

Cuidado compartilhado de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária: resultados da descentralização em Florianópolis

Shared care for people living with HIV/AIDS in primary care: results of decentralization in Florianopolis

Cuidado compartido de personas portadoras de VIH/SIDA en la Atención Primaria: resultados de la descentralización en Florianópolis

Vanessa Karoline Alves de Carvalho¹, Dannielle Fernandes Godoi², Filipe de Barros Perini³, Ana Cristina Vidor², Gabriela Baron⁴

¹ Escola de Saúde Pública de Florianópolis, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

² Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

³ Ministério da Saúde, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Resumo

Introdução: Buscando instituir ações para prevenir e reduzir a transmissão, melhorar o acesso ao tratamento e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV), a rede municipal de saúde de Florianópolis implantou entre 2015 e 2016 uma nova forma de suporte em Infectologia para a Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Descrever os resultados encontrados no município no processo de descentralização e cuidado compartilhado de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV) com a APS de Florianópolis. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo. Os dados foram obtidos de relatórios do prontuário eletrônico local e a partir de questionário estruturado aplicado junto aos médicos da APS de Florianópolis. **Resultados:** Entre 2014 e 2018, o número de atendimentos na APS relacionados ao cuidado de PVHIV teve um aumento expressivo, sobretudo após 2016, acompanhado de uma redução de 45,7% na proporção de encaminhamentos para infectologia após a implantação do apoio matricial em infectologia. Aliada à redução da taxa de encaminhamento evidenciou-se a habilidade na prescrição de Terapia Antirretroviral (TARV) por 100% dos médicos da APS entrevistados. Em relação à situação de acompanhamento de PVHIV, exclusivamente sob cuidados da APS, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os médicos que fazem preceptoria em ensino na graduação e residência e os que são residentes ou tem formação específica em medicina de família e comunidade (MFC) em relação aos médicos sem formação específica. A proporção de médicos que se sentem seguros e confiantes em realizar esse tipo de atendimento na APS também foi significativamente maior entre os médicos que fazem preceptoria e são médicos de família e comunidade. **Conclusões:** A implantação do Apoio Matricial da Infectologia para a APS trouxe grande avanço para o município de Florianópolis, no que tange ao acesso e qualificação do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Os resultados foram mais significativos para os profissionais envolvidos com atividades de preceptoria e formação específica em MFC, o que reforça o papel da educação permanente na qualificação da coordenação do cuidado pela APS.

Palavras-chave: HIV; Atenção Primária à Saúde; Interconsulta.

Como citar: Carvalho VKA, Godoi DF, Perini FB, Vidor AC, Baron G. Cuidado compartilhado de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária: resultados da descentralização em Florianópolis. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2066. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2066](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2066)

Autor correspondente:

Vanessa Karoline Alves de Carvalho.

E-mail: vanessa_kac@hotmail.com

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

nº do parecer 3.009.877.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 22/04/2019.

Approved em: 26/11/2019.



Abstract

Introduction: In order to institute actions to prevent and reduce transmission, improve access to treatment and a better quality of life for people living with HIV/AIDS (PLHA), between 2015 and 2016, the municipal health department of Florianópolis implemented a new form of support in Infectology for Primary Health Care (PHC). **Objective:** Describe the results found in the municipality in the process of decentralization and shared care for people living with HIV/AIDS (PLWHIV) with the PHC in Florianópolis. **Methods:** This is an observational, cross-sectional and descriptive study. The data were obtained from reports from the local electronic medical record and from a structured questionnaire applied to PHC physicians from Florianópolis. **Results:** Between 2014 and 2018, the number of PHC attendances related to PLHA care increased significantly, especially after 2016, accompanied by a 45.7% reduction of referrals to infectology after the implementation of the matrix support in Infectology. Allied to this reduction, the ability to prescribe antiretroviral therapy (ART) was evidenced by 100% of the PHC physicians interviewed. Regarding the situation of follow-up of PLHA exclusively under PHC care, a statistically significant difference was found between doctors who teach preceptorship in undergraduate and residency education, those who are residents or have specific training in family and community medicine (FCM) in relation to physicians without specific training. The proportion of physicians who feel safe and confident in performing this type of care in PHC was also significantly higher among physicians who do preceptorship and are family and community physicians. **Conclusion:** The implantation of the Infectology Matrix Support for PHC brought great changes to the municipality of Florianópolis regarding the access and qualification of the care of people living with HIV / AIDS. The results were more significant for professionals involved in activities of preceptorship and specific training in FCM, which reinforces the role of permanent education in the qualification of the coordination of care by PHC.

Keywords: HIV; Primary Health Care; Referral and Consultation.

Resumen

Introducción: Buscando establecer acciones para prevenir y reducir la transmisión, mejorar el acceso al tratamiento y la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), la red municipal de salud de Florianópolis empezó entre 2015 y 2016 una nueva forma de soporte en Infectología para la Atención Primaria a la Salud (APS). **Objetivo:** Describir los resultados encontrados en el municipio tras el proceso de descentralización y cuidado compartido de personas viviendo con VIH/SIDA (PVHIV) con la APS de Florianópolis. **Método:** Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo. Los datos fueron obtenidos de informes del prontuario electrónico local y a partir de un cuestionario estructurado aplicado junto a los médicos de la APS de Florianópolis. **Resultados:** Entre 2014 y 2018, el número de atendimientos en la APS relacionados al cuidado de PVVS tuvo un aumento expresivo, sobre todo después de 2016, acompañado de una reducción de 45,7% en la proporción de encaminamientos para infectología tras la implantación del apoyo matricial en infectología. Aliado a la reducción de la tasa de encaminamiento se evidenció la habilidad en la prescripción de Terapia Antirretroviral (TARV) por 100% de los médicos de la APS entrevistados. En relación con la situación de seguimiento de PVVS exclusivamente bajo cuidados de la APS se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los médicos que hacen preceptoría en enseñanza en la graduación y residencia, los que son residentes o tienen formación específica en medicina de familia y comunidad (MFC) en relación con médicos sin formación específica. La proporción de médicos que se sienten seguros y tienen confianza en realizar ese tipo de atención en la APS también fue significativamente mayor entre los médicos que hacen preceptoría y son médicos de familia y comunidad. **Conclusión:** La implantación del Apoyo Matricial de la Infectología para la APS trajo gran avance para el municipio de Florianópolis, en lo que se refiere al acceso y cualificación del cuidado de las personas que viven con VIH/SIDA. Los resultados fueron más significativos para los profesionales envueltos con actividades de preceptoría o con formación específica en MFC, lo que refuerza el papel de la educación permanente en la cualificación de la coordinación del cuidado por la APS.

Palabras clave: HIV; Atención primaria de salud; Remisión y Consulta.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 1980 quando os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) foram registrados no Brasil, o país realiza ações no sentido de enfrentar e controlar a propagação da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O Brasil foi um dos primeiros países com renda média e baixa a oferecer tratamento gratuito para todas as pessoas infectadas, tornando-se inclusive modelo de prática no combate à epidemia do HIV/AIDS.^{1,2}

Estudos epidemiológicos em relação à distribuição proporcional de casos de HIV/AIDS, identificados de 1980 até junho de 2018, evidenciam que a região Sul do Brasil apresenta a segunda colocação em relação ao número de casos, com 20,5% do total dos casos identificados no país, assim como em relação ao número de óbitos tendo o HIV/AIDS como causa básica, com 20% dos óbitos, atrás apenas da região Sudeste.³

Em Florianópolis (SC), em 2015 foram identificadas 5.817 pessoas vivendo com HIV/AIDS no município e no final do ano de 2016, 6.859 pessoas. Considerando esses dados e tendo como um de seus objetivos alcançar a meta 90-90-90, compromisso assumido pelo Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis busca instituir ações para prevenir e reduzir a transmissão, melhorar o acesso ao tratamento e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS através de novas estratégias de cuidado.^{4,5}

A meta 90-90-90, proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), tem como objetivo que 90% das pessoas com HIV sejam diagnosticadas, 90% destas estejam em tratamento e, dentre estas, 90% tenham carga viral indetectável, até o ano de 2020, com fim de erradicar a epidemia de AIDS até 2030.^{4,5}

Para que essa estratégia se torne viável é imprescindível acesso amplo ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento e assistência por meio de novas metodologias de cuidado e gestão da clínica.^{2,6} A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como foco o cuidado integral e centrado na pessoa, além de atuar no âmbito da promoção, prevenção e tratamento de diversos agravos à saúde. De tal modo, diante da realidade e das necessidades que se impõem, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem e também podem assistir, por meio de profissionais qualificados, às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV).^{5,7}

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis sistematicamente buscou aprimorar medidas que aproximassem a APS do cuidado de pessoas vivendo com HIV/AIDS, intensificando as ações a partir de 2016, com fim de aumentar sua resolutividade, aperfeiçoar a coordenação do cuidado dessa população e qualificar o acesso ao médico infectologista.

Compartilhar o cuidado, antes prestado de forma praticamente restrita pelos infectologistas, com a APS tem permitido a otimização dos recursos financeiros em saúde, a ampliação dos pontos de acesso das PVHIV aos estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), o aumento da resolutividade da APS e a qualificação do cuidado à pessoa que convive com o HIV, sem deixar de lado a importância e o papel do médico especialista em infectologia, que é e continua sendo indispensável neste processo.^{5,6,7}

Entretanto, apesar do embasamento, recomendação e esforço do Ministério de Saúde referente à ampliação do cuidado dessa população para a Atenção Primária à Saúde, são muitas as dificuldades encontradas para a concretização e implementação deste processo. Dentre as principais dificuldades podem ser citadas a situação comum de equipes incompletas nos municípios, a rotatividade de profissionais tanto nas equipes de atenção primária como na atenção especializada, a resistência dos profissionais às mudanças pelo receio de sobrecarga e incapacidade de técnica, dentre outros desafios da prática cotidiana da APS.^{6,8}

Considerando a importância e o impacto de políticas já existentes para o cuidado, acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS, este estudo foi desenvolvido com objetivo de descrever e avaliar os resultados alcançados no município de Florianópolis com a implementação de novas estratégias de cuidado de pessoas vivendo com HIV/AIDS para a Atenção Primária à Saúde do município. A avaliação de processos e resultados como os relatados por esse estudo podem ajudar a fornecer subsídios à disseminação das políticas para pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Para tanto, buscamos estudar o perfil do manejo e atendimento, bem como o processo de descentralização e cuidados compartilhado a APS do município, obtidos nos anos de 2014 a 2018.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, desenvolvido utilizando dados coletados a partir de duas fontes: relatórios do sistema eletrônico de informação de prontuários (InfoSaúde) da rede municipal de saúde de Florianópolis abrangendo todos os atendimentos ambulatoriais realizados entre os anos de 2014 a 2018, por médicos clínicos e médicos de família e comunidade, em todas as UBS de Florianópolis, e de médicos especialistas em infectologia em todos os centros de atenção especializada (Policlínicas) do município; e dados obtidos a partir de um questionário estruturado (Anexo I) aplicado junto aos médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) de Florianópolis (SC).

As variáveis estudadas incluem a quantidade total de consultas realizadas e registradas no InfoSaúde por CID-10 relacionado ao HIV (B20, B21, B22, B23, B24, Z21 e R75), assim como o número total de encaminhamentos para infectologia solicitados nesses atendimentos.

O questionário e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo II) destinado aos médicos da Atenção Primária a Saúde da rede municipal de saúde de Florianópolis foi distribuído na forma impressa e presencial pela pesquisadora, em todas as 49 Unidades Básicas de Saúde em Florianópolis.

Foram incluídos no estudo todos os médicos que trabalhavam na APS em Florianópolis no momento da pesquisa, incluindo médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade, que aceitaram participar da pesquisa por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos médicos que não aceitaram participar da pesquisa ou que estavam afastados por motivo de férias ou qualquer tipo de licença no período da realização da pesquisa.

O presente estudo foi realizado baseando-se nos preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, bem como em consonância com as Normas de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Res. CONEP 466/2012). O projeto foi submetido e aprovado inicialmente pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e posteriormente pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos (Número do Parecer: 3.009.877).

A análise estatística do estudo foi descritiva, sendo as variáveis quantitativas representadas por suas médias e desvios-padrão. As tabelas e gráficos foram confeccionadas em software Excel e Word. Para comparar variáveis contínuas entre os grupos, foi utilizado o teste t-Student, enquanto para comparar variáveis categóricas foi utilizado teste qui-quadrado de Pearson. Todos os cálculos estatísticos foram realizados através do programa Epi Info 7.015. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

O Brasil, por meio do Sistema Único da Saúde (SUS) tem somado esforços para aprimorar e expandir a forma de testagem para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV). Em Florianópolis (SC), entre os anos de 2015 e 2016, essas estratégias foram intensificadas pela Secretaria Municipal de Saúde no sentido de ampliar a linha de cuidado dessa população e formar uma rede de saúde com maior integração e articulação.^{4,5}

Os dados obtidos por meio do sistema de prontuários InfoSaúde revelam que a quantidade de atendimentos na APS relacionados ao cuidado de pessoas vivendo com HIV/AIDS teve um aumento significativo ao longo dos anos analisados, tanto em dados absolutos como relativos ao quantitativo total de atendimentos gerais na APS, principalmente a partir do ano de 2016 (Tabela 1).

Tabela 1. Dados dos relatórios do sistema de prontuários InfoSaúde referentes aos atendimentos realizados na Atenção Primária a Saúde e nas Policlínicas de Florianópolis (SC) nos anos de 2014 a 2018.

Ano	Total absoluto de consultas na APS	Total de consultas na APS por CID-10 (HIV)*	Encaminhamento da APS para infectologia	Proporção de encaminhamentos para Infectologia por consultas por CID-10 (HIV)
	n	n (%)**	n	
2014	448.654	1.135 (0,25%)	705	62,1
2015	445.386	1.744 (0,39%)	744	42,6
2016	480.806	3.452 (0,71%)	709	20,5
2017	473.082	3.859 (0,81%)	646	16,7
2018	548.154	5.970 (1,09%)	978	16,4

Obs: *CID-10 (HIV): B20-B24, Z21 e R75; ** % referente ao número total absoluto de consultas realizadas na APS; APS: Atenção Primária a Saúde; CID: Classificação Internacional de Doenças; HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana; n: Número absoluto; %: Porcentagem.

Em relação à quantidade de encaminhamentos para infectologia gerados por esses atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde, a proporção em relação ao número de consultas relacionadas à PVHIV caiu de 62,1% em 2014 para 16,4% em 2018 (Tabela 1), o que se reflete na distribuição proporcional de atendimentos relacionados ao HIV entre os profissionais atuantes na APS e infectologistas (Gráfico 1).

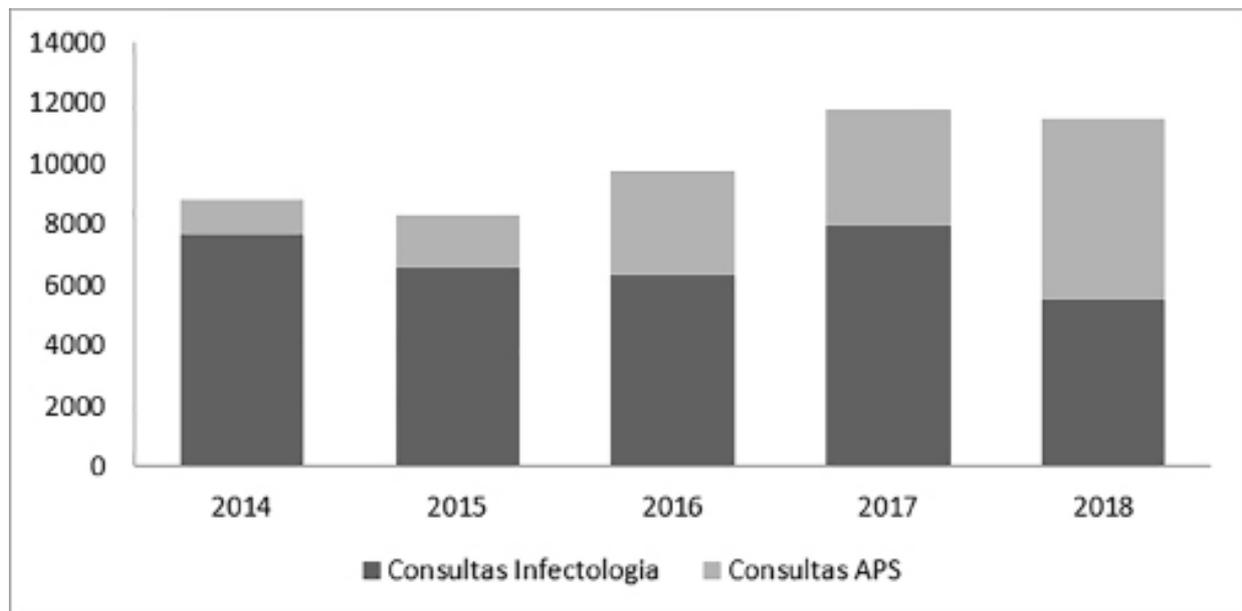


Gráfico 1. Representação gráfica da relação entre o número total de consultas relacionadas ao HIV de médicos infectologistas e médicos da Atenção Primária a Saúde em Florianópolis (SC), entre os anos de 2014 e 2018.

No período da realização da entrevista, o número de médicos ativos trabalhando na APS do município era 126, distribuídos em um total de 49 Unidades Básicas de Saúde. Destes, 105 médicos em um total de 37 Unidades Básicas de Saúde responderam ao questionário, sendo 9 localizadas na região continental, 10 na região central, 8 na região norte e 10 na região sul do município, o que representa uma amostra de mais de 80% dos médicos ativos e uma distribuição territorial equitativa.

Dos 105 médicos que participaram da pesquisa, 84 médicos eram médicos servidores contratados ou concursados que trabalham diretamente na assistência e 21 eram médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade (MFC). A idade média de todos os 105 médicos entrevistados foi de 37 anos (DP=9,8). Ao dividir esse grupo em médicos servidores e médicos residentes, a média de idade dos médicos servidores (n=84) foi de 39 anos (DP=9,5) e dos médicos residentes (n=21) de 27 anos (DP=2,3).

Em relação ao perfil de formação médica, 47 médicos (44,8%) possuíam residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), 21 (20%) apenas título de especialista em MFC, 16 (15,2%) com especialização em outra área ou sem especialização/residência e 21 residentes em MFC, sendo 9 (8,6%) do primeiro ano e 12 (11,4%) do segundo ano.

Além disso, foi avaliado o tempo de vínculo na rede municipal e se os médicos servidores também realizam ou já realizaram preceptoria para internato médico e/ou residência médica em MFC. A maioria trabalha na rede municipal de saúde de Florianópolis desde 2016 ou antes e dos 84 médicos servidores, 56 (66,7%) relataram fazer ou já ter feito preceptoria para internato médico e 36 (42,9%) para a residência médica em Medicina de Família e Comunidade.

No que se refere à prescrição de terapia antirretroviral (TARV), todos os médicos entrevistados relataram já ter feito prescrição de TARV, sendo que a grande maioria já iniciou o esquema ao menos uma vez para PVHIV, assim como a renovou na UBS (Tabela 2). Quanto à prescrição de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV, a maioria dos médicos entrevistados também relatou já ter realizado.

O número de médicos que referiu já ter iniciado TARV ou já ter prescrito PEP é significativamente maior ($p < 0,01$) entre os que fazem preceptoria para o internato médico em relação aos que não exercem essa atividade de preceptoria, conforme também mostrado na Tabela 2.

Tabela 2. Dados referentes à prescrição de Terapia Antirretroviral e Profilaxia Pós-Exposição ao HIV pelos médicos da APS em Florianópolis (SC) entrevistados entre novembro e dezembro de 2018.

	Prescreve TARV		Já iniciou TARV		Renova TARV		Já prescreveu PEP	
	%*		%*	p	%*	p	%*	p
Faz preceptoria para internato (n=56) x Não preceptora para internato (n=27)	100 x 100	-	100 x 85,2	<0,01	100 x 76,3	0,32	92,8 x 66,6	<0,01
Faz preceptoria para residência em MFC (n=36) x Não preceptoria para Residência em MFC (n=47)	100 x 100	-	94,4 x 95,6	0,60	100 x 97,8	0,60	86,1 x 82,6	0,45
Com residência em MFC (n=47) x Apenas título em MFC (n=21)	100 x 100	-	93,6 x 95,2	1,00	100 x 95,2	0,31	89,3 x 71,4	0,08
Com residência em MFC (n=47) x Clínico geral ou outra especialidade médica (n=16)	100 x 100	-	93,6 x 100	0,56	100 x 100	-	89,3 x 87,5	1,00
Apenas título em MFC (n=21) x Clínico geral ou outra especialidade médica (n=16)	100 x 100	-	95,2 x 100	1,00	95,2 x 100	1,00	71,4 x 87,5	0,42
R1 MFC (n=9) x Clínico geral ou outra especialidade médica (n=16)	100 x 100	-	77,8 x 100	0,12	100 x 100	-	44,4 x 87,5	0,06
R2 MFC (n=12) x Clínico geral ou outra especialidade médica (n=16)	100 x 100	-	91,6 x 100	0,42	100 x 100	-	75 x 87,5	0,62

Obs: *Porcentagem avaliada em relação ao n de cada grupo; APS: Atenção Primária a Saúde; TARV: Terapia Antirretroviral; PEP: Profilaxia Pós-exposição; MFC: Medicina de Família e Comunidade; R1 MFC: Médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade do primeiro ano; R2 MFC: Médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade do segundo ano; n: Número absoluto.

Conforme descrito na Tabela 3, outros aspectos estudados foram relativos à percepção dos médicos entrevistados em relação a sua segurança e confiança como médicos atuantes na APS para prestar cuidados a pessoas vivendo com HIV/AIDS; a realização de algum tipo de treinamento ou capacitação presencial sobre o tema; o monitoramento por lista de vigilância desses pacientes; e finalmente dados sobre o cuidado compartilhado com médicos infectologistas.

A maioria dos médicos entrevistados relatou possuir PVHIV exclusivamente a seus cuidados na APS. Ao comparar os grupos selecionados esse número foi consideravelmente maior, estatisticamente significativo, entre os médicos que fazem preceptoria, os que possuem residência em MFC e os residentes em MFC do segundo ano (Tabela 3).

Quanto à percepção de segurança e confiança em realizar o acompanhamento de PVHIV exclusivamente na APS, as diferenças são ainda mais contrastantes. A proporção é significativamente maior entre os médicos que fazem preceptoria e possuem residência em MFC em comparação com os demais grupos. Esse padrão também se mantém em relação a possuir lista de vigilância dessa população e ter realizado algum tipo de treinamento ou capacitação para realizar esse trabalho (Tabela 3).

Tabela 3. Dados referentes ao acompanhamento, vigilância e treinamento relacionado ao cuidado de pessoas vivendo com HIV/AIDS pelos médicos da APS em Florianópolis (SC), entrevistados entre novembro e dezembro de 2018.

	Cuidado exclusivo APS		Se sente seguro*		Tem lista de vigilância	p	Treinamento	p
	%**	p	%**	p	%**			
Faz preceptoria para internato (n=56) x Não preceptora para internato (n=27)	91,0 x 62,9	<0,01	69,6 x 25,9	<0,01	67,8 x 44,4	0,05	67,8 x 44,4	0,05
Faz preceptoria para residência MFC (n=36) x Não preceptora Residência MFC (n=47)	97,2 x 69,5	<0,01	88,9 x 30,4	<0,01	72,2 x 52,1	0,07	79,4 x 73,9	0,60
Com residência em MFC (n=47) x Apenas título em MFC (n=21)	93,6 x 66,6	<0,01	72,3 x 28,5	<0,01	74,4 x 42,8	0,01	84,8 x 76,2	0,49
Com residência em MFC (n=47) x Clínico geral ou outra especialidade médica (n=16)	93,6 x 68,75	0,02	72,3 x 37,5	0,01	74,4 x 43,75	0,03	84,8 x 53,3	0,03
Apenas título em MFC (n=21) x Clínico geral ou outra especialidade médica (n=16)	66,6 x 68,75	1,00	28,5 x 37,5	0,72	42,8 x 43,7	1,00	76,2 x 53,3	0,17
R1 MFC (n=9) x Clínico geral ou outra especialidade médica (n=16)	100 x 68,7	0,12	77,8 x 37,5	0,09	88,9 x 43,75	0,04	77,8 x 53,3	0,39
R2 MFC (n=12) x Clínico geral ou outra especialidade médica (n=16)	100 x 68,7	0,05	66,6 x 37,5	0,25	91,6 x 43,7	0,01	75 x 53,3	0,42

Obs: *Se sente seguro ou confortável em ter pacientes exclusivamente a seus cuidados na APS; ** Porcentagem avaliada em relação ao n de cada grupo; APS: Atenção Primária a Saúde; TARV: Terapia Antirretroviral; MFC: Medicina de Família e Comunidade; R1: Médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade do primeiro ano; R2: Médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade do segundo ano; n: Número absoluto.

Também foram questionados os principais motivos para não se sentirem seguros ou confortáveis em ter pacientes exclusivamente sob seus cuidados na APS. Do total de 105 médicos participantes da pesquisa, 34 (32,4%) relataram não se sentirem seguros ou confortáveis por acreditar que toda pessoa portadora de HIV deve ter o cuidado compartilhado com médico especialista em infectologia, 23 (21,9%) não se acham suficientemente capacitados tecnicamente, 7 (6,7%) por não ter feito nenhum tipo de treinamento, 6 (5,8%) por não ter recursos na rede para prestar o melhor atendimento, como exames, medicações ou acesso ao especialista quando necessário, 3 (2,9%) por não possuir material ou apoio técnico e apenas 1 (1%) por acreditar que pacientes com HIV devem acompanhar de forma exclusiva com o infectologista.

Na Tabela 4, foram elencados os principais motivos relatados pelos médicos entrevistados para encaminharem pacientes com HIV/AIDS ao infectologista e ao tipo de ferramenta de apoio utilizada para esclarecer dúvidas clínicas referentes ao cuidado desses pacientes, sendo que cada médico poderia assinalar mais de um motivo ou ferramenta de apoio.

Tabela 4. Motivo de encaminhamento da APS para médico infectologista e materiais de apoio utilizados pelos médicos da APS em Florianópolis (SC), entrevistados entre novembro e dezembro de 2018.

Motivo para encaminhamento	n=105
Ajuste de TARV por falha terapêutica	74 (70,4%)
AIDS	61 (58,1%)
Coinfecção	59 (56,2%)
Gestante	52 (49,5%)
História de uso prévio de TARV	31 (29,5%)
Diagnóstico recente de HIV	20 (19%)
Outros ¹	6 (6,3%)
Materiais de apoio utilizados	n=105
PACK	98 (93,3%)
Discussão de caso em grupo de aplicativo de celular da rede municipal de saúde de Florianópolis	72 (68,7%)
PCDT ou outros materiais do Ministério da Saúde	57 (54,3%)
Discussão com colega/preceptor	54 (51,4%)
Materiais de apoio elaborados pela da rede municipal de saúde de Florianópolis	43 (41,1%)
Matriciamento por e-mail	22 (21,0%)
Outros ²	3 (3,1%)

Outros¹: Acompanhamento conjunto; Orientação; Demanda do paciente; Remanejamento municipal sem documentos/informações; Reação aos medicamentos. Outros²: Discussão com colega infectologista (pessoalmente, por e-mail ou mensagem por aplicativo de celular) e uso da plataforma *BMJ Best Practice*. APS: Atenção Primária a Saúde; TARV: Terapia Antirretroviral; AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana. PACK: Material PACK Brasil Adulto Florianópolis; PCDT: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

DISCUSSÃO

O município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, apresenta população estimada em 492.977 habitantes, com índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,847.⁹ A Atenção Primária à Saúde do município foi construída pela escolha da Estratégia de Saúde da Família como modelo único de atenção, materializado pela expansão das equipes e alcance de 100% de cobertura populacional no ano de 2014.¹⁰

As medidas de qualificação da linha de cuidado às PVHIV foram pautadas nesse contexto de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e cogestora do cuidado. A partir de 2015, foram criadas estratégias de suporte com teleconsultoria e matriciamento para os profissionais da APS, com objetivo de construir projetos terapêuticos singulares a partir da discussão de casos entre os profissionais. A prescrição do tratamento medicamentoso na APS também foi introduzida aos poucos, por adesão dos médicos da APS, sendo descentralizada e os profissionais capacitados por meio de suporte técnico-pedagógico e apoio institucional, além de retaguarda especializada, para esse trabalho.^{4,5}

O atendimento ofertado a PVHIV pela rede municipal de saúde de Florianópolis (SC) historicamente era centrado nos médicos especialistas em infectologia na atenção secundária à saúde, destacando que os encaminhamentos já eram 100% regulados e priorizados conforme a situação clínica dos pacientes.

Entretanto, desde o ano de 2016, o processo de trabalho dos especialistas do município tem sido reorganizado e otimizado por meio do aumento dos canais de comunicação para interconsultas com profissionais das Equipes de Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde e atualização de protocolos clínicos de acesso e de fluxos da rede, de forma que os profissionais da APS assumissem gradativamente, conforme sua capacidade técnica, o manejo clínico dessas pessoas.^{4,5}

Com a realização desse estudo, foi possível avaliar alguns dos resultados dessas medidas. Dentre os resultados mais marcantes, verificou-se que o número de atendimentos a PVHIV na APS em Florianópolis nos anos de 2016, 2017 e 2018, aumentou significativamente quando comparado com os anos anteriores. Paralelamente a esse aumento, o qual reflete diretamente o acesso aos cuidados para as PVHIV no primeiro nível de atenção do Sistema de Saúde, o trabalho registrou a grande redução no número de encaminhamentos para a atenção especializada em relação ao número de atendimentos específicos às PVHIV entre 2014 e 2018. Adicionalmente, a estratégia de prescrição de TARV nas Unidades Básicas de Saúde foi relatada por todos os 105 médicos entrevistados.

Ainda que o município de Florianópolis (SC) e outros, como Porto Alegre (RS), Curitiba (PR) e Rio de Janeiro (RJ), por exemplo, estejam se empenhando no sentido de descentralizar e ampliar as ações do cuidado a PVHIV, esse processo ainda é bastante recente, cercado de polêmica e pouco estudado no Brasil. A história da epidemia de HIV/AIDS no país sempre foi marcada pelo esforço e desafio, no âmbito do SUS, de incorporar respostas à epidemia em longo prazo, de forma inovadora e em uma tentativa de adequação a metas globais de controle. Tais medidas vão desde a incorporação de novos medicamentos antirretrovirais ao SUS, com maior facilidade posológica, menor toxicidade, interação medicamentosa e eventos adversos, medidas de prevenção combinada para evitar a transmissão do HIV, com oferta de preservativos masculinos e femininos, início imediato da TARV para todas as PVHIV independente do seu status imunológico, prescrição de profilaxia pós-exposição (PEP) e pré-exposição (PrEP), até o progressivo cuidado compartilhado das PVHIV entre a APS e os serviços especializados.^{8,11}

De tal modo, profissionais capacitados na APS podem acompanhar os casos assintomáticos, bem como aos pacientes estáveis, à semelhança dos cuidados prestados para outras condições crônicas de saúde, uma vez que atualmente o cuidado da PVHIV é cada vez mais semelhante ao cuidado do paciente com uma condição crônica de saúde. Para os casos de maior complexidade, como situações onde há coinfeção, pacientes sintomáticos, gestantes e crianças, mantém-se a recomendação de acompanhamento conjunto como médico especialista em infectologia.^{5,7}

Com a análise dos resultados desse estudo, percebemos que houve um aumento significativo do atendimento de PVHIV na APS e diminuição da quantidade proporcional de encaminhamentos. Adicionalmente, o estudo demonstrou que os principais motivos citados pelos médicos para encaminhamento ao especialista estão alinhados às diretrizes previstas no protocolo municipal, sendo os principais motivos citados a necessidade de ajuste da TARV por falha terapêutica, casos sintomáticos (AIDS), pacientes coinfectados e gestantes.

Ainda que neste trabalho os resultados sejam inequívocos em relação à ampliação do acesso e cuidado compartilhado às PVHIV, alguns dos problemas identificados em outros estudos também foram citados pelos médicos entrevistados como a presença de equipes de saúde da família incompletas, dificuldades em manter uma estrutura mínima de recursos humanos e materiais, rotatividade de profissionais tanto nas ESFs como dentre o quadro de especialistas e percepção de sobrecarga de trabalho pelos profissionais.^{8,12}

No atual estudo muitos dos médicos da APS entrevistados relataram iniciar, renovar e prescrever TARV, assim como a PEP, além de ter pacientes exclusivamente a seus cuidados. Entretanto, muitos não se sentem seguros ou capacitados para prestar esse atendimento e cuidado por acreditarem que toda PVHIV deve ser acompanhada por um médico infectologista e muitos também por não se sentirem tecnicamente capacitados.

A preocupação com a perda da qualidade da assistência a esses pacientes e piores resultados à saúde quando o cuidado e assistência às PVHIV são prestados por serviços não especializados e a nível comunitário é uma preocupação bastante relevante e comum nesse processo. Este trabalho teve como limitação o período curto de avaliação não possibilitando a análise de resultados a longo prazo e indicadores de desfecho clínico na população estudada. Apesar disso, a literatura científica tem nos últimos anos divulgado resultados com esse objetivo. Duas revisões da Cochrane publicadas em 2013 e 2014 pesquisaram estudos que comparavam os riscos e benefícios da descentralização do acompanhamento, da prescrição e do fornecimento de terapia antirretroviral em países de média e baixa renda, e embora exista uma preocupação teórica com a qualidade, em nenhum dos estudos analisados houve piores resultados para os pacientes com a descentralização do tratamento para níveis comunitários e de atenção primária à saúde. Inclusive, alguns desses estudos mostram que mesmo quando o cuidado de pacientes estáveis é compartilhado com profissionais não médicos, como enfermeiros, não há prejuízos.^{13,14}

Quando comparadas as variáveis analisadas neste estudo por meio do questionário estruturado aplicado aos médicos da APS de Florianópolis (SC) à sua formação, foi possível perceber que os profissionais que estão envolvidos na formação de novos profissionais, como em atividade de preceptoria ao internato médico e a residência de medicina de família e comunidade, assim como aqueles que fizeram a residência em MFC, apresentaram resultados significativamente melhores, em relação aos que não fazem preceptoria e tem apenas o título de MFC ou não possuem formação específica para atuação na APS, como é mostrado na Tabela 3. A percepção de segurança e confiança para prestar cuidados a PVHIV, bem como o fato de ter paciente exclusivamente a seus cuidados, assim como a realização de vigilância em saúde e realização de algum tipo de treinamento ou capacitação referente ao tema também é maior entre os profissionais que atuam como preceptores e tiveram a sua formação voltada a APS com a residência de medicina de família e comunidade.

Com base nesses achados corroboramos trabalhos que citam a implantação de residência e envolvimento na formação acadêmica de novos médicos como uma estratégia para incentivar a educação permanente e aprimoramento técnico dos trabalhadores da saúde no âmbito do SUS e APS.^{15,16} Outros fatores observados em outros estudos que contribuem para a efetivação do processo de descentralização do cuidado a PVHIV referem-se à sensibilização dos profissionais em relação aos dados epidemiológicos, a capacitação e ao apoio matricial, reforçando mais uma vez o papel fundamental da educação permanente em qualquer processo inovador na APS.⁸

No presente estudo, a maioria dos profissionais entrevistados referiu ter realizado algum tipo de capacitação ou treinamento referente ao cuidado de PVHIV e utilizar frequentemente materiais de apoio com protocolos padronizados, como o PACK Brasil Adulto Florianópolis e o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, do Ministério da Saúde, assim como grupos online devidamente regulamentados entre profissionais para esclarecimento de dúvidas referentes ao manejo clínico de infecções sexualmente transmissíveis.^{6,17}

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nesse estudo no processo de descentralização e implantação do Apoio Matricial da Infectologia para a APS de Florianópolis, entre os anos de 2016 e 2018, foram extremamente positivos no que se refere à ampliação do atendimento de PVHIV pelos médicos da APS do município, no número de atendimento a essa população, no aumento da resolubilidade e envolvimento no cuidados de PVHIV pela APS, assim como na descentralização da prescrição de TARV e da PEP. Além disso, os profissionais que possuem algum envolvimento com a formação de novos médicos e aqueles que realizaram residência em medicina de família e comunidade apresentaram melhores resultados em relação a ter ou não pacientes com HIV/AIDS exclusivamente a seus cuidados, a sua segurança e confiança em realizar esse acompanhamento, bem como vigilância e realização de treinamentos e capacitações para isso, quando comparados com profissionais que não fazem preceptoria ou aqueles que possuem apenas título em MFC ou não possuem formação especializada nesta área.

Portanto, apesar das dificuldades e desafios que se impõe no âmbito nacional em relação ao enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, a experiência exitosa da gestão do município de Florianópolis evidencia a importância de uma APS com profissionais qualificados e com formação especializada para atuar neste ambiente.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou delineamento do estudo: VKAC, DFG, ACV e FP. Aquisição e interpretação de dados: VKAC, DFG e GB. Análise de resultados: VKAC, DFG e GB. Redação preliminar: VKAC, DFG, ACV e FP. Revisão crítica de versão preliminar: DFG, ACV e FP. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira MG, Costa MCN, Paixão ES, Carmo EH, Barreto FR, Penna GO. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. *Ciênc Saúde Colet*. 2018 Jun;23(6):1819-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.08402018>
2. Fonseca EM, Bastos FI. Evolution of HIV/AIDS response in Brazil: policy innovations and challenges in the fourth decade of the epidemic. *Int J Health Plann Manage*. 2018 Jan;33(1):e238-e250. DOI: <https://doi.org/10.1002/hpm.2452>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: HIV/AIDS 2018. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018; [acesso 2019 Jan 13]; 49(53):1-72. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>
4. Vidor AC, Lancini AB, Fernandes CM, Mettrau ERS, Atherino IZ, Pereira J, et al. HIV/AIDS em Florianópolis – Cascata 90/90/90. *Boletim Epidemiológico*. 2017 Nov; [acesso 2019 Jan 13]; 1(2):1-12. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/18_01_2018_18.02.33.c4958c10c46ea33ed4e33d1514aea7f2.pdf
5. Borges A, Vidor AC, Branco CF, Mettrau ERS, Conto F, Sühnel JAG, et al. A epidemia de HIV/AIDS e as estratégias de enfrentamento. *Boletim Epidemiológico*. 2016 Dez; [acesso 2019 Jan 13]; 1(3):1-5. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/01_12_2016_12.02.04.c4b3eef1b612c1e260f1dff475855001.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018; [acesso 2019 Jan 13]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. O manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica. Manual para profissionais médicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016; [acesso 2019 Jan 13]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/o-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica-para-profissionais-medicos>

8. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis*. 2016 Set;26(3):785-806. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000300005>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2018; [acesso 2019 Fev 24]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/florianopolis.html>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Florianópolis (SC) Jan a Dez 2014. Ministério da Saúde; 2017; [acesso 2020 Mar 03]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
11. Melo EA, Maksud I, Agostini F. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e151. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP2018.151>
12. Oliveira JCF. Descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS e a integração entre níveis assistenciais: uma revisão bibliográfica [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de pós-graduação em infecção HIV/AIDS e Hepatites virais – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2017.
13. Kredo T, Ford N, Adeniyi FB, Garner P. Decentralising HIV treatment in lower- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun;(6):CD009987. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009987.pub2>
14. Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of HIV/AIDS treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jul;(7):CD007331. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007331.pub3>
15. Garcia CA, Meneguci J, Bastos MAR. Ações de educação permanente na saúde pública brasileira: uma revisão integrativa. *REFACS*. 2015;3(3):194-205. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v3i3.1237>
16. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária a Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. *Rev Bras Med Fam e Com*. 2007;3(11):157-72. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc3\(11\)334](https://doi.org/10.5712/rbmfc3(11)334)
17. Wattus C, Zepeda J, Cornick RV, Zonta R, Andrade MP, Fairall L, et al. Using a mentorship model to localise the Practical Approach to Care Kit (PACK): from South Africa to Brazil. *BMJ Glob Health*. 2018;3:e001016. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001016>

ANEXO I**Questionário**

Qual sua idade?____. **Qual seu sexo?** () Fem. () Masc.

Qual seu Centro de Saúde?_____.

Desde que ano trabalha ou é médico residente na Prefeitura de Florianópolis?

() 2016 ou antes () 2017 () 2018

Qual sua formação médica? () Graduação () Título de especialista em MFC () Conclui a residência médica em MFC () Sou médico residente em MFC – R1 () Sou médico residente em MFC – R2 () Mestrado () Doutorado

() Outra especialização/residência. Qual(is)?_____.

Você faz ou já fez preceptoria de alunos do internato da graduação da UFSC?

() Sim. () Não.

Você faz ou já fez preceptoria de médicos residentes em MFC em Florianópolis ou outra cidade?

() Sim. () Não.

Você já prescreveu Terapia Antirretroviral (TARV) no Centro de Saúde?

() Sim. () Não.

Você já iniciou TARV no Centro de Saúde? () Sim. () Não.

Você renova rotineiramente receita de TARV? () Sim. () Não.

Você já prescreveu Profilaxia Pós-Exposição para o HIV (PEP) no Centro de Saúde? () Sim () Não

Atualmente, existem sob seus cuidados pacientes com HIV em acompanhamento exclusivo no Centro de Saúde (que não consultam com Infectologista)? () Sim. () Não. Se sim, são cerca de quantos

pacientes, na sua percepção? () Menos de 10 () Entre 10-50 () Entre 50-100 () > 100

Você se sente seguro/confortável em ter pacientes com HIV em acompanhamento exclusivo no Centro de Saúde? () Sim () Não. Se não, Quais os motivos (pode assinalar mais de uma opção)? () Não

me acho suficientemente capacitado tecnicamente () Não recebi nenhum treinamento () Não possuo material ou apoio técnico para realizar esse trabalho () Não possuo recursos na rede para prestar o melhor cuidado (exames, medicações, acesso ao especialista necessário) () Acho que toda pessoa portadora do HIV deve ter o cuidado compartilhado com Infectologista () Acho que toda pessoa portadora do HIV deve acompanhar exclusivamente com Infectologista

Você possui lista de vigilância de pacientes com HIV/AIDS? () Sim () Não. Se sim, com que frequência consegue monitorar essa lista? () Mensal () A cada 3 a 6 meses () Não disponho de tempo para realizar o monitoramento da lista

Quais são os motivos mais frequentes pelos quais você encaminha pacientes com HIV para o infectologista? () Diagnóstico recente de HIV () AIDS clínica () Coinfecções () Gestantes () Ajuste de TARV por falha virológica () História de uso prévio de TARV () Outro motivo. Qual?_____.

Você realizou algum tipo de treinamento ou capacitação presencial em Florianópolis sobre o cuidado de pessoas vivendo com HIV na Atenção Primária a Saúde? () Sim () Não **Quais ferramentas você utiliza ou já utilizou para tirar dúvidas em relação ao cuidado de pessoas com HIV/AIDS?**

() PACK () Materiais do Ministério da Saúde (PCDT) () Matriciamento por E-mail () Discussão com colega/preceptor () Grupo de apoio do Whatsapp () Materiais de apoio Gestão da Clínica () Outro:_____.

Apenas se você desejar, por favor, descrever no verso outras considerações que você considera importante no seguimento de pessoas com HIV/AIDS na Atenção Primária a Saúde. Caso tenha utilizado o apoio matricial da infectologia quando o mesmo estava plenamente em funcionamento (sabemos que o processo institucional de apoio matricial está temporariamente suspenso pela falta de profissionais especialistas) você também pode relatar as potencialidades, dificuldades e satisfação com o processo caso deseje.

ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa: **Descentralização, apoio matricial e cuidado compartilhado de pessoas portadoras de HIV na Atenção Primária à Saúde em Florianópolis**. Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de Vanessa Karoline Alves de Carvalho do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Estamos realizando um estudo a fim de analisar o processo de implantação do Apoio Matricial Regulado da Infectologia para Atenção Primária à Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde em Florianópolis/SC. Sua participação consiste em responder a um questionário impresso com perguntas contendo informações sobre sua prática diária de aspectos relacionados aos cuidados de pessoas com HIV. Ressaltamos que:

- Sua participação é voluntária, ou seja, você só participará se quiser. Não haverá nenhum prejuízo caso você não queira participar. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
- Você não receberá nenhum pagamento para participar desta pesquisa. Sua participação não vai lhe trazer nenhum benefício pessoal em curto prazo, porém os resultados da pesquisa poderão ajudar a trazer informação completa, simples e fácil de entender, baseada na melhor evidência científica disponível, sobre os cuidados práticos oferecidos por médicos na Atenção Primária à Saúde a pessoas vivendo com HIV/AIDS.
- Em relação aos riscos, podem ser decorrentes considerando-se a possibilidade, apesar de remota, do acesso às informações pessoais e de ocorrer danos de qualquer ordem, sejam eles físicos, psíquicos, morais ou intelectuais, como por exemplo, você se sentir cansado(a) ou aborrecido(a) ao ler o apoio de decisão, responder o questionário ou constrangido com alguma informação que diga respeito à sua prática.
- Será mantida a garantia de sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, informando que somente serão divulgados dados diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa. Os resultados obtidos neste estudo serão utilizados para pesquisa, podendo ser apresentados em reuniões ou publicações científicas, no entanto, você não será identificado, preservando assim sua privacidade. O seu nome jamais aparecerá na divulgação dos resultados da pesquisa. Para tanto, os questionários não serão identificados com dados pessoais dos participantes, apenas por um número e os dados contidos neles serão usados apenas para fins a que se destina esta pesquisa.
- Essa pesquisa está pautada na resolução 466/2012 de acordo com o CNS (Conselho Nacional de Saúde).

Desde já, agradecemos sua colaboração e, nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento. Caso você tenha alguma dúvida sobre o estudo, ou caso você queira desistir de participar em qualquer momento, você pode contatar Vanessa Karoline Alves de Carvalho (48 99616-1169). O endereço para contato é: Rua Eugênio Portela, 647, Barreiros, São José/SC ou pelo email: vanessakac2110@gmail.com. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Saúde Pública.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador – Vanessa Karoline Alves de Carvalho dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando, ainda, em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer penalidade, que meu nome não será divulgado e também foi fornecido o contato da pesquisadora e do Comitê de Ética se eu quiser esclarecer dúvidas ou desistir de participar do estudo, sem que isto leve a nenhum prejuízo. Declaro, ainda, que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Sendo assim, aceito participar da pesquisa:

LOCAL E DATA: Florianópolis/SC, ____ de _____ de 2018.

Nome do participante:

Assinatura do participante:

Pesquisador responsável: Vanessa Karoline Alves de Carvalho

Assinatura do pesquisador: _____

Nome do(a) responsável pela obtenção do TCLE:

Assinatura do(a) responsável pela obtenção do TCLE:
