansiedades precisaram ser trabalhadas. Voltou do EQ com algumas certezas, o dobro de dúvidas e um projeto para refazer, pois a banca examinadora, com sua extrema sabedoria e sensibilidade, avaliou que seu projeto inicial não tinha harmonia com seus anseios, e não daria respostas à problemática que a motivou escolher a temática- HIV/AIDS.

Iniciou-se um período delicado na vida pessoal da autora, que culminou com momentos frequentes de total falta de estímulo para continuar essa caminhada. Somou-se a isso, o fato de estar dividida entre quatro cidades, distantes entre si. Residia em Parnaíba-PI, trabalhava em Chaval-CE e em Teresina-PI, e cursava o mestrado em Sobral-CE. Após idas e vindas, imenso cansaço físico e mental, optou, então, por quebrar o cordão umbilical e ir morar definitivamente na capital do Piauí, além de sair de licença de Chaval. Entendeu, afinal, que tudo isso também fazia parte do amadurecimento, do caminhar.

Registra-se, também, como ganhos dessa caminhada, a oportunidade de produzir trabalhos e publicá-los e/ou apresentá-los em eventos científicos. Destaca-se a participação no VIII Encontro de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, com o tema: “Interdisciplinaridade e Inovação na Pesquisa e na Pós-Graduação”, onde todos os mestrandos apresentaram trabalhos resultantes das atividades do Mestrado.

A conclusão desta pesquisa, que visou à produção de uma cartilha educativa com conteúdo significativo e de fácil compreensão, do ponto de vista dos profissionais de saúde, e cuja trajetória foi permeada pela estratégia participativa, possibilitou realizar uma análise retrospectiva de suas etapas.

No período de desenvolvimento das sessões grupais, os encontros, permeados por trocas e contribuições mútuas, possibilitaram reconhecer a importância das estratégias empregadas e das informações fornecidas estarem em conformidade com os interesses dos participantes do próprio grupo. Isso proporcionou reflexos positivos nas práticas desta autora, enquanto pesquisadora e enfermeira.

Na fase de revisão da literatura, crucial para a sistematização do conteúdo da cartilha, foi alcançado maior aprofundamento no conhecimento relativo à assistência a pessoas que vivem com HIV/AIDS, que possibilitou um ganho cognitivo importante quanto a este conteúdo. Além disso, esta autora pôde aperfeiçoar a maneira de interpretar alguns conceitos, que foi primordial para a escrita de um texto adequado à realidade dos profissionais de saúde da ESF de Chaval-CE.

O desenvolvimento dos trabalhos, em conjunto com profissionais da área da comunicação, possibilitou trocas de experiência muito construtivas e intensos aprendizados no que diz respeito aos processos de elaborar um texto e realizar a produção gráfica do material educativo. Este processo, que foi permeado pela criatividade e solidariedade, possibilitou o reconhecimento de algumas limitações pessoais e a necessidade de buscar ajuda de outros profissionais, cujo esforço realizado em conjunto viabilizou a produção da cartilha.

Os profissionais que participaram da validação da cartilha não mediram esforços para colaborar em seu aperfeiçoamento. Foram contribuições valiosas que, além da troca de experiências, permitiu alcançar uma visão mais abrangente em relação à atividade educativa no âmbito da saúde e reforçar a crença na potencialidade da cartilha. A troca de ideias entre distintos profissionais se revelou um trabalho enriquecedor, pois cada qual deu a sua contribuição, tendo como base as vivências do próprio cotidiano. Esse fato reafirma a importância do trabalho multiprofissional na educação e promoção da saúde.

Percebe-se, ao final desse percurso, que os percalços vividos resultam em ganhos proveitosos, tanto no nível pessoal, quanto no profissional. Entende-se, também, que este estudo permitiu fortalecer a relação da pesquisadora com a área da pesquisa, além de ter sido um exercício pessoal e profissional agradável e prazeroso, que ampliou a visão de mundo, amparada teoricamente.

Para concluir, deve ser ressaltada a importância desta experiência, que foi de grande valor e significado para todos os envolvidos e, principalmente para esta profissional de saúde, em virtude dos ganhos pessoais e profissionais conquistados no transcurso da pesquisa.

6.2 Limitações e Sugestões da nossa pesquisa/intervenção

A primeira grande limitação deste estudo foi a falta de investimento financeiro com a pesquisa/intervenção, todos os recursos foram custeados pela autora, desde a sua locomoção, os lanches ao final das sessões grupais, materiais didáticos e audiovisuais para realização dos

encontros, fotocópias dos recursos impressos e, principalmente, a confecção das duas versões da cartilha, fato esse que limitou o número de peritos.

Outra situação limitadora da pesquisa/intervenção foi a falta de mais profissionais durante as sessões grupais, e a ausência dos profissionais de medicina, que ficaram impossibilitados de participar desses momentos, pois o secretário municipal de saúde não permitiu, alegando que já tinham tido vários feriados neste ano e que talvez a população reclamasse da ausência de médicos nos postos de saúde.

Salienta-se que este material foi produzido em um contexto de uma cidade do interior, com suas inúmeras particularidades. Essa limitação revela que não é possível abranger tamanha diversidade da realidade dos serviços de saúde brasileiros com uma cartilha padronizada e com características da realidade local. Torna-se necessário incorporar as dimensões, valores, até mesmo padrões de linguagem peculiares de determinadas regiões brasileiras para possibilitar sua aplicabilidade em outros locais. Isso requer a adaptação transcultural desta cartilha, ou mesmo a produção de novos materiais. Retoma-se a importância da construção coletiva, com participação ativa dos agentes envolvidos no processo, que certamente poderá agregar maior valor a este recurso.

Em contrapartida, destaca-se que a realização do trabalho educativo nos grupos pôde incentivar a troca de conhecimentos e o compartilhamento de experiências, que podem acabar por contribuir na mudança de concepções acerca do processo saúde doença.

Com isso, propõe-se a realização de maior aproximação entre os profissionais de saúde que atuam por meio da prática educativa na ESF e os modelos de educação em saúde, tanto durante a formação desses profissionais, quanto por meio de uma estrutura de educação permanente em saúde, como forma de proceder à redução da lacuna existente entre a teoria e a prática educativa, bem como a consolidação de processos educativos dialógicos, democráticos, problematizadores, políticos e, conseqüentemente, transformadores.

Por fim, sugere-se que os momentos de educação permanente sejam realizados em grupos de discussão, já que isso possibilita a troca de experiências, uma maior interatividade dos profissionais, visando à melhoria da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.N.S. et al. Produção de subjetividade e sexualidade em mulheres vivendo com o HIV/AIDS: produção sociopoética. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 18-25, mar./abr.2010.

ALMEIDA, M.R.C.B.;LABRONICI, L.M. (2007)**A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral**. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 21/08/2012.

ALVES, V.S. Um modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 16, p 39-52, set. 2004; fev.2005, Botucatu, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 17/01/2014.

BARBOSA, R.M.; PINHO, A.A. (2009)**Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/AIDS no Brasil**. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 21/08/2012.

BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Educação em Saúde no contexto da Promoção Humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 de outubro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (MS). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4.ed. Brasília: MS; 2007. (Série Pactos pela Saúde, 2006; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL, Valéria Rocha. A recuperação da pessoa do dependente químico: o impacto no seu processo de mudança na família. **Psico**,[s.l.] ,v. 1, n.1, p. 93-104, 2004.

BRITO, A. M.;CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**. 34(2), 207-217, 2000.

CARLOS, S.A. **O processo grupal**. In: JAQUES, M. G. C.;STREY, M. N.;BERNARDES, N. M. G.;GUARESCHI, P. A. et al. **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. 2.ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1998. 262 p. p. 199-206. (Temáticas; 3).

CARVALHO, C.M.L.; GALVÃO, M.T.G. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza-CE. **RevEscEnferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 90-97, jan. 2007.

CARVALHO, F. T., MORAIS, N. A., KOLLER, S. H.; PICCININI, C. A. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, 23(9), 2023-2033, 2007.

CARVALHO, F.T. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Ver Saúde Pública**. 2007; 36 (4Supl):12-23.

CATRIB, A. M. F. et al. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Educação em Saúde no contexto da Promoção Humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

CPRM - Serviço Geológico do Brasil. **Localização, 2004**. Disponível em: <<http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/ceara/relatorios/150.pdf>> Acesso: 13 dez. 2013.

FARAH, B.F. **A educação permanente no processo de organização do serviço de saúde: as repercussões do curso introdutório para as equipes de saúde da família – experiência do município de Juiz de Fora, MG** [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

FERREIRA, R. C. M. **Atividade profissional e suporte ao enfrentamento do HIV/AIDS: um estudo com mulheres junto ao Grupo Humanitário de Incentivo à Vida de Ribeirão Preto, estado de São Paulo**. Dissertação de Mestrado Não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FERREIRA, R. C. M.; FIGUEIREDO, M. A. C. Reinserção no mercado de trabalho. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/AIDS. **Medicina**, 39(4), 591-600, 2006.

FERREIRA, R. C. M.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L.B. Trabalho, HIV/AIDS: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. **RevEscEnferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 130-136, jan. 2011.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n. 2, p.389-394, fev. 2011.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 8.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.

FREITAS, Etiane de Oliveira. **Estresse, Coping, Burnout, sintomas Depressivos e Hardiness entre discentes de Enfermagem**. 2012. 142p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2012.

GALVÃO, M.T.G. et al.. **Esperanças em mulheres portadoras da infecção pelo HIV**. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 21/08/2012.

GALVÃO, M.T.G.; PAIVA, S.S. (2011) **Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus**. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 21/08/2012.

GASPAR, J. et al. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/AIDS de um município do interior paulista. **RevEscEnferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 230-236, jan. 2010.

GAZZINELLI, M.F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D.C; PENNA, C. M. M. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (1): 200-2006, jan./fev., 2005. 200-206

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I.(orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.

Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 1975.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença**. Trad.Ane Rose Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IBGE. **Cidades @ (Chaval – CE) 2010**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 13 dez. 2013.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, Formação de Saúde, Educação em Saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva** v.12 n.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2007. Disponível em www.scielo.br acesso em 17/01/2014.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 242-248, mar./jul. 2008.

MENDES, R.; SUCUPIRA, A.C. Promoção da saúde, conceitos e definições. **SANARE. Revista Sobralense de Políticas Públicas**: Sobral, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I.(orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PEDROSA, J. I. S. Educação Popular no ministério da saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PEREIRA, R.A.G. **Programa Saúde da Família**: determinantes e efeitos de sua implantação em municípios brasileiros [tese]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2006.

RADNAI, G. P. **Qualidade das ações educativas em saúde desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família de Sobral**: avaliação à luz do referencial de Donabedian. Monografia de Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA: Sobral, 2005

RODRIGUES, L.S.A. et al. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/AIDS: estudo de representações sociais. **RevEscEnferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 120-126, abr. 2009.

RONZANI, T.M.; STRALEN, C.J. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista APS**, 6(2):99-107, 2003.

SADALA, M.L.A.; MARQUES, S.A.(2006) **Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil**: a perspectiva de profissionais de saúde. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 21/08/2012.

SANTOS, N.J.S. et al.(2009) **Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras**. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 21/08/2012.

SANTOS, N. J. S.; TAYRA, A.; SILVA, S. R.; BUCHALA, N.; LAURENTI, R. A AIDS no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 5(3), 286-310, 2002.

SANTOS, W.; MUNARI, D.B.; MEDEIROS, M. **O grupo de mulheres que vivem e convivem com HIV/AIDS**: um relato de experiência, 2009. p. 1043-1048. Disponível em : <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a32.htm> Acesso em 23 de janeiro de 2013.

SAWANG, S. et al. Confirmatory factor analysis of the way of coping checklist-revised(WCCL-R) in the asian context. **Applied Psychology**, v. 59, n. 2, p. 202-219, 2010.

SEIDL, E.M.F. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 421-429, set./dez. 2005.

SELLI, L.; CHECHIN, P.L. Mulheres HIV/AIDS: silenciamento, dor moral e saúde coletiva. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 353-358, jul./set. 2005.

SILVA, C.M.S. et al. **Semiárido piauiense**: Educação e Contexto. Campina Grande: Triunfal Gráfica e Editora, 2010.

SOUZA, A.C.; COLOMÉ, I.C.S.; COSTA, L.E.D.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, 26(2):147-53, 2005.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **CienSaudeColet**, 14(Supl.1):1325 -1335, 2009.

TEIXEIRA, C.F. A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira, C. F;SOLLA; J. P.(orgs). **Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba; 2006.

TONES, K; TILFORD, S. **Health education: effectiveness, efficiency and equity**. London: Chapman e Hall; 1994.

VALE, C.G. **Identidades, doença e organização social**: um estudo das “pessoas vivendo com HIV e AIDS. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 21/01/2013.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular**: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

VERGARA, S.C. **Métodos de Coleta de Dados no Campo**. São Paulo: Atlas, 2009.

APÊNDICES



**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

APÊNDICE A

Convite para participar do Grupo de Discussão sobre HIV/AIDS



Convidamos você, profissional de saúde da Estratégia Saúde da Família de Chavall-CE, para participar de um **Grupo de Discussão sobre HIV/AIDS**, que será realizado _____, no dia ____/junho/2014, às _____.

Ressaltamos que esse grupo tem como intuito principal a criação de uma cartilha sobre assistência a pessoas que vivem com HIV/AIDS, a partir da discussão de assuntos pertinentes sobre a infecção.

Sua presença é muito importante. Esperamos você!

Vanessa Matos Gomes dos Santos

Mestranda da UVA



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ
Pró-Reitoria de Educação Continuada



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Ciência, Tecnologia
e Educação Superior

**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação da Pesquisa

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine todas as folhas ao final deste documento, com as folhas rubricadas pelo pesquisador, e assinadas pelo mesmo, na última página. Este documento está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o senhor(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

Pesquisa: SABER CUIDAR: CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE CUIDAM DE PESSOAS COM HIV/AIDS.

Autores:

Vanessa Matos Gomes dos Santos (mestranda) – vanessa_matosphb@hotmail.com

Eliany Nazaré Oliveira (orientadora) – elianyy@hotmail.com

Esta proposta de pesquisa tem por **objetivo geral** elaborar uma cartilha destinada aos profissionais da ESF de Chaval-Ceará para subsidiar a assistência a pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Sua participação na pesquisa ocorrerá uma única vez, durante uma sessão grupal, que terá uma duração não superior a três horas e que estará sendo gravada.

Os **riscos** relacionados à pesquisa poderão ser por constrangimento, caso o senhor(a) se sinta incomodado(a) em participar da discussão sobre HIV/AIDS.

Os **benefícios** da pesquisa estão relacionados a:

1. O desenvolvimento da ciência;
2. A possibilidade de melhoria da assistência de pessoas infectadas pelo HIV.

O **método** utilizado para o aproveitamento das discussões durante a sessão grupal é de natureza qualitativa, que não tem a finalidade de contar opiniões ou pessoas. Seu intuito é explorar ideias, experiências, comportamentos, emoções e sentimentos sobre um determinado assunto que o(a) senhor(a) irá nos passar durante esse momento de discussão. Nesse sentido, a sua contribuição é extremamente valiosa. A análise dessas informações será interpretativa, isto é, buscaremos significados das falas descritas para se chegar a uma definição das suas demandas de conhecimento/esclarecimento sobre HIV/AIDS a serem contempladas na cartilha.

Os resultados do estudo serão divulgados durante a defesa de dissertação da mestrandia Vanessa. Para este evento, você receberá comunicado e convite para se fazer presente. Garantimos que durante estas divulgações dos resultados, seu nome será mantido em segredo, a não ser que deseje que o(a) identifiquemos.

Finalmente, para que o(a) senhor(a) entenda, a sua participação é livre e a retirada de seu nome como participante não trará nenhum prejuízo nas relações afetivas que mantém com os profissionais da ESF. Também desejamos explicar que não haverá qualquer pagamento a ser dado por sua participação.

Gostaria muito de poder contar com sua valiosa participação, que desde já agradeço. Se aceitar participar do estudo, peço que assine esse termo de consentimento em duas vias. Uma ficará com a pesquisadora e a outra com você.

O pesquisador responsável por este projeto é Vanessa Matos Gomes dos Santos, cujo telefone de contato é: (86) 9962-0144 e endereço: Rua Azair Chaib, 363, Teresina-PI. Qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê de Ética e Pesquisa, localizado na Avenida Comandante Mauricélio Rocha Ponte, 150 - Derby, CEP: 62.041-040 - Sobral-CE. Fone/Fax (88)3677-4255.

Se precisar entrar em contato comigo ou com minha orientadora, segue os contatos:

Aluna: Vanessa Matos Gomes dos Santos

Celular: (86)9962-0144; (86) 8833-7083

Orientadora: Prof.^a Dra. Eliany Nazaré de Oliveira

Celular: (88)99592122

Atenciosamente,

Vanessa Matos Gomes dos Santos

Pesquisadora, enfermeira e aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UVA.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Chaval, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ
Pró-Reitoria de Educação Continuada



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Ciência, Tecnologia
e Educação Superior

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE C

Questionário para caracterizar profissionais de saúde da ESF

ALUNA - VANESSA MATOS GOMES DOS SANTOS

**TÍTULO DO TRABALHO - SABER CUIDAR: CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA
PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE CUIDAM DE PESSOAS COM HIV/AIDS**

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Idade: 18 a 25 anos
 26 a 40 anos
 41 a 60 anos
 Acima de 60 anos

3. Profissão:
 Médico
 Enfermeiro
 Dentista
 ACS
 Técnico em Enfermagem
 Auxiliar de consultório Dentário

Outros

4. Tempo de Formação:

0 a 5 anos

6 a 10 anos

11 a 20 anos

21 a 30 anos

Acima de 30 anos

5. Tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família:

0 a 5 anos

6 a 10 anos

11 a 20 anos

21 a 30 anos

Acima de 30 anos

6. Vínculo Empregatício:

Contratado

Efetivo

Outros

7. Participou de algum curso/palestra sobre HIV/AIDS:

Sim

Não



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ
Pró-Reitoria de Educação Continuada



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Ciência, Tecnologia
e Educação Superior

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE D

Lista com os conteúdos sobre HIV/AIDS a serem discutidos nos grupos

ALUNA- VANESSA MATOS GOMES DOS SANTOS

**TÍTULO DO TRABALHO - SABER CUIDAR: CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA
PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE CUIDAM DE PESSOAS COM HIV/AIDS**

1. INFECÇÃO HIV/AIDS
2. TRANSMISSÃO
3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
4. DIAGNÓSTICO
5. TRATAMENTO
6. PREVENÇÃO
7. ASPECTOS ÉTICOS E EMOCIONAIS RELACIONADOS AO HIV/AIDS
8. DIREITOS DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS.

***ANOTE AQUI SUAS SUGESTÕES DO QUE ACRESCENTAR OU RETIRAR DA
CARTILHA SOBRE HIV/AIDS E CRÍTICAS:**



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ
Pró-Reitoria de Educação Continuada



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Ciência, Tecnologia
e Educação Superior

**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

APÊNDICE E

Questionário para validação da cartilha educativa

No caso de existir algum tópico em que você assinalou “não” como resposta, indique a página e o parágrafo, expresse sua opinião e dê suas sugestões para o aperfeiçoamento da cartilha:

TÓPICO 1: Diferença entre HIV e AIDS

1 Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas?

Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?

Sim () Não ()

2 Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou ideia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3 Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?

Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?

Sim () Não ()

c) As ilustrações são pertinentes?

Sim () Não ()

TÓPICO 2: Transmissão

1 Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas?

Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?

Sim () Não ()

2 Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou ideia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3 Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?

Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?

Sim () Não ()

c) As ilustrações são pertinentes?

Sim () Não ()

TÓPICO 3: Manifestações Clínicas

1 Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas?

Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?

Sim () Não ()

2 Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou ideia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3 Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?

Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?

Sim () Não ()

c) As ilustrações são pertinentes?

Sim () Não ()

TÓPICO 4: Diagnóstico

1 Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas?

Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?

Sim () Não ()

2 Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou ideia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3 Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?

Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?

Sim () Não ()

c) As ilustrações são pertinentes?

Sim () Não ()

TÓPICO 5: Tratamento**1 Quanto ao conteúdo:**

a) As informações estão corretas?

Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?

Sim () Não ()

2 Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou ideia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3 Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?

Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?

Sim () Não ()

c) As ilustrações são pertinentes?

Sim () Não ()

TÓPICO 6: Prevenção**1 Quanto ao conteúdo:**

a) As informações estão corretas?

Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?

Sim () Não ()

2 Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou ideia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3 Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?

Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?

Sim () Não ()

c) As ilustrações são pertinentes?

Sim () Não ()

TÓPICO 7: Aspectos éticos e emocionais relacionados ao HIV/AIDS

1 Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas?

Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?

Sim () Não ()

2 Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou ideia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3 Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?

Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?

Sim () Não ()

c) As ilustrações são pertinentes?

Sim () Não ()

TÓPICO 8: Direitos das pessoas que vivem com HIV/ AIDS

1 Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas?

Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?

Sim () Não ()

2 Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou ideia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3 Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?

Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?

Sim () Não ()

c) As ilustrações são pertinentes?

Sim () Não ()

TÓPICO 9: Fluxograma de caso suspeito de infecção pelo HIV na ESF de Chaval-Ceará

1 Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas?

Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?

Sim () Não ()

2 Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou ideia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3 Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?

Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?

Sim () Não ()

c) As ilustrações são pertinentes?

Sim () Não ()

TÓPICO 10: Avaliação geral da cartilha

Em relação à estrutura/formato:

a) O tamanho (dimensões) do material está adequado?

Sim () Não ()

b) O tamanho do texto é adequado (número de páginas)?

Sim () Não ()

c) Apresentação do material está adequada (capa, cores utilizadas)?

Sim () Não ()

d) Opinião final após a leitura?

TÓPICO 11: Por favor, acrescente alguns outros comentários relevantes e que não foram incluídos neste questionário.



UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação da Pesquisa como Perito

Prezado(a) Senhor(a)

Eu, aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, nucleadora UVA, venho solicitar sua colaboração como perito na validação de um material educativo para profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Esclareço que suas informações a mim confiadas serão sigilosas, garantindo o anonimato ao informante. A sua participação no estudo é livre, podendo desligar-se do mesmo a qualquer instante, sem prejuízos à sua pessoa. Os dados obtidos serão organizados e apresentados no dia da defesa da dissertação. As informações contidas no questionário de validação do material serão transcritas sem qualquer identificação do informante.

O **estudo** “Saber cuidar: construção de uma cartilha para profissionais da saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS” tem por **objetivo geral** elaborar uma cartilha destinada aos profissionais da ESF de Chaval-Ceará para subsidiar a assistência a pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Informamos que no caso de dúvida, o colaborador poderá entrar em contato com as pesquisadoras.

Ainda esclareço que os colaboradores junto à pesquisa não sofrerão qualquer ônus financeiro e que não haverá remuneração. A participação na pesquisa é livre e de espontânea

vontade. Toda e qualquer dúvida verbalizada pelo colaborador aos pesquisadores serão esclarecidas.

Gostaria muito de poder contar com sua valiosa participação, que desde já agradeço. Se aceitar participar do estudo, peço que assine esse termo de consentimento em duas vias. Uma ficará com a pesquisadora e a outra com você.

O pesquisador responsável por este projeto é Vanessa Matos Gomes dos Santos, cujo telefone de contato é: (86) 9962-0144 e endereço: Rua Azair Chaib, 363, Teresina-PI. Qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê de Ética e Pesquisa, que é localizado na Avenida Comandante Mauricélio Rocha Ponte, 150 - Derby, CEP: 62.041-040 - Sobral-CE. Fone/Fax (88)3677-4255.

Se precisar entrar em contato comigo ou com minha orientadora, segue os contatos:

Aluna: Vanessa Matos Gomes dos Santos

Celular: (86)9962-0144; (86)8833-7083;

Orientadora: Prof.^a Dra. Eliany Nazaré de Oliveira

Celular: (88)99592122

Atenciosamente,

Vanessa Matos Gomes dos Santos

Pesquisadora, enfermeira e aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UVA.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Autorizo a menção de meu nome enquanto perito nos créditos da cartilha educativa.

Teresina, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ
Pró-Reitoria de Educação Continuada



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Ciência, Tecnologia
e Educação Superior

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE G

Questionário de Caracterização dos Peritos

ALUNA: VANESSA MATOS GOMES DOS SANTOS

TÍTULO DO TRABALHO: SABER CUIDAR: CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA
PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE CUIDAM DE PESSOAS COM HIV/AIDS

Nome: _____

Idade: _____

Profissão _____

Ano de conclusão do ensino médio ou técnico: _____

Ano de conclusão da graduação: _____

Área de atuação: ()Assistência ()Ensino ()Pesquisa

Local de trabalho atual: _____

Trajetória profissional: _____

Especialização:

Especialista em: _____ Ano: _____

Mestrado:

Área: _____

Título: _____ Ano: _____

Doutorado:

Área: _____

Título: _____ Ano: _____

ANEXOS

**ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA
PESQUISA/INTERVENÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE CHAVAL-CE**



**ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAVAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA/INTERVENÇÃO

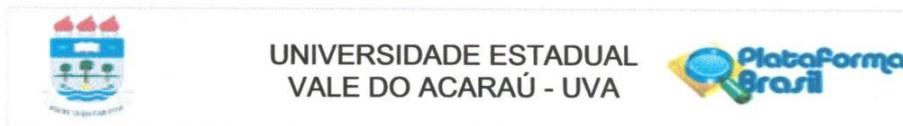
Pelo presente instrumento de autorização, em resposta a solicitação de autorização de pesquisa/intervenção, recepcionada por esta secretaria nesta data, no que tange a pesquisa intitulada EDUCANDO PARA A VIDA: PROCESSO PARTICIPATIVO DE CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA PARA ASSISTÊNCIA A PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS, de autoria da mestrandia VANESSA MATOS GOMES DOS SANTOS, manifesto-me, DEFERINDO o pleito, desde que sejam preservadas a identidade de todos os cidadãos envolvidos na pesquisa, sem prejuízo da observância de todos os preceitos legais que digam respeito à pesquisa mencionada.

Assim, solicito, ao final da pesquisa, que seja encaminhada para a Atenção Básica, ligada a esta secretaria, cópias da pesquisa.

Chaval, 26 de março de 2014.


Francisco Jair Rodrigues
Secretário Municipal de Saúde
(88) 8851-3690

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCANDO PARA A VIDA: PROCESSO PARTICIPATIVO DE CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA PARA ASSISTÊNCIA A PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Pesquisador: VANESSA MATOS GOMES DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31219014.7.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 674.838

Data da Relatoria: 04/06/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo do tipo qualitativo com a utilização da metodologia da pesquisa-ação, a ser realizado com os profissionais da ESF de Chaval – Ceará, a partir de metodologias participativas envolvendo sessões grupais.

Objetivo da Pesquisa:

Estudo com o objetivo principal de elaborar uma cartilha destinada aos profissionais da ESF de Chaval - Ceará para subsidiar a assistência a pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos mínimos e como benefícios a possibilidade de melhoria da assistência de pessoas infectadas pelo HIV.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante com aprofundamento teórico do objeto de estudo e descrição metodológica pertinente para o desenvolvimento das etapas propostas para execução da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proposta apresenta adequadamente os Termos obrigatórios: Carta de Anuência da instituição em que a pesquisa será realizada; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Pós-Informado e instrumentos para coleta de informações.

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 674.838

Recomendações:

Recomendamos a devolutiva ao Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do envio do Relatório Final de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa encontra-se adequado, sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após detida análise do protocolo de pesquisa, o Colegiado do CEP considerou o projeto APROVADO.

SOBRAL, 04 de Junho de 2014

Assinado por:

CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Pople, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

ANEXO C – DECLARAÇÃO DA REVISÃO GRAMATICAL

DECLARAÇÃO

Eu, Luiza de Marilac Veras Uchôa, Graduada em Licenciatura Plena em Letras pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) e Mestre em Linguística pela Universidade Federal do Ceará (UFC), declaro ter realizado a revisão gramatical da Dissertação de Mestrado da acadêmica **VANESSA MATOS GOMES DOS SANTOS**, intitulada **EDUCANDO PARA A VIDA: PROCESSO PARTICIPATIVO DE CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA PARA O CUIDADO A PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**.

Luiza de Marilac Veras Uchôa