



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

GABRIEL JARDIM DA MOTTA CORRÊA PINTO
LUCAS BARONY SILVA PANTOJA

PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O ACOLHIMENTO EM UM SERVIÇO DE
ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA À SAÚDE DE PESSOAS VIVENDO COM HIV EM
UMA METRÓPOLE AMAZÔNICA

BELÉM
2022

GABRIEL JARDIM DA MOTTA CORRÊA PINTO
LUCAS BARONY SILVA PANTOJA

**PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O ACOLHIMENTO EM UM SERVIÇO DE
ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA VIVENDO COM HIV EM
UMA METRÓPOLE AMAZÔNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Orientador: Dr. Ronaldo Costa Monteiro

BELÉM

2022

GABRIEL JARDIM DA MOTTA CORRÊA PINTO

LUCAS BARONY SILVA PANTOJA

**PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O ACOLHIMENTO EM UM SERVIÇO DE
ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA VIVENDO COM HIV EM
UMA METRÓPOLE AMAZÔNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Banca examinadora:

ORIENTADOR

NOME / UFPA

NOME / UFPA

Aprovado em: ____/____/____

Conceito: _____

BELÉM

2022

Às minhas filhas, à minha esposa, à minha mãe e à
minha família que só por causa deles hoje estou aqui
e são o meu combustível para novas conquistas.

Gabriel Jardim da Motta Corrêa Pinto

À minha mãe, ao meu pai, à minha irmã e aos meus
familiares que foram a base para a construção da
trilha que percorri até aqui e pretendo honrar toda
confiança que a mim foi depositada.

Lucas Barony da Silva Pantoja

RESUMO

O HIV pode acometer todas as pessoas independentemente da faixa etária ou vários outros aspectos sociodemográficos, além de pode provocar grande disfunção no organismo do indivíduo infectado configurando uma condição de saúde carregada de um histórico estigmatizante. A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 para efetivação dos princípios do SUS voltados especificamente para o cotidiano das práticas de atenção e gestão. Dentre suas diretrizes, a PNH tem no acolhimento um de seus principais eixos consultores, que propõe atitudes de inclusão, compromisso e solidariedade com as demandas dos usuários. Nesse sentido, a assistência ofertada deve incluir o acolhimento cotidianamente em suas atividades diárias para uma atenção voltada para o controle do HIV/aids com vista a diminuir o abandono e o preconceito contra os portadores do vírus. Desse modo, o estudo objetiva avaliar o acolhimento prestado pela equipe multiprofissional, a partir da percepção do usuário. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com uma abordagem quali-quantitativa, realizado no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), localizado em Belém (PA), referência na região metropolitana. Os dados foram obtidos a partir da aplicação do questionário aos pacientes nos meses de Setembro e Outubro de 2022, com questões voltados aos aspectos sociodemográficos, de tratamento e da percepção do usuário sobre o acolhimento. Foram coletados 89 questionários, identificou-se predomínio do sexo masculino (82%), faixa etária entre 20 e 29 anos (31,4%), homossexuais (51,9%), solteiros (68,5%), com ensino médio (44,3%), com tempo de deslocamento à SAE inferior a 1 hora (47,1%), trabalhando formalmente ou informalmente (66,3%), com renda entre 1 a 3 salários-mínimos (52,4%) e tempo de diagnóstico entre 1 a 5 anos (38,2%). Quanto ao tratamento, a maioria afirma ter iniciado a menos de 1 ano (35,9%) e negou mudanças na TARV (68,5%). Aqueles que abandonaram a TARV representam minoria (16,9%). Dos motivos para abandono, o principal foi “Desânimo/Desmotivação” (60%). Referente ao acolhimento, a maioria dos participantes acredita que foi bem acolhido (87,6%) e que o acolhimento foi importante para continuar o tratamento (93,2%). O atendimento multiprofissional foi avaliado de maneira geral como satisfatório com taxa entre 76,1% e 49,4% de satisfação. A maioria dos participantes afirmam que não houve juízo de valor entre seus atendimentos (78,2%), assim como sua liberdade foi respeitada (90,9%) junto à liberdade e autonomia para iniciar o tratamento (95,5%). A partir da análise, evidencia-se a potencialidade da oferta do cuidado a essa clientela como condizente majoritariamente com os princípios e diretrizes da PNH. Manifesta-se também a necessidade

do reforço legal e busca ativa acerca das melhores soluções para efetividade das ações no campo da assistência multiprofissional demandada por alguns pacientes.

Descritores: HIV. Acolhimento. Atenção à saúde. Humanização. Cuidado.

ABSTRACT

HIV can affect all people regardless of age group or various other sociodemographic aspects, in addition to causing great dysfunction in the infected individual's organism, configuring a health condition loaded with a stigmatizing history. The National Humanization Policy (PNH) was created in 2003 to implement the principles of the SUS specifically focused on everyday care and management practices. Among its guidelines, the PNH has welcoming as one of its main consulting axes, which proposes attitudes of inclusion, commitment and solidarity with the demands of users. In this sense, the assistance offered must include the reception on a daily basis in their daily activities for an attention focused on the control of HIV/AIDS in order to reduce abandonment and prejudice against people with the virus. Thus, the study aims to evaluate the reception provided by the multiprofessional team, based on the user's perception. This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative and quantitative approach, carried out at the Specialized Care Service (SAE), located in Belém (PA), a reference in the metropolitan region. Data were obtained from the application of the questionnaire to patients in the months of September and October 2022, with questions focused on sociodemographic aspects, treatment and the user's perception of reception. Eighty-nine questionnaires were collected, with a predominance of males (82%), aged between 20 and 29 years (31.4%), homosexuals (51.9%), single (68.5%), with high school (44.3%), with travel time to the SAE less than 1 hour (47.1%), working formally or informally (66.3%), with income between 1 and 3 minimum wages (52.4%) and time of diagnosis between 1 and 5 years (38.2%). As for treatment, most claim to have started less than 1 year ago (35.9%) and denied changes in ART (68.5%). Those who abandoned ART represent a minority (16.9%). Of the reasons for dropping out, the main one was "Disappointment/Demotivation" (60%). Regarding the reception, most participants believe that they were welcomed (87.6%) and that the reception was important to continue the treatment (93.2%). Multiprofessional care was generally assessed as satisfactory, with a satisfaction rate between 76.1% and 49.4%. Most participants say that there was no value judgment between their appointments (78.2%), as well as their freedom was respected (90.9%) along with the freedom and autonomy to start treatment (95.5%). From the analysis, the potential of offering care to this clientele is evidenced as largely consistent with the principles and guidelines of the PNH. There is also a need for legal reinforcement and an active search for the best solutions for the effectiveness of actions in the field of multidisciplinary care demanded by some patients.

Keywords: HIV. User Embracement. Delivery of Health Care. Humanization of Assistance. Care.

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS.....	10
LISTA DE TABELAS.....	11
LISTA DE ABREVIATURAS.....	12
1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 PROBLEMA.....	17
1.2 HIPÓTES.....	18
1.3 OBJETIVOS.....	18
1.3.1 Objetivo Geral.....	18
1.3.2 Objetivos Específicos.....	18
1.4 JUSTIFICATIVA.....	18
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1 INFECCÃO PELO HIV.....	20
2.1.1 Estrutura viral do HIV.....	20
2.1.2 Etiopatogenia e ciclo viral da infecção pelo HIV.....	20
2.1.3 Infecção primária e Síndrome Retroviral Aguda.....	21
2.1.4 Infecção Crônica, fase clínica e sintomática.....	22
2.1.5 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.....	23
2.2 DIAGNÓSTICO DA INFECCÃO PELO HIV.....	23
2.3 TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV).....	24
2.3.1 TARV inicial de preferência e alternativas.....	25
2.3.1.1 Tenofovir + Lamivudina (TDF/3TC).....	25
2.3.1.2 Abacavir + Lamivudina (ABC/3TC).....	25
2.3.1.3 Zidovudina + Lamivudina (AZT/3TC).....	26
2.3.1.4 Dolutegravir (DTG).....	26
2.3.1.5 Efavirenz (EFV).....	26
2.3.1.6 Raltegravir (RAL).....	27
2.3.2 Genotipagem pré-tratamento.....	27
2.4 EPIDEMIOLOGIA DO HIV NO MUNDO, NO BRASIL E NO PARÁ.....	27
2.5 PROCESSO HISTÓRICO DA ESTIGMATIZAÇÃO DOS PORTADORES DO HIV.....	28
2.6 HIV: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO PAÍS.....	28
2.6.1 Fases histórica de enfrentamento à epidemia de HIV/aids em contexto nacional.....	28
2.6.2 Consolidação do SUS e o advento das políticas públicas de combate ao HIV/aids.....	29

2.7 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: HUMANIZASUS (PNH).....	30
2.7.1 Princípios da PNH	31
2.8.2 Diretrizes da PNH	31
2.8.2.1 Acolhimento.....	32
2.8.2.2 Ambiência.....	32
2.8 META 90-90-90.....	32
2.9 SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA À PVHIV.....	33
2.10 ADESÃO À TARV.....	33
2.11 CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO E CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM DOENÇAS INFECCIOSAS ADQUIRIDAS EM BELÉM.....	34
2.12 ACOLHIMENTO NA PERSPECTIVA DA ADESÃO À TARV E OS CUIDADOS ÀS PVHIV PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	35
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	36
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	36
3.2 LOCAL DE PESQUISA.....	36
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	36
3.3.1 Critérios de inclusão	36
3.3.2 Critérios de exclusão	36
3.4 COLETA DE DADOS.....	37
3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	37
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	38
3.7 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS.....	39
3.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	39
4. RESULTADOS	40
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	40
4.2 TRATAMENTO.....	42
4.3 COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS QUE ABANDONARAM X NÃO ABANDONARAM A TARV.....	43
4.4 PERCEPÇÃO QUANTO AO ACOLHIMENTO NA INSTITUIÇÃO.....	46
5. DISCUSSÃO	52
6. CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	67
ANEXOS	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Avaliação do atendimento/acolhimento prestado pelo médico a partir da percepção dos pacientes em SAE. Belém, PA, set-out 2022.....	47
Gráfico 02. Avaliação do atendimento/acolhimento prestado pela equipe de enfermagem a partir da percepção dos pacientes em SAE. Belém, PA, set-out 2022.....	47
Gráfico 03. Avaliação do atendimento/acolhimento prestado pela equipe de psicologia a partir da percepção dos pacientes em SAE. Belém, PA, set-out 2022.....	48
Gráfico 04. Avaliação do atendimento/acolhimento prestado pela assistência social a partir da percepção dos pacientes em SAE. Belém, PA, set-out 2022.....	48
Gráfico 05. Avaliação do atendimento/acolhimento prestado pela assistência farmacêutica a partir da percepção dos pacientes em SAE. Belém, PA, set-out 2022.....	49
Gráfico 06. Avaliação do atendimento/acolhimento prestado pela recepção a partir da percepção dos pacientes em SAE. Belém, PA, set-out 2022.....	49
Gráfico 07. Avaliação da percepção dos pacientes quanto à ocorrência de juízo de valor em algum dos atendimentos ocorridos no SAE. Belém, PA, set-out 2022.....	50
Gráfico 08. Avaliação da percepção dos pacientes quanto ao respeito a sua privacidade durante seu acolhimento e atendimento no SAE. Belém, PA, set-out 2022.....	50
Gráfico 09. Avaliação quanto à percepção do paciente da sua autonomia e liberdade para se iniciar o tratamento durante seu acolhimento no SAE. Belém, PA, set-out 2022.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 01.	Caracterização sociodemográfica em uma amostra de PVHIV em um grupo de pacientes. Belém, PA, set-out 2022.....	40
Tabela 02.	Caracterização do seguimento do tratamento em uma amostra de PVHIV em um grupo de pacientes. Belém, PA, set-out 2022.....	42
Tabela 03.	Caracterização das múltiplas causas de abandono do seguimento do tratamento em uma amostra de PVHIV em um grupo de pacientes. Belém, PA, set-out 2022.....	42
Tabela 04.	Caracterização sociodemográfica em uma amostra de PVHIV em um grupo de pacientes que abandonaram o seguimento. Belém, PA, set-out 2022.....	44
Tabela 05.	Comparação do perfil sociodemográfico e do tratamento em uma amostra de PVHIV entre grupos que abandonaram e não abandonaram. Belém, PA, set-out 2022.....	45
Tabela 06.	Comparação entre o grau de satisfação entre os grupos que não abandonaram e que abandonaram em uma amostra de PVHIV em um SAE. Belém, set-out 2022.....	51

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

3TC	Lamivudina
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AZT	Zidovudina
CASA DIA	Centro de Atenção à Saúde em Doenças Infecciosas Adquiridas
CEAT-HIV	Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga Viral
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTG	Dolutegravir
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
ICS/UFGA	Instituto de Ciências da Saúde da UFGA
INI	Inibidores da Integrase
IP/R	Inibidores da Protease
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITRNN	Inibidor da Transcriptase Reversa não análogo de Nucleosídeo/Nucleotídeo
ITRnt	Inibidor da Transcriptase Reversa análogo de Nucleosídeo/Nucleotídeo
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PIB	Produto Interno Bruto
PNA	Programa Nacional de Aids
PNH	Política Nacional de Humanização
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PS	Pronto-Socorro
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RAL	Raltegravir

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

RAS	Redes de Atenção de Saúde
RNA	Ácido Ribonucleico
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SATIS	Satisfaction with HIV/Aids Treatment Interview Scale
SESMA	Secretaria de Saúde Municipal
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SRA	Síndrome Retroviral Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF	Tenofovir
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPA	Universidade Federal do Pará

1. INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) provoca grande disfunção no organismo do indivíduo infectado, destruindo linfócitos de defesa, ocasionando grave destruição imunológica e assim evoluindo para Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Devido a essa imunodeficiência, o portador do vírus pode adquirir diversas doenças oportunistas, como Tuberculose (TB) e Toxoplasmose, além do risco de desenvolver tumores, podendo ser citados os mais frequentes que são o Sarcoma de Kaposi e Linfomas Não-Hodgkin, e no caso feminino pode ser incluído o Câncer de Colo de Útero. No estágio avançado com o aumento da carga viral, as alterações no tecido nervoso central e periférico podem levar a problemas neurológicos graves (atrofia cerebral, neuropatias e demência progressiva) (BRASIL, 2010).

A maioria das infecções pelo HIV se dá através das mucosas do trato genital ou retal durante a relação sexual. Após a infecção, as células infectadas pelo HIV atravessam a barreira da mucosa, fazendo o vírus se estabelecer no local de entrada e continuar infectando linfócitos T-CD4+, além de macrófagos e Células Apresentadoras de Antígenos (BRASIL, 2016).

O início da aids no Brasil, foi marcado por grande mobilização, principalmente nos centros urbanos localizados na região Sudeste, local onde houve o primeiro caso da doença no ano de 1982, em que profissionais da saúde tentavam encontrar respostas para esta nova doença sem sucesso. Afetados pelo drama dos pacientes, estes profissionais recebiam apoio psicológico vindo do Hospital Emílio Ribas, que foi o primeiro hospital com um centro de aids, tornando-se referência na área de infectologia, o que segue até os dias atuais (MENDONÇA; ALVES; CAMPOS, 2010).

No Brasil, há uma das políticas de enfrentamento ao HIV e a aids mais modernas do mundo, com reconhecimento internacional. Contudo, as lutas que impulsionaram a construção dessa política, emergiram em um momento ímpar na construção histórica da sociedade brasileira, pois o país passava por um processo de redemocratização com a queda do estado burocrático-autoritário imposto pela ditadura militar (SOUSA et al., 2012).

No contexto de redemocratização do país, a sociedade civil se organizava na luta por direitos democráticos e uma dessas conquistas foi a edificação de uma nova política de construção à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). Com o estabelecimento desse novo sistema, surgiu-se um novo paradigma para saúde/doença, que se distanciava do caráter meramente assistencialista e previdenciário para ser assumida como direito de cidadania e dever do Estado em sua provisão. Proposta de uma assistência que versava não apenas pela cura e reabilitação, mas como também pela inclusão da promoção à saúde e prevenção dos agravos e

doenças.

Para Fréz e Nobre (2011), ainda se faz necessário que o SUS precise inovar as suas práticas gerenciais, além das ligadas à produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos e equipes, implicados nestas práticas, o maior desafio, que é o de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção devido a fragilidade do acolhimento prestados nos processos de atenção ao usuário.

A reflexão sobre a organização e qualificação dos serviços, a partir da perspectiva do acolhimento indica também os desafios:

[...] que hoje a proposta de acolhimento [...] tem enfrentado no atendimento em saúde: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos dos usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros; e com isso, repensarmos essa prática na tentativa de se criar novas formas de atuação, buscando e favorecendo uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora, [...] tão necessitados desse novo olhar (BRASIL, 2009, p. 9).

Nesse contexto de inovação, a Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSus foi criada em 2003 para efetivação dos princípios do SUS voltados especificamente para o cotidiano das práticas de atenção e gestão. Por humanização, entende-se como a valorização dos diferentes sujeitos, como usuários, trabalhadores e gestores envolvidos no processo de produção, efetivando a participação ativa da população com os colaboradores e gestores do SUS na inovação das práticas de cuidado e de gestão (BRASIL, 2009).

A PNH como base para o estabelecimento da promoção em saúde, lança mão do princípio da transversalidade às demais políticas de saúde no qual o desenvolvimento das mesmas se dê com base em princípios éticos-estéticos-políticos que se sustentam na defesa da vida e garantia do direito à saúde, indicando caminhos para a construção de novas práticas de gestão e de cuidado comprometidos com a universalidade, integralidade, equidade, resolubilidade, regionalização, participação e controle social e fortalecimento das redes de saúde através da corresponsabilidade de todos com a produção de um sistema que propicie a promoção da saúde e a qualidade de vida (BRASIL, 2009).

No entanto, este processo só alcança verdadeiramente a sua potência se o acolhimento permeia os valores institucionais e do seu coletivo tanto nos níveis de atenção e gestão, considerando a indissociabilidade entre eles, assim como o entrelaçamento com outras

diretrizes da PNH como a ambiência centrada nas necessidades do usuário, clínica ampliada enfocando a integralidade da atenção, o respeito aos direitos universais dos usuários e a valorização do trabalho e do trabalhador (BRASIL, 2010b).

Dentre suas diretrizes e dispositivos a PNH tem no acolhimento um de seus principais eixos consultores, considerando que ele implica em um “estar com o outro” que propõe atitudes de inclusão, compromisso e solidariedade com as demandas dos usuários, considerando que o acolhimento propõe a superação de atitudes de paralisação e de indiferença presentes nos serviços de saúde e a reativação de encontros, laços, escuta qualificada e relações solidárias. Esse fluxo visa a construção de estratégias que promovam mudanças nas práticas de atenção e gestão do SUS, de forma a construir serviços de saúde de qualidade e que reconheçam os usuários em seus direitos e dignidade, objetivo último da PNH e do próprio SUS (BRASIL, 2010).

Observa-se que, apesar das conquistas do SUS desde a sua implantação, ainda existem grandes arestas em seu desenvolvimento que perpassam pelo atrito do acolhimento nos processos de atenção ao usuário desde o seu acesso aos serviços de saúde até a sua alta do processo de tratamento (BRASIL, 2009).

O grande desafio a ser enfrentado por todos os trabalhadores da saúde, gestores e usuários na construção e efetivação de um SUS como política pública é incluir no cotidiano de suas práticas, os princípios fundamentais do mesmo, tendo na PNH e em específico sua diretriz do acolhimento o eixo condutor para prestar um atendimento com qualidade, compromisso, dignidade e respeito a todos as pessoas que procuram os serviços de saúde no país (BRASIL 2004).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. (BRASIL, 2009, p.5).

Um atendimento tardio e sem qualidade pode trazer sérias consequências, podendo ocorrer o agravamento do quadro do paciente, colocando sua vida em risco, levando o usuário a manter um tempo maior de espera e um tratamento conturbado devido a possíveis fragilidades no acolhimento (BRASIL, 2009).

O acolhimento aposta na construção de vínculos entre profissionais e usuários de forma a desenvolver práticas que sejam produtoras de saúde e bem-estar. A cooperação, a solidariedade e o cuidado dependem da disposição do trabalhador em se colocar no encontro ao

usuário de maneira empática com o seu sofrimento e reconhecendo suas necessidades por meio de ações profissionais solidárias, adotando critérios de risco e investindo para que ele receba os cuidados necessários que o seu caso exija.

Quando se pensa em pessoas vivendo com HIV (PVHIV) há uma necessidade que se faz no acolhimento, algo fundamental no contexto em que uma doença que já foi tão estigmatizada não venha ser tratada ou considerada como um atestado de óbito ou de péssimo prognóstico, possibilitando a criação de um vínculo da PVHIV com o profissional, a equipe e o serviço de saúde. Suscitando assim, a reflexão de que o acolhimento à PVHIV nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) vai muito além da aplicação de protocolos de tratamentos, independentemente do método escolhido e utilizado pela equipe.

Por excelência esse tem como objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2009).

1.1 PROBLEMA

Em Belém cerca de 14 mil pessoas vivem com o vírus HIV, oficialmente cadastradas no sistema da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA). Cerca de 10 mil pacientes estão em tratamento. Segundo a SESMA, Belém é a capital que lidera os indicadores de transmissão vertical do HIV no Brasil (PORTAL G1, 2021). Nesse sentido, é evidente que a questão com a transmissão de mãe para filho ainda na gravidez ou durante o parto preocupa os profissionais de saúde, assim como a transmissão entre os jovens.

Há estudos que dimensionam como condições crônicas podem refletir diretamente em custos econômicos a diversos países, alguns desses apontam que os locais onde os coeficientes de prevalências de HIV estão entre 10% e 15% podem se traduzir em uma redução na taxa de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) de 1% ao ano (MENDES, 2011).

Considerando que os estados de saúde crônicos agravados em PVHIV são passíveis de serem evitáveis com o uso da Terapia Antirretroviral (TARV), acompanhamento multiprofissional e que deve haver uso racional e consciente dos recursos públicos, torna-se cada vez mais demandado na conjuntura atual de cortes e teto de gastos a necessidade de fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), expressa nos seus níveis de atenção.

As RAS exercem papel importante para o controle ao HIV/aids, contudo, tem-se a atenção básica como locus privilegiado para efetivá-las, pois, além de se conformar como uma das portas de entradas do SUS, ela se configura como ordenadora da rede de atenção à saúde.

A assistência ofertada nesse nível de atenção, levando em consideração os princípios doutrinários e diretrizes organizativas do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e a participação popular), deve incluir em suas atividades diárias uma atenção voltada para o controle do HIV/aids (BRASIL, 2017).

Tendo em mente a problemática apresentada e o entendimento explicitado anteriormente, emerge a questão: os usuários atendidos no Centro de Referência à PVHIV encontram-se satisfeitos com o atendimento prestado? A partir desse ponto pretende-se discutir sobre algumas questões que podem ou não ser resolutivas para o problema.

1.2 HIPÓTESES

- A satisfação do usuário quanto ao atendimento prestado implica no abandono ao tratamento?
- Esse atendimento reflete no preconizado pelas políticas públicas de HIV?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

- Avaliar o acolhimento prestado pela equipe multiprofissional, a partir da percepção do usuário, em um SAE em PVHIV durante o segundo semestre de 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes que abandonaram o tratamento;
- Elencar as principais barreiras que impedem o pleno seguimento ao tratamento;
- Descrever se a percepção do paciente sobre o acolhimento à PVHIV está consonante com o preconizado pela PNH;
- Identificar a satisfação do paciente acerca da atenção e atendimento prestados no SAE à PVHIV.

1.4 JUSTIFICATIVA

Haja vista o HIV ser um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, devido à magnitude epidemiológica, social e econômica, o número

de diagnósticos de PVHIV cresce a cada ano. Segundo as estimativas fornecidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima-se que entre os anos de 2010 e 2019 houve um aumento de 21% de novos casos de infecção pelo HIV na América Latina (PAHO, 2010).

Considerando a vivência da rotina de acolhimento à PVHIV no SAE e pensando em dar apoio aos usuários do SUS de forma que os mesmo sejam bem acolhidos, tenham respostas rápidas da assistência prestada, não venham abandonar o tratamento e sejam orientados quanto a sua nova condição de saúde estabelecida, surgiu a necessidade de analisar a ambiência e o atendimento realizado no Centro de Atenção à Saúde em Doenças Infecciosas Adquiridas (CASA DIA) – Unidade Belém por meio da percepção do paciente, bem como a necessidade de avaliar o trabalho realizado pela equipe multiprofissional.

Em que pese as significativas conquistas desde a implantação do SUS em 1988, este ainda é um sistema em construção, em processo de transição entre o velho sistema hospitalocêntrico - vertical, centrado nas ações assistenciais curativas e na figura do profissional médico - e o novo - centrado na integralidade e interdisciplinaridade das ações, na universalidade da atenção, na participação e controle social e na descentralização e portanto merece melhor atenção para a afirmação do novo meio de cuidado em saúde.

Neste sentido, essa pesquisa mostra-se com uma perspectiva relevante, considerando que tal resultado contribui como forma de crescimento profissional aos servidores da saúde, bem como a todos que trabalham no acolhimento ao paciente com HIV na instituição da pesquisa para um método de avaliação e *feedback* do acolhimento prestado aos usuários.

É relevante também pela possibilidade de se constituir em fontes de consulta para outras pesquisas regionais, além de somar-se ao acervo da biblioteca setorial da Universidade Federal do Pará (UFPA), dentre outras. Em último, pode-se considerar o uso desse trabalho como subsídio a novos estudos acerca do tema geral sobre acolhimento de pacientes em serviços de saúde.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Infecção pelo HIV

2.1.1 Estrutura viral do HIV

O HIV pode acometer todas as pessoas independentemente da faixa etária ou vários outros aspectos sociodemográficos. Ele é classificado em dois tipos (1 e 2), ambos pertencem ao gênero *Lentivirus*, da família *Retroviridae*. Ele é um vírus de aproximadamente 100 nm de diâmetro, envelopado, com superfície de membrana lipídica proveniente da membrana externa da célula hospedeira e de duas glicoproteínas (gp41 e gp120) e internamente encontra-se a matriz proteica, formada pela proteína p17 e pelo capsídeo viral, local onde se encontra o material genético, o Ácido Ribonucleico (RNA) transportador e as enzimas necessárias para os eventos iniciais de replicação viral (VERONESI; FOCACCIA, 2015, p. 165).

O RNA genômico do HIV 1 e 2 contém os genes *gag*, *pol* e *env*, que são típicos dos retrovírus. Os produtos dos primeiros genes são as grandes proteínas precursoras que são clivadas pela protease viral, produzindo as proteínas maduras. Além desses três genes padrões, o HIV contém diversos outros genes secundários, que regulam a síntese e a confecção das células virais e são responsáveis pela imunopatogenicidade do vírus (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

2.1.2 Etiopatogenia e ciclo viral da infecção pelo HIV

A infecção pelo HIV ocorre nos locais onde ela possui um tropismo, como os linfócitos T, macrófagos e células dendríticas, que possuem na superfície de suas membranas celulares o receptor CD4. De início, a infecção se dá com a entrada do vírus na célula através da ligação da proteína de superfície gp120 com receptor CD4 da célula, seguida pela fusão do vírus com a membrana celular, mediada pela proteína gp41. Entretanto, o HIV precisa se ligar também a outros correceptores na superfície membranosa, como os receptores de quimiocina, em particular o CCR5 e o CXCR4, para concluir sua ligação a célula. A importância desses receptores é tamanha que indivíduos que apresentam deleção do gene do CCR5 são resistentes a infecção pelo HIV (VERONESI; FOCACCIA, 2015, p. 166) (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

Após a entrada na célula, o RNA viral é convertido em Ácido Desoxirribonucleico (DNA) complementar de dupla fita, pelas enzimas transcriptase reversa e ribonuclease H, integrando esse DNA viral junto ao DNA nuclear, por meio da enzima integrase. Uma vez

integrado, o DNA viral permanece até a morte da célula. Assim, as proteínas celulares e virais controlam a expressão gênica. Com isso, a célula infectada passa a produzir novas partículas virais que são maturadas pela enzima protease e posteriormente liberadas por meio de brotamento, tornando o novo vírus capaz de infectar novas células. Quando há um extenso brotamento viral, diretamente associado a uma infecção produtiva, pode ocorrer a lise celular das células infectadas. Porém, há também situações em que o DNA viral se torna inativo por meses ou ano, caracterizando como uma infecção latente. Nessas situações, verifica-se que a finalização do ciclo de vida viral em células infectadas de forma latente ocorre somente depois da ativação celular e, no caso da maioria das células T CD4+, a ativação viral resulta em lise celular (VERONESI; FOCACCIA, p. 166, 2015) (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

2.1.3 Infecção primária e Síndrome Retroviral Aguda

As mucosas são os principais sítios iniciais de entrada para a infecção do HIV através de lesões epiteliais ou defeitos na barreira mucoepitelial protetora. Após o contato do vírus com alguma mucosa (anal, vaginal ou peniana, por exemplo), o HIV atravessa a barreira e, em geral, entram em contato com macrófagos teciduais, linfócitos ou células dendríticas, esta tem a capacidade de carrear o vírus e apresentá-lo até o complexo linfonodal mais próximo (geralmente linfonodos mesentéricos). Nesse período há a possibilidade de se evitar a infecção propriamente dita, pois ele costuma durar 24 horas, até a integração do genoma viral com o DNA da célula hospedeira (VERONESI; FOCACCIA, p. 192, 2015). A fase seguinte ocorre quando o vírus é entregue a um linfócito T CD4+ imaturo, sem ser reconhecido pelo sistema imune, começando então a replicação viral no linfonodo acometido, infectando toda a população de linfócitos CD4+, como os de memória. Essa fase é chamada de “fase eclipse” com duração de 1 a 3 semanas, período em que não se detecta o RNA viral na corrente sanguínea.

A infecção aguda (inicial) caracteriza-se por infecção dos linfócitos TCD4+ de memória nos tecidos linfoides das mucosas e morte de muitas células infectadas. Seguida das infecções da mucosa, ocorre um período de intensa viremia, devido à intensa replicação viral, fazendo com que haja muitas partículas de HIV na corrente sanguínea e a queda dos números absolutos dos linfócitos TCD4+ (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018). Nesse momento, muitos pacientes começam a apresentar sinais e sintomas de uma síndrome viral aguda, ou chamada de Síndrome Retroviral Aguda (SRA).

Os principais achados clínicos da SRA são sintomas inespecíficos, que incluem febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia. Além disso, pode cursar com sintomas mais intensos, como febre alta, sudorese, linfadenomegalia em diversas cadeias cervicais e, em menos volume, esplenomegalia, letargia, anorexia e depressão. Sintomas digestivos, como vômitos, diarreias e úlceras orais, também, são comuns, embora o comprometimento hepatopancreático seja raro. Dos sintomas neurológicos, a cefaleia e dor ocular são os mais comuns, mas podem progredir para quadros mais graves, como meningite asséptica, neurite periférica ou síndrome de Guillan-Barré (BRASIL, 2018, p. 54). Cerca de 40 a 90% dos pacientes podem apresentar esse quadro, que ocorre entre a terceira e sexta semana de infecção, sendo autolimitada e resolvendo espontaneamente em 2 a 4 semanas (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018). A presença de manifestações clínicas mais intensas por período superior a 14 dias pode estar associada à progressão mais rápida da doença.

2.1.4 Infecção crônica, fase clínica e sintomática

Na fase de latência clínica, os linfonodos e o baço são locais de replicação do HIV e destruição celular contínuas, marcada por poucas ou nenhuma manifestação clínica, o que explica o nome da fase de latência. O exame físico costuma ser normal, exceto pela linfadenopatia, que pode persistir após a infecção aguda. A presença de linfadenopatia generalizada persistente é frequente. Alterações laboratoriais, como plaquetopenia, anemia normocrômica e normocítica e leucopenia leves são achados comuns, mas sem repercussão clínica (BRASIL, 2018, p. 56).

O declínio da quantidade das células T CD4⁺ continua de maneira constante nessa fase, devido a suas destruições nos tecidos linfoides. Concomitante a essa perda, as defesas do hospedeiro começam a diminuir, aumentando, proporcionalmente, as células T CD4⁺ infectadas pelo HIV, assim como a carga viral por célula (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

Enquanto a contagem de LT-CD4⁺ permanece acima de 350 células/mm³, os episódios infecciosos mais frequentes são geralmente bacterianos, como as infecções respiratórias ou mesmo Tuberculose. Com a progressão da infecção, a contagem de LT-CD4⁺ diminuem para abaixo de 300 células/mm³, causando sintomas constitucionais, febre baixa, perda ponderal, diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, pneumonias, sinusites e bronquites de repetição, além de lesões orais, como a leucoplasia oral pilosa e a candidíase oral, esta última se trata de importante marcador clínico precoce de imunossupressão grave, junto à diarreia crônica e febre de origem indeterminada (BRASIL, 2018, p. 55).

2.1.5 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

A fase final da infecção pelo HIV é a progressão para a aids, caracterizada pelo colapso das defesas do hospedeiro, aumento exponencial do vírus no plasma e doença clínica grave. Na ausência de tratamento, a maioria dos pacientes com infecção pelo HIV evolui para aids depois de uma fase crônica que dura 7 a 10 anos (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018). Excetuam-se nesses casos os controladores de elite, que apresentam uma maior resistência a replicação viral e destruição dos LT-CD4+. Para o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2018, p. 56), as infecções oportunistas e neoplasias são condições definidoras da aids. Das infecções oportunistas, destacam-se epidemiologicamente e clinicamente: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar causada por micobactéria atípica, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus.

As neoplasias mais comuns são o Sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens, e câncer anal em homens. Nesses casos, a contagem de LT-CD4+ encontram-se abaixo de 200 células/mm³ (BRASIL, 2018) (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

Cabe ressaltar que o HIV pode causar doenças por dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios, tais como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV-1 (BRASIL, 2018, p. 56).

2.2 DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV

Para que o indivíduo tenha seu diagnóstico confirmado de portador do HIV algumas estratégias de testagem estão disponíveis atualmente no Brasil. Elas têm o objetivo de “melhorar a qualidade do diagnóstico da infecção recente pelo HIV e, ao mesmo tempo, fornecer uma base racional para assegurar que o diagnóstico seja seguro e concluído rapidamente” (BRASIL, 2013, p.20). De acordo com o Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos, os testes mais comumente usados para diagnóstico são: Imunoensaios de 3ª e 4ª geração, Testes Rápidos e Testes de Ensaio Complementares, que abarcam os métodos Western Blot, Immunoblot e imunoensaios em linha.

Quando se considera o contexto da atenção básica, o Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Aids e Hepatites Virais recomenda a utilização de testes rápidos para a detecção da infecção pelo HIV, pois “são simples de executar e podem ser utilizados fora do ambiente de laboratório por pessoal capacitado” (BRASIL, 2013, p. 26).

Além disso, eles são recomendados em segmentos populacionais mais vulneráveis, em parceiros de PVHIV e em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

2.3 TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)

A TARV revolucionou o curso da infecção pelo HIV, fazendo com que a doença que levava à morte precoce passasse a ser considerada uma doença crônica controlável. O objetivo de sua introdução é diminuir a morbidade e mortalidade das PVHIV, melhorando a qualidade e a expectativa de vida (VERONESI; FOCACCIA, 2015, p. 305). Cabe ressaltar que, antes da introdução da TARV, porém, o profissional de saúde deve observar que seja aceita pela PVHIV, com razoável entendimento, estiver ciente “sobre seus benefícios e riscos, além de fortemente motivada e preparada para o tratamento, respeitando-se a autonomia do indivíduo” (BRASIL, 2018, p. 75). Cabe ressaltar que o respeito a autonomia do paciente garante que, em nenhuma situação, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, deverá haver qualquer tipo de coerção para início da TARV e, uma vez iniciada, ela não deve ser interrompida.

Outro ponto importante no que tange ao manejo da TARV são as situações de priorização do atendimento, de modo que o tempo de diagnóstico e o início do tratamento sejam o mínimo possível ou mesmo que se inicie logo após o diagnóstico (BRASIL, 2018, p. 76).

A partir do conhecimento do ciclo viral do HIV, permitiu-se que fossem desenvolvidas as atuais drogas antirretrovirais disponíveis para o tratamento de PVHIV, que são divididas nos seguintes grupos: Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRNt) (Tenofovir, Lamivudina, Zidovudina, Abacavir); Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo De Nucleosídeo (ITRNN) (Efavirenz - EFV); Inibidores da Protease (IP/R) (Ritonavir, Atazanavir); Inibidores da Fusão (Enfuvirtida); Inibidores da Integrase (INI) (Raltegravir - RAL, Dolutegravir); Antagonista de correceptores CCR5 (Maraviroque).

Diante da atual variedade de opções terapêuticas, torna-se essencial considerar alguns aspectos em relação à escolha do antirretroviral, como sua eficácia e toxicidade a curto e longo prazo, presença de comorbidades, potencial de adesão, uso de outras medicações, interação com alimentação, custo dos medicamentos e adequação à rotina do paciente. Com o desenvolvimento das diversas drogas e esquemas antirretrovirais, os pacientes recebiam prescrição de grande quantidade de pílulas para utilizar diariamente e em diversos horários, o que resultava, muitas vezes, em abandono do tratamento. Para melhorar esse desfecho, recomenda-se a simplificação da terapia, tornada possível com as novas drogas e classes de

antirretrovirais, que permitiram a redução da carga de pílulas, uso de drogas combinadas/coformuladas, melhoria da qualidade de vida e da aderência ao tratamento, além de minimizar a ocorrência de toxicidades e de falência virológica.

2.3.1 TARV inicial de preferência e alternativas

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, a terapia inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois ITRNt associados a uma outra classe de antirretrovirais (ITRNN, IP/r ou INI). No Brasil, o esquema inicial deve ser associação de Lamivudina (3TC) e Tenofovir (TDF) associados ao Dolutegravir (DTG), excetuando-se esses esquemas em casos de infecção concomitante por TB, mulheres vivendo com HIV que desejam gestar ou gestantes (BRASIL, 2018).

A posologia da TARV do esquema preferencial é TDF/3TC 300 mg + 300 mg “2x1” + DTG 50 mg 1x ao dia. Para aqueles que possuem coinfeção TB-HIV sem critérios de gravidade faz-se uso de TDF/3TC/EFV 300 mg + 300 mg + 600 mg “3x1” 1x ao dia e, se com critérios de gravidade ou LT-CD4+ < 100 células/mm³, opta-se por TDF/3TC 300 mg + 300 mg “2x1” 1x ao dia + RAL 400 mg de 12 em 12 horas. Ressalta-se que a mudança da TARV, em geral, deve ser feita após concluído o tratamento de TB, para que a PVHIV volte ou comece a usar o DTG (BRASIL, 2018, p. 94).

2.3.1.1 Tenofovir + Lamivudina (TDF/3TC)

Tenofovir com Lamivudina (TDF/3TC) estão disponíveis em coformulação e permitem uma tomada única diária. Junto a esse fato, apresenta um perfil vantajoso em termos de toxicidade, supressão virológica, resposta de LT-CD4+, lipodistrofia e toxicidade hematológica quando comparada a outros antirretrovirais, como o Zidovudina (AZT). A maior desvantagem do TDF é sua nefrotoxicidade em diabéticos, hipertensos, negros, idosos, pessoas com baixo peso, insuficiência renal pré-existente e em quem usa outros medicamentos nefrotóxicos (BRASIL, 2018, p. 95).

2.3.1.2 Abacavir + Lamivudina (ABC/3TC)

Sua indicação é feita quando há alguma contraindicação aos esquemas TDF/3TC pela PVHIV. Uma das desvantagens dessa combinação são as reações de hipersensibilidade relacionados a início do tratamento com o ABC. Além disso, ele deve ser usado com cautela em pacientes que apresentem um escore de Framingham > 20% (BRASIL, 2018, p. 96).

2.3.1.3 Zidovudina + Lamivudina (AZT/3TC)

A associação Zidovudina/Lamivudina (AZT/3TC) é uma das mais estudadas em ensaios clínicos randomizados: apresenta eficácia e segurança equivalentes a outras combinações. A toxicidade hematológica é um dos principais efeitos adversos do AZT, evitando-se seu uso em casos de anemia ou neutropenia. Além disso, outro efeito que pode causar é a lipodistrofia e acidose láctica com hepatomegalia grave, podendo comprometer a adesão à TARV.

2.3.1.4 Dolutegravir (DTG)

O DTG tem as vantagens de alta potência, alta barreira genética, administração em dose única diária e poucos eventos adversos, garantindo esquemas antirretrovirais mais duradouros e seguros. As mulheres vivendo com HIV é indicado, quando descartado a possibilidade de gravidez e de que a mulher esteja em um uso regular de método contraceptivo eficaz. Naquelas em fase de pré-concepção é contraindicado pelo risco de má-formação congênita. Em pacientes que fazem uso de anticonvulsivantes, como fenitoína, fenobarbital e carbamazepina seu uso também não é recomendado. O DTG aumenta as concentrações plasmáticas da metformina, indicando um ajuste da dose do antiglicêmico para se evitar seus efeitos adversos (BRASIL, 2018, p. 97).

De maneira geral, o DTG é bem tolerado. As reações adversas mais frequentes de intensidade moderada a grave foram insônia e cefaleia. Por isso, recomenda-se seu uso pela manhã naqueles pacientes que tem insônia. Não há dados que contraindiquem uso de DTG em casos de insuficiência renal, nem tampouco que o DTG a cause, não havendo necessidade de ajuste de dose do medicamento (BRASIL, 2018, p. 98).

2.3.1.5 Efavirenz (EFV)

O EFV pertence a classe dos ITRNN, apresenta posologia de 1 comprimido ao dia, o que facilita a adesão ao tratamento e promove a supressão da replicação viral por longo prazo. Porém, ele deve ser avaliado de modo criterioso em pessoas com depressão ou que necessitam ficar em vigília durante a noite, devido a seus efeitos adversos mais comuns, os quais incluem tonturas, alterações do sono, alucinações e sonhos vívidos. Ao se comparar com DTG, notou-se alguns achados pouco favoráveis do EFV referente a capacidade supressão viral, especialmente relacionados a descontinuidade por eventos adversos. Ele apresenta uma meia-vida bastante longa quando se comparado aos outros antirretrovirais. A recomendação é que ele

seja tomado antes do paciente se deitar para dormir e duas horas após o jantar (BRASIL, 2018, p. 98).

2.3.1.6 Raltegravir (RAL)

Deve ser administrado duas vezes ao dia, o que representa potencial desvantagem em relação a esquemas de tomada única diária. Entretanto, o RAL apresenta excelente tolerabilidade, alta potência, poucas interações medicamentosas, eventos adversos pouco frequentes e segurança para o uso em coinfeções como hepatites e tuberculose. Apresenta barreira genética superior quando comparado aos ITRNN, mas não aos IP/r e ao DTG (BRASIL, 2018, p. 99).

2.3.2 Genotipagem Pré-Tratamento

A genotipagem pré-tratamento passou a ser indicada devido ao surgimento de mutações de resistência primária aos IP e aos ITRN e ITRNN, visando monitorar a transmissão de linhagens do HIV resistentes ao antirretrovirais pelo MS de 2015 em diante. Recomenda-se a realização dela em PVHIV virgens de tratamento com TARV para: pessoas que tenham se infectado com um parceiro em uso atual ou prévio de TARV; gestantes infectadas pelo HIV; pessoas coinfectadas por TB e HIV; e crianças infectadas pelo HIV (BRASIL, 2018, p. 99-100).

2.4 EPIDEMIOLOGIA DO HIV NO MUNDO, NO BRASIL E NO PARÁ

Dados estatísticos obtidos através do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS, 2021), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) revelam que em 2020 no mundo aproximadamente 37,7 milhões de pessoas portavam o HIV e que de 1980 a junho de 2021 no Brasil chegou-se ao incrível número de 1.045.355 casos de aids, mas desde 2012 até o período do ano de 2020 consultado houve um decréscimo na taxa de detecção, configurando um decréscimo de 35,7% nesse intervalo.

Já na esfera regional, no Pará, o número de casos registrados em 2020 foi de 1672, levando-se em consideração as bases de dados através de notificações e liberação de medicamentos e exames, e por fim, através dos mesmos meios, no município de Belém no ano de 2021 foram registrados 315 casos de aids (BRASIL, 2021).

2.5 PROCESSO HISTÓRICO DA ESTIGMATIZAÇÃO DOS PORTADORES DO HIV

Na década de 70 nos Estados Unidos houve uma série de relatos a respeito de uma condição que levava ao desenvolvimento de depressão imunológica aguda, o que caracteriza a principal propriedade patológica da enfermidade, mas o primeiro caso foi catalogado somente em 1981 pelo Centers for Disease Control and Prevention e teve seu agente etiológico identificado em 1982 (VERONESI; FOCACCIA, 2015).

No contexto inicial da doença, as primeiras conexões com teor de juízo moral já existiam de maneira a associar a disseminação da doença a um grupo específico. Um dos exemplos foi a denominação da doença inicialmente por algumas pessoas de “Ira de Deus”, reforçando ainda mais a estigmatização a qual foi concebida aos homossexuais masculinos da época, que eram julgados pelos seus comportamentos sexuais (PASCHOAL *et al.*, 2014).

2.6 HIV: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO PAÍS

Apesar de diversos estudos sobre o tema, a conscientização das práticas sexuais com proteção e a dimensão de novos saberes sob o ponto de vista de diminuir a transmissão da doença, ainda sim o panorama epidemiológico converge sem diminuição significativa do número de casos anualmente, evidenciando-se como um problema de saúde pública bastante importante e que merece a implementação de recursos e subsídios para estimulação de campanhas mais engajadas e eficientes para limitação dos casos (LOPES *et al.*, 2019).

Um importante fator que promove a manutenção de um status de persistência da crescente de novos casos é o não diagnóstico vinculado ao então não início do tratamento que permite a transmissão do vírus e dessa maneira agravando ainda mais o problema de saúde nacional. Nessa perspectiva é importante ressaltar que ainda que com o diagnóstico muitos pacientes não aderem ao tratamento por diversas circunstâncias e para tanto é essencial que haja uma relação de empatia atentando para fatores de ordem física, psicológica, sociocultural e comportamental de tal maneira que a dinâmica da relação médico-paciente ocorra da melhor maneira possível, destacando-se a abordagem e o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), havendo uma troca de decisões compartilhadas e com rigor de responsabilidade entre as partes e a sociedade (MORAES; OLIVEIRA; COSTA, 2014).

2.6.1 Fases histórica de enfrentamento à epidemia de HIV/aids em contexto nacional

Para melhor dimensão histórica de como se deu início ao processo de reconhecimento e ação sobre o que cerne o advento da doença e pelas mudanças repentinas e da dinâmica de

novos conhecimentos, através da instauração de políticas públicas de combate ao HIV/aids, vários estudos abrangeram os momentos históricos pelos quais as políticas públicas de saúde foram implantadas no Brasil. Dentre essas pesquisas uma que se destaca considera que houve quatro fases na história do HIV/aids no Brasil, levando-se em conta os aspectos políticos concomitantes com o período vigente e as manobras de espaço de organização das ações oficiais (VILLARINHO *et al.* 2013).

Em análise de pesquisa histórica, a primeira fase compreende o período de início da doença no Brasil em torno de 1980 com a notificação dos primeiros casos e seu efeito na mobilização de um programa inicial estabelecido no Estado de São Paulo, até 1985. Associado a esse contexto, foi observado também o surgimento da primeira Organização Não Governamental do Brasil e da América Latina por meio da proatividade de médicos, movimento de homossexuais e militantes de esquerda à procura da assistência aos serviços relacionados aos aspectos da doença. Foi marcado também pelo fator de negação e omissão pelas autoridades governamentais, além da instituição de uma onda moral de estigmas sobre a doença e os pacientes portadores (CEZAR; DRAGANOV, 2014).

Em virtude das mudanças políticas, principalmente acerca do período do governo Collor, na segunda fase ocorreu uma mudança mais significativa no que se refere ao fator administrativo, através da liderança do Programa Nacional de aids (PNA) com a mudança de dirigentes e uma resposta então mais concisa a nível federal marcada pela crescente pressão da criação de programas estaduais e municipais de aids, que se estendeu de 1986 até o início de 1990. Outro elemento associado a essa fase está vinculado às Organizações Não Governamentais em busca de respostas mais enérgicas para soluções eficientes acerca do tema.

A terceira fase compreendida entre 1990 e 1992 em meio a tentativa de reforçar o trabalho que estava sendo realizado, foi marcada na verdade por uma falha de comunicação entre a sociedade civil e o governo federal, dificultando o seguimento de uma resposta mais condizente com os avanços esperados a longo prazo. E por fim a quarta fase, do período de início em 1993 e que perpassa até aos dias atuais, evoluiu de forma sistemática através de uma reorganização do Plano Nacional de DST/aids no MS através de fomento realizado através do Banco Mundial e do governo brasileiro, assim ajudando a manter as ações dos Programas Assistenciais às PVHIV (VILLARINHO *et al.*, 2013).

2.6.2 Consolidação do SUS e o advento das políticas públicas de combate ao HIV/aids

Ainda levando-se em consideração o histórico das políticas públicas nacionais de enfrentamento ao HIV/aids, tem-se que essas foram possíveis através da redemocratização do país após o período autoritário. As importantes lutas para a implementação de um sistema de saúde que atendesse as demandas da população brasileira tiveram como resultado um grande marco para uma resposta mais satisfatória à epidemia de aids em território nacional, a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, que norteava os princípios básicos à cidadania e o direito à saúde como fundamentais para o ser humano. Associado a essa nova configuração de atenção à saúde da população brasileira, houve ainda, de forma primordial para a luta contra aids, a consolidação do SUS, por meio da Lei nº 8.080/90, e o seu controle por parte da sociedade, definido pela Lei nº 8.142/90. O reforço legal assistido pelas novas configurações políticas associado ao empoderamento da população tornaram possível estabelecer oferta de tratamento gratuito à PVHIV (ALMEIDA; RIBEIRO; BASTOS, 2022).

As conquistas desses projetos tiveram seu ápice na segunda década dos anos 2000 e contemplaram a incorporação ao SUS um manejo de terapêutica e prevenção, que foi se aprimorando cada vez mais ao ponto de hoje as medicações de tratamento serem administradas de forma contínua e efetiva, em sua maior parte, e sempre na tentativa de diminuir os efeitos adversos causados devido algumas medicações. Além de que a oferta da TARV passou a ser recomendada para todas PVHIV, bem como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) para populações de risco (MELO *et al.*, 2021).

2.7 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: HUMANIZASUS (PNH)

O histórico concordante a essa diligência é paralelo a criação da PNH, criada em 2013 e coincidente aos princípios preconizados pelo SUS, abordando e enfatizando a importância da atenção integral à população, bem como a ampliação de estratégias para assegurar os direitos e a cidadania das pessoas. Dentre os diversos fatores promulgados pela PNH um que se destaca é relacionado a transdisciplinaridade que promove a “ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade”. Essa estratégia cerceia enfoques na valorização dos atores e da equipe de trabalho, atribuindo aos elementos do processo de saúde uma relação de corresponsabilização pela qual as interações se tornam democráticas dando mais protagonismo ao processo de oferta e demanda do serviço de saúde pelos profissionais e usuários (REIS-BORGES; NASCIMENTO; BORGES, 2018).

A implementação da PNH com toda abordagem realizada desde sua criação até os dias atuais tem como reflexo a tentativa de alcançar resultados que consistem em ampliar o acesso,

oferecendo ao paciente acolhimento e resolutividade dos problemas, transparência quanto ao serviço ofertado para que se tenha segurança na busca de atendimento, garantia de direitos e oportunidades para uma participação mais efetiva, ultrapassando a barreira do método hospitalocêntrico, promoção de dinâmicas associada a adequação de ambiência, além de valorização e cuidado com os trabalhadores da saúde (BRASIL, 2010).

2.7.1 Princípios da PNH

Há três importantes princípios que regem a PNH e esses são: a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável (BRASIL, 2013b).

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros (BRASIL, 2013b).

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (BRASIL, 2013b).

2.8.2 Diretrizes da PNH

A PNH atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. É importante conhecer suas diretrizes para nortear o trabalho

na PNH, das quais destacam-se o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários.

2.8.2.1 Acolhimento

O acolhimento é entendido como o reconhecer do que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. Deve-se comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Ele é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. Ele deve ser feito com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário. Dessa maneira, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação, vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2013b, p. 7).

2.8.2.2 Ambiência

Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas são as metas para se adequar o conceito de ambiência no contexto da atenção à saúde, sob a perspectiva da PNH. A orientação que pode ser feita para melhorar o trabalho em saúde é promover a discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço (BRASIL, 2013b, p. 10).

2.8 META 90-90-90

O escopo para tais movimentos na saúde insere-se na tentativa de cumprir metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o estabelecimento de um panorama 90-90-90, ou seja, que pelo menos 90% das pessoas portadoras de HIV sejam diagnosticadas, além de no mínimo 90% dessas fazerem uso da TARV e por conseguinte 90% dessas atingirem o estágio de supressão viral, caracterizado internacionalmente como Carga Viral (CV) menor que 1000 cópias/ml, com valor mais desejável ainda sendo menor que 50 cópias/ml (BRASIL, 2021).

2.9 SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA À PVHIV

Em virtude de uma atenção mais rigorosa ao cumprimento de metas em saúde, bem como o estabelecimento de um quadro epidemiológico mais favorável, às políticas públicas através de seus mecanismos e diretrizes foram de extrema importância para a organização dos SAE à PVHIV, criados em 1990 pelo MS, sendo esses, locais de serviço que oferecem grande resolubilidade diagnóstico-terapêutica em nível ambulatorial para PVHIV (SILVEIRA; LEMOS; NUNES, 2020).

Para que haja a conclusão de um projeto de assistência às PVHIV é necessário que dentro desse ambiente de SAE o paciente vá de encontro ao que se espera na adesão correta e de seguimento para que ocorra um status de excelência no tratamento, haja vista esse fator ser um grande obstáculo a ser ultrapassado a fim de evitar complicações futuras e aumentar a longevidade e qualidade de vida dos pacientes portadores da doença. Esse movimento torna-se essencial para a diminuição dos custos que se tem ao se abordar enfermos que não prestaram boa adesão ao tratamento, podendo evoluir com internações por complicações da infecção, uso dispendioso de medicamentos mais complexos, configurando maior gasto de recursos fora da atenção primária em saúde. Para tanto, é imprescindível que de forma precoce consiga se investigar quais fatores são impeditores da não adesão à terapêutica, de modo a ocorrer intervenção através da relação entre o profissional de saúde e o paciente a fim de se ter uma compreensão do problema e o manejo para resolutividade dos mesmos e assim melhorar o quadro de bem-estar físico, mental e social das PVHIV (MENEZES *et al.*, 2018).

2.10 ADESÃO À TARV

Na literatura há algumas definições usadas para se conceituar a adesão no que cerne à TARV, mas a abordagem que o MS trabalha em cima desse aspecto refere-se a um processo dinâmico e multifatorial que celebra aspectos físicos, sociais, psicológicos, comportamentais e culturais. Esse questionamento não consegue contemplar com uniformidade os diversos critérios que podem se tornar favoráveis ou desfavoráveis à adesão ao tratamento (SILVA *et al.*, 2015).

Essa competência humanística dá-se pela atenção estabelecida através do vínculo entre os serviços e a população. Todas essas perspectivas convergem para um sistema de saúde que assegura à população o exercício de procurar seus direitos na saúde enquanto cidadãos (REIS-BORGES; NASCIMENTO; BORGES, 2018).

Nesse meio de pesquisa há os métodos diretos e indiretos para avaliação do status de adesão. O método direto tem seus benefícios por evidenciar com mais exatidão o nível de dose utilizada pelos pacientes, mas em contrapartida caracteriza-se por ser caro e por não avaliar períodos longos da adesão pelo paciente. Já o método indireto trabalha com o uso de registros seja por entrevistas, informações de prontuários, contagem de pílulas, e outros aspectos, portanto torna-se menos preciso, mas bem prático do ponto de vista financeiro (SILVA *et al.*, 2015).

2.11 CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO E CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM DOENÇAS INFECCIOSAS ADQUIRIDAS EM BELÉM

Na ambiência em que se propõe o diagnóstico dos pacientes, de maneira a se ofertar privacidade e conforto ao enfermo, este dispõe de um serviço de CTA que estabelece um elo entre a atenção primária e a assistência especializada seja na prevenção de HIV/aids bem como de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), utilizando-se de recursos como o aconselhamento na abordagem inicial, a comunicação empática entre profissional e usuário através do acolhimento, contemplando os princípios e diretrizes do SUS em acordo a universalidade do acesso aos serviços de saúde através da demanda espontânea, gratuidade, oferta de insumos e equidade no atendimento (ARAÚJO *et al.*, 2010).

No município de Belém o destino do serviço as PVHIV é o CASA DIA. A instituição promove a assistência especializada aos portadores de HIV/aids, oferecendo serviços de consulta médica, consulta com enfermagem, serviço social, psicologia, nutricionista, serviço odontológico, ou seja, propõe ao paciente uma abordagem multiprofissional com o propósito de abranger os diversos aspectos que norteiam a doença, seja no campo físico, psicológico e social através da perspectiva do paciente sobre sua experiência de doença. E nesse contexto é perceptível a deficiência no que tange a pouca ou nenhuma adesão ao tratamento pelos pacientes ao decorrer do curso da doença (MORAES, 2017).

Em Belém, o CASA DIA assiste os pacientes desde 1999 e conta com uma equipe multidisciplinar, atendendo pacientes geralmente encaminhados pelo CTA, mas também por outras redes de saúde como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Pronto-Socorro (PS), hospitais da rede privada e outros, oferecendo TARV para PVHIV, bem como auxílio de saúde a vítimas de violência sexual e pessoas que sofreram acidentes ocupacionais através de profilaxias a depender do contexto. A dinâmica de atendimento não se limita a tratar apenas os pacientes vinculados ao programa de assistência, mas também atua de maneira a estimular que pessoas

procurem o serviço quando em suspeita da doença ou promoção do resgate de portadores do vírus que deixaram de seguir a TARV (BRANCO *et al.*, 2020).

2.12 ACOLHIMENTO NA PERSPECTIVA DA ADESÃO À TARV E OS CUIDADOS ÀS PVHIV PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Apesar dos esforços e grandes avanços no que diz respeito a qualidade de vida das PVHIV, por tratarmos de um aspecto delicado, a adesão ao tratamento, esse intimamente associado a proatividade do paciente e a boa relação entre a equipe de saúde e o paciente, ainda existem barreiras a serem transpassadas pelo teor contínuo do tratamento que em muitas vezes desencoraja o portador do vírus a manter com rigor a TARV. Isso tudo associado aos reflexos emocionais, sociais e dificuldades de aceitação e convivência que cercam essa população. Dessa forma é de suma importância a criação de estratégias pela equipe de saúde que assegurem a melhor aceitação por parte do paciente de sua condição de saúde e reconhecimento do seguimento do tratamento (PRIMEIRA *et al.*, 2018; ARAÚJO *et al.*, 2021).

Um importante fundamento ao se pensar no cuidado às PVHIV consiste na aplicação da bioética no atendimento, haja vista, a necessidade de uma prática de saúde ética pautada no resguardo da segurança do paciente e suas informações, sem qualquer juízo de valor atribuído em consulta ou atendimento seja por qualquer membro da equipe multidisciplinar. Para tanto, o Código de Ética dos profissionais da saúde condena tais práticas discriminatórias como maneira de garantir aos pacientes sua integralidade (GOMES *et al.*, 2019)

A equipe multiprofissional, ao realizar o acolhimento, além de agir de forma ética, deve incluir uma escuta ativa e ampliada da problemática trazida pelo usuário. O atendimento deixa de ocorrer de forma unidirecional, passando-se a um modelo em que se escuta a necessidade do sujeito, incluindo-o na condução do processo. Toda a equipe participa da assistência direta ao usuário. Para o exercício dessa prática, é importante o aprimoramento constante da equipe, a partir de articulações profissionais multidisciplinares (BRASIL, 2012).

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo trata-se de um tipo exploratório, descritivo, devido à proposta do mesmo reconhecer e descrever aspectos relativos à opinião dos atores sociais, assim como alguns de seus comportamentos considerados importantes (GIL, 2006).

A abordagem dele foi qualiquantitativa, através de um questionário consistindo em questões voltadas para fatores sociodemográficos, adesão ou abandono do tratamento e indicadores de percepção do paciente quanto ao seu acolhimento na instituição.

3.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada durante o período de 30 dias corridos nos meses de setembro a outubro de 2022 do Centro de Atenção à Saúde em Doenças Infecciosas Adquiridas, conhecido como CASA DIA, localizado na Av. Pedro Álvares Cabral, 3371, bairro da Sacramenta, no município de Belém-PA, CEP 66113-190, que consiste em um Serviço de Assistência Especializada público que presta atendimento aos pacientes do SUS e da rede privada que foram diagnosticados com resultado positivo para HIV/aids.

Sobre o fluxo de atendimento neste SAE, ele se dá através do acolhimento inicial necessário com a equipe multidisciplinar, dos exames de rotina, da dosagem da Carga Viral e Linfócitos T-CD4+ que são realizados e seus resultados, os pacientes são então encaminhados para atendimento a ser agendado com o médico para avaliação clínica e a oferta de medicamentos da TARV. Além disso, é referência em atendimentos de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais (MORAES, 2017).

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

3.3.1 Critérios de inclusão

Essa pesquisa foi aplicada a todos os pacientes do CASA DIA, que eram PVHIV em seguimento ambulatorial do tratamento, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa após todos os devidos esclarecimentos e na concordância de assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (**Apêndice A**).

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa todos aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão; que eram pacientes em primeiro atendimento; ou que apresentaram algum tipo de entrave

psicológico ou labilidade emocional ao abordar o tema; com déficit cognitivo e com instabilidade clínica.

3.4 COLETA DE DADOS

Com um número estimado de aproximadamente 140 atendimentos médicos ao mês e considerando uma margem de erro aproximada de 5% e grau de confiança de 95% da amostra, foram estimados(as) a serem convidados a participar da pesquisa 100 pacientes.

A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de um questionário, confeccionado pelos autores do estudo baseando-se na literatura existente de ferramentas já validadas a respeito da adesão ao tratamento e à percepção do usuário ao serviço de saúde, como a adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral (CEAT-HIV)” (REMOR; MILNER-MOSKOVIC; PREUSSLER, 2007) e o Satisfaction with HIV/Aids Treatment Interview Scale (SATIS) (TRAN; NGUYEN; 2012), além de outros também validados (BULUBA; MAWI; TARIMO, 2021) (LEON *et al.*, 2019), adaptando-os à realidade do Brasil e da região amazônica, de modo a oferecer uma linguagem clara e acessível e mitigar os riscos voltados para o desgaste físico-emocional relacionados ao tempo de demora para completá-lo. As questões foram voltadas para dados sociodemográficos, bem como para a adesão ou abandono do tratamento e indicadores de percepção do paciente quanto ao seu acolhimento na instituição.

É importante ressaltar que a coleta de dados ocorrera em um ambiente acolhedor e privado a fim de garantir a segurança física e emocional dos participantes. Destaca-se ainda que, por ocasião da solicitação da autorização para a realização da pesquisa, foi apresentado o projeto para a direção administrativa e clínica do CASA DIA.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados a serem colhidos foram obtidos pelos autores nos dias e turnos de atendimentos a serem realizados pela equipe multiprofissional às PVHIV, que ocorriam usualmente em todas as quartas e sextas-feiras, com os participantes da pesquisa após a aprovação da permissão da pesquisa pela instituição. A pretensão inicial era buscar o momento, condição e local mais adequado para esclarecer individualmente os pacientes, considerando sua privacidade, depois convidando-os a participar da pesquisa prestando informações sobre os objetivos, a importância, os riscos e benefícios através de uma linguagem clara e acessível. Após um tempo adequado para que o convidado ponderasse e refletisse sobre sua participação,

respeitando as particularidades de cada indivíduo, caso decorresse da aceitação em se tornar o participante, ele seria acompanhado a um ambiente acolhedor e privado, geralmente em um consultório, a fim de que o TCLE fosse apresentado, lido e compreendido por ele antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido. Caso houvesse sua aprovação, proceder-se-ia com o pedido de sua rubrica em todas as suas páginas, além de sua assinatura junto com a dos pesquisadores responsáveis, em duas vias, constando tanto os endereços e contatos dos responsáveis do estudo quanto o do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para eventuais dúvidas.

Em seguida, apresentava-se aos participantes o questionário para ele ser respondido de forma sigilosa. Tais procedimentos foram adotados no turno dos atendimentos prestados pelos médicos.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram transcritos dos questionários e compilados e inseridos no software Microsoft® Excel® Versão 2209 Build 16.0.15629.20200 64 bits. As informações coletadas foram assim classificadas em três grupos: (1) sociodemográficos – idade, sexo, orientação sexual, estado civil, escolaridade, renda, tempo de deslocamento, se trabalha e o tempo de diagnóstico; (2) Tratamento – início do tratamento, mudança no tratamento, se abandonou o tratamento e os motivos que levaram ao abandono; e (3) Acolhimento – se bem acolhido, se o acolhimento foi importante para continuar o tratamento, o grau de satisfação com o atendimento médico, da enfermagem, da psicologia, do serviço social, da farmácia e da recepção, se foi notado juízo de valor durante os atendimentos ou acolhimentos, se as suas privacidade e autonomia foram respeitadas. Em seguida, as variáveis foram sistematizadas para posterior análise estatística nos softwares Rstudio Versão 1.4.1106 e Bioestat versão 5.3.

Para os dados sociodemográficos, lançou mão de testes estatísticos a fim de estabelecer relações de significância entre os grupos que abandonaram e não abandonaram a TARV. As variáveis categóricas foram submetidas à apreciação do teste de qui-quadrado de Pearson, que compara duas ou mais proporções de dados categóricos nominais, sendo selecionadas para análise aquelas em que houve diferença significativa (valor- $p < 0,05$) entre os grupos. Para as variáveis que apresentavam dados ausentes (*missing data*), estes foram desconsiderados nos cálculos estatísticos. Além disso, utilizou-se tabelas e gráficos com o intuito de elucidar o panorama quanto à percepção do acolhimento e como ele era sucedido entre os diversos setores do atendimento multiprofissional. Definiu-se como bom acolhimento dos profissionais àqueles considerados satisfatórios pelos pacientes no questionário. Por fim, selecionando-se o grupo

que abandonou a TARV, avaliou-se quantitativamente e qualitativamente as variáveis de causas selecionadas como motivo para o abandono do tratamento.

3.7 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

A presente pesquisa observou a resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza a pesquisa que envolva seres humanos, bem como a Declaração de Helsinki V uma vez que o projeto em questão foi submetido ao CEP antes de seu desenvolvimento.

Inicialmente, foi solicitada a autorização institucional (SESMA) (ANEXO A) e, em seguida, o projeto foi submetido ao CEP do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS/UFPA), como instituição proponente, e aprovado pelo parecer consubstanciado do CEP nº 5.621.942 com o CAEE: 60163422.1.0000.0018 (ANEXO B). Os participantes deram consentimento para participar desse estudo por meio do TCLE (APÊNDICE A).

3.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações gerais referentes a estes tipos de estudos descritivos e exploratórios estão presentes. Outra limitação refere-se à quantidade de questionários coletados que se mostrou aquém do estimado no início do estudo pela recusa dos pacientes a participarem da pesquisa. Há outro importante fato que se refere à fidedignidade às respostas dadas pelos pacientes, as quais podem ser verdadeiras ou não, uma vez que os autores dependem da veracidade das informações prestadas pelos próprios participantes, sem ter outra maneira de verificação da autenticidade dos dados prestados. Além disso, como se trata de um questionário adaptado a partir de outros validados, as perguntas podem ter algum grau de viés para determinados participantes. No entanto, os autores objetivaram colocar as questões da maneira mais elucidativa possível.

4. RESULTADOS

Foram coletados 89 questionários, os quais foram aplicados aos pacientes nos dias de consulta, entrega de resultados e marcação de consultas, dentro daqueles que se encaixavam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos. Embora tenha havido um n=89, alguns questionários não tiveram todas as suas perguntas respondidas, fazendo com que algumas variáveis tenham um valor n inferior à 89, como n=75 para aqueles que responderam quanto ao acolhimento pela psicologia e n=80 para o serviço social, a exemplo.

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A média de idade verificada na pesquisa, no ano de 2022, foi de 37,6 anos, com idade inferior mínima de 18 anos e não havendo nenhum paciente com idade superior a 80 anos. A maioria dos pacientes encontrava-se dentro da faixa etária entre 20 e 29 anos (31,4%), seguido da faixa etária entre 30 e 39 (30,3%). O sexo masculino foi preponderante entre os pacientes que participaram da pesquisa (82%), com apenas 1 dos entrevistados se identificando como não-binário. Quanto à orientação sexual, destaca-se que a maioria se identificou como homossexuais (51,9%), seguido daqueles que se identificam como heterossexuais (33,3%) e como bissexuais (14,8%).

No estado civil, majoritariamente encontram-se solteiros (68,5%). Observou-se que a maioria dos pacientes possuíam apenas até o ensino médio como nível de escolaridade (56,8%), ainda que parte dos entrevistados (31,8%) tenham ou estejam concluindo o ensino superior. O tempo estimado de chegada à instituição da maioria é de menos de 1 hora (47,1%). Aqueles que responderam que trabalham representam 66,3%. A renda entre 1 e 3 salários-mínimos (R\$1.212,00 a R\$3.636,00) foi marcada pela maioria (52,4%), seguido por aqueles com menos de 1 salário-mínimo (<R\$1.212,00) (37,8%).

Os diagnósticos na faixa entre 1 e 5 anos são a maioria (38,2%), enquanto os com menos de 1 ano representam 31 casos (34,8%). As características sociodemográficas da população estudada estão descritas na tabela 01 a seguir.

Tabela 01 – Caracterização sociodemográfica em uma amostra de PVHIV em um grupo de pacientes. Belém, PA, set-out 2022 (n=89)

Variáveis	n	%
SEXO		
<i>Masculino</i>	73	82,0
<i>Feminino</i>	15	16,9
<i>Não-Binário</i>	1	1,1

Tabela 01 – Caracterização sociodemográfica em uma amostra de PVHIV em um grupo de pacientes. Belém, PA, set-out 2022 (n=89)

(CONTINUAÇÃO)

Variáveis	n	%
IDADE		
18-19 anos	1	1,1
20-29 anos	28	31,4
30-39 anos	27	30,3
40-49 anos	14	15,7
50-59 anos	13	14,6
60-69 anos	5	5,6
70-79 anos	1	1,1
ORIENTAÇÃO SEXUAL		
Homossexual	42	51,9
Heterossexual	27	33,3
Bissexual	12	14,8
ESTADO CIVIL		
Solteiro	61	68,5
Casado	7	7,9
Separado	6	6,7
União Estável	14	15,7
Viúvo	1	1,1
ESCOLARIDADE (n=88)		
Alfabetizado	5	5,7
E. Fundamental	6	6,8
E. Médio	39	44,3
E. Superior	28	31,8
Pós-graduação	10	11,3
TEMPO PARA CHEGAR (n=87)		
< 1 hora	41	47,1
1 a 3 horas	40	46,0
> 3 horas	6	6,9
TRABALHA		
Sim	59	66,3
Não	30	33,7
RENDA (n=82)		
< 1 SM	31	37,8
1 A 3 SM	43	52,4
3 A 5 SM	7	8,5
> 5 SM	1	1,2
TEMPO DE DIAGNÓSTICO		
< 1 ano	31	34,8
1 A 5 anos	34	38,2
6 a 10 anos	12	13,5
11 a 15 anos	8	9,0
16 a 20 anos	4	4,5

Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022)

4.2 TRATAMENTO

A maioria das amostras indicaram que os pacientes iniciaram o tratamento com menos de 1 ano (35,9%), em segundo os que iniciaram entre 6 e 10 anos (12,3%). Apenas 21 (31,5%) dos participantes afirmaram que mudaram os medicamentos que utilizavam na TARV. Os demais dados quanto ao início do tratamento constam na tabela 02.

Tabela 02 – Caracterização do seguimento do tratamento em uma amostra de PVHIV em um grupo de pacientes. Belém, PA, set-out 2022 (n=89)

Variáveis	n	%
INÍCIO DO TRATAMENTO		
< 1 ano	32	35,9
1 ano	9	10,1
2 anos	7	7,8
3 anos	6	6,7
4 anos	7	7,8
5 anos	6	6,7
6 a 10 anos	11	12,3
11 a 15 anos	7	7,8
16 a 20 anos	4	4,5
MUDANÇA NA TARV		
Sim	28	31,5
Não	61	68,5
ABANDONOU O TRATAMENTO		
Sim	15	16,9
Não	74	83,1

Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022)

Dos 89 pacientes, apenas 15 já abandonaram a TARV em algum momento desde o início do tratamento (16,9%). Desses participantes, as principais causas elencadas como motivos do abandono, pontuando que poderia ser mais de uma causa para o mesmo paciente, o “Desânimo/Desmotivação” foi apontado em 9 casos (60%), a “Demora/Falta de marcação de consultas” e “Ausência de rede de apoio” foram marcadas em 4 casos (26,7%) cada uma, seguido pelos “Efeitos adversos à TARV” em 3 casos (20%), a “Distância/Demora para chegar o serviço” e a “Incapacidade financeira” foram apontados em 13% dos casos, enquanto a “Falta de escuta qualificada” e o “Uso de álcool” foi lembrada como motivo em uma vez cada.

Tabela 03 – Caracterização das múltiplas causas de abandono do seguimento do tratamento em uma amostra de PVHIV em um grupo de pacientes. Belém, PA, set-out 2022.

Variáveis	n	%
Desânimo/Desmotivação	9	60,0

Tabela 03 – Caracterização das múltiplas causas de abandono do seguimento do tratamento em uma amostra de PVHIV em um grupo de pacientes. Belém, PA, set-out 2022.
(CONTINUAÇÃO)

Variáveis	n	%
Demora ou falta de marcação de consultas	4	26,7
Ausência de rede de apoio	4	26,7
Efeitos adversos à TARV	3	20
Distância/Demora para chegar ao serviço	2	13,3
Incapacidade Financeira	2	13,3
Falta de escuta qualificada	1	6,6
Uso de álcool	1	6,6

Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022)

4.3 COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS QUE ABANDONARAM X NÃO ABANDONARAM A TARV

Dividindo-se entre os grupos que abandonaram e não abandonaram o tratamento, têm-se o seguinte perfil sociodemográfico do primeiro grupo: a média de idade dos que suspenderam a TARV é 40,6 anos, com amplitudes mínimas e máximas de 18 anos e 77 anos; 12 são do sexo masculino (80%) e apenas 3 do sexo feminino (20%), em relação a orientação sexual, há 9 heterossexuais (64,3%), 4 homossexuais (28,6%) e 1 bissexual (7,1%) ; no estado civil, 9 afirmaram ser solteiros (60,0%), 3 em união estável (20,0%), 2 separados judicialmente ou extrajudicialmente (13,3%) e 1 casado (6,6%); os que possuíam o nível médio de ensino são 7 (46,6%), seguido pelos que possuem ensino superior 5 (33,3%) e 3 alfabetizados (20,0%); O tempo médio estimado para chegar a instituição para 8 deles é de 1 a 3 horas (53,3%), menos de 1 hora para 4 (26,7%) e 3 para mais de 3 horas (20,0%) ; dos que afirmaram que trabalhavam e não trabalhavam há valores bem próximos, com 8 afirmando que trabalhavam (53,3%) e 7 sem trabalho (46,7%); aqueles que recebem menos de 1 salário-mínimo são 6 (42,8%) e os que recebem entre 1-3 salários-mínimos também são 6 (42,8%), enquanto apenas 2 possuíam renda superior a 3 salários-mínimos (14,2%); os que possuem tempo de diagnóstico entre 11 e 15 anos e 6 a 10 são, respectivamente, 5 (33,3%) e 3 (20,0%), já os com tempo de diagnóstico menor, entre 1 e 5 anos e menos de 1 ano, foram 5 (33,3%) e 2 (13,3%) casos, respectivamente.

Quando se observa os resultados a partir do início do tratamento no grupo do abandono à TARV têm-se os seguintes dados: 5 iniciaram entre 11 e 15 anos (33,3%), 4 há menos de 1

ano (26,7%), 2 há 6 a 10 anos (13,3%), 2 há 4 anos (13,3%), 1 há 5 anos (6,7%) e 1 há 3 anos (6,7%). Os que mudaram o tratamento em algum momento representam a maioria (53,3%).

Tabela 04 – Caracterização sociodemográfica em uma amostra de PVHIV em um grupo de pacientes que abandonaram o seguimento. Belém, PA, set-out 2022 (n=15)

Variáveis	n	%
SEXO		
<i>Masculino</i>	12	80,0
<i>Feminino</i>	3	20,0
IDADE		
<i>18-19 anos</i>	1	6,6
<i>20-29 anos</i>	3	20
<i>30-39 anos</i>	5	33,3
<i>40-49 anos</i>	1	6,6
<i>50-59 anos</i>	2	13,3
<i>60-69 anos</i>	2	13,3
<i>70-79 anos</i>	1	6,6
ORIENTAÇÃO SEXUAL (n=14)		
<i>Homossexual</i>	4	28,6
<i>Heterossexual</i>	9	64,3
<i>Bissexual</i>	1	7,1
ESTADO CIVIL		
<i>Solteiro</i>	9	60,0
<i>Casado</i>	1	6,7
<i>Separado</i>	2	13,3
<i>União Estável</i>	3	20,0
ESCOLARIDADE		
<i>Alfabetizado</i>	3	20,0
<i>E. Médio</i>	7	46,7
<i>E. Superior</i>	5	33,3
TEMPO PARA CHEGAR		
<i>Menos de 1 hora</i>	4	26,7
<i>1 a 3 horas</i>	8	53,3
<i>Mais de 3 horas</i>	3	20,0
TRABALHA		
<i>Sim</i>	8	53,3
<i>Não</i>	7	46,7
RENDA (n=14)		
<i>< 1 SM</i>	6	42,9
<i>1 A 3 SM</i>	6	42,9
<i>3 A 5 SM</i>	2	14,2
TEMPO DE DIAGNÓSTICO		
<i>< 1 ano</i>	2	13,3
<i>1 A 5 anos</i>	5	3,3
<i>6 a 10 anos</i>	3	20,0
<i>11 a 15 anos</i>	5	33,3
INÍCIO DO TRATAMENTO		
<i>< 1 ano</i>	4	26,7
<i>3 anos</i>	1	6,7
<i>4 anos</i>	2	13,3
<i>5 anos</i>	1	6,7
<i>6 a 10 anos</i>	2	13,3
<i>11 a 15 anos</i>	5	33,3

Tabela 04 – Caracterização sociodemográfica em uma amostra de PVHIV em um grupo de pacientes que abandonaram o seguimento. Belém, PA, set-out 2022 (n=15)

(CONTINUAÇÃO)

Variáveis	n	%
MUDANÇA NA TARV		
<i>Sim</i>	8	53,3
<i>Não</i>	7	46,7

Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022)

Das variáveis acerca dos sociodemográficos e de tratamento aplicados pelo questionário, identificam-se como estatisticamente relevantes (valor-p < 0,05) as correlações com a orientação sexual, o tempo para chegar à instituição, o tempo de diagnóstico, o início do tratamento e a mudança no tratamento. De maneira geral, não houve diferenças estatísticas significativas (valor-p > 0,05) nas variáveis Idade, Gênero, Estado Civil, Escolaridade, Tempo de deslocamento, Trabalho e Renda entre os grupos, como demonstrado na tabela 05.

Tabela 05 – Comparação do perfil sociodemográfico e do tratamento em uma amostra de PVHIV entre grupos que abandonaram e não abandonaram. Belém, PA, set-out 2022 (n=89)

	Não abandonou		Abandonou		Valor-p*
	n	%	n	%	
SEXO					0,5494
<i>Masculino</i>	61	68,5	12	13,4	
<i>Feminino</i>	12	13,4	3	3	
<i>Não-Binário</i>	1	1,3	0	0	
IDADE					0,8337
<i>18-19 anos</i>	0	0	1	1,1	
<i>20-29 anos</i>	25	28,1	3	3,3	
<i>30-39 anos</i>	22	24,7	5	5,6	
<i>40-49 anos</i>	13	14,6	1	1,1	
<i>50-59 anos</i>	11	12,3	2	2,2	
<i>60-69 anos</i>	3	3,3	2	2,2	
<i>70-79 anos</i>	0	0	1	1,1	
ORIENTAÇÃO SEXUAL					0,032
(n=82)					
<i>Homossexual</i>	37	45,7	4	4,9	
<i>Heterossexual</i>	19	23,4	8	9,8	
<i>Bissexual</i>	11	13,5	1	1,2	
<i>HSH</i>	1	1,2	0	0	
ESTADO CIVIL					0,772
<i>Solteiro</i>	52	58,4	9	10,1	
<i>Casado</i>	6	6,7	1	1,1	
<i>Separado</i>	4	4,4	2	2,2	
<i>União Estável</i>	11	12,3	3	3,3	
<i>Viuvo</i>	1	1,1	0	0	

*Teste de qui-quadrado

Tabela 05 – Comparação do perfil sociodemográfico e do tratamento em uma amostra de PVHIV entre grupos que abandonaram e não abandonaram. Belém, PA, set-out 2022 (n=89)
(CONTINUAÇÃO)

	Não abandonou		Abandonou		Valor-p*
	n	%	n	%	
ESCOLARIDADE (n=88)					0,129
<i>Alfabetizado</i>	2	2,2	3	3,4	
<i>E. Fundamental</i>	6	6,8	0	0	
<i>E. Médio</i>	32	36,3	7	7,9	
<i>E. Superior</i>	23	26,1	5	5,6	
<i>Pós-graduação</i>	10	11,3	0	0	
TEMPO PARA CHEGAR (n=87)					0,042
<i>Menos de 1 hora</i>	37	42,5	4	4,6	
<i>1 a 3 horas</i>	32	36,7	8	9,1	
<i>Mais de 3 horas</i>	3	3,4	3	3,4	
TRABALHA					0,244
<i>Sim</i>	51	57,3	8	8,9	
<i>Não</i>	23	25,8	7	7,8	
RENDA (n=82)					0,621
<i>< 1 SM</i>	25	30,4	6	7,3	
<i>1 A 3 SM</i>	37	45,1	6	7,3	
<i>3 A 5 SM</i>	5	6,0	2	2,4	
<i>> 5 SM</i>	1	1,2	0	0	
TEMPO DE DIAGNÓSTICO					< 0,05
<i>< 1 ano</i>	29	32,5	2	2,2	
<i>1 A 5 anos</i>	29	32,5	5	5,6	
<i>6 a 10 anos</i>	9	10,1	3	3,3	
<i>11 a 15 anos</i>	3	3,3	5	5,6	
<i>16 a 20 anos</i>	4	4,5	0	0	
INÍCIO DO TRATAMENTO					< 0,05
<i>< 1 ano</i>	28	31,4	4	4,5	
<i>1 ano</i>	9	10,1	0	0	
<i>2 anos</i>	7	7,8	0	0	
<i>3 anos</i>	5	5,6	1	1,1	
<i>4 anos</i>	5	5,6	2	2,2	
<i>5 anos</i>	5	5,6	1	1,1	
<i>6 a 10 anos</i>	9	10,1	2	2,2	
<i>11 a 15 anos</i>	2	2,2	5	5,6	
<i>16 a 20 anos</i>	4	4,5	0	0	
MUDANÇA NA TARV					< 0,05
<i>Sim</i>	20	22,2	8	9,0	
<i>Não</i>	54	60,7	7	7,8	

*Teste de qui-quadrado

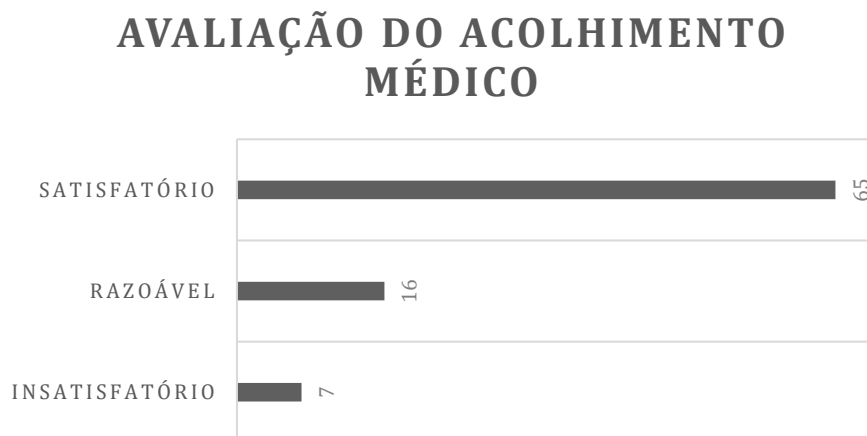
Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022).

4.4 PERCEPÇÃO QUANTO AO ACOLHIMENTO NA INSTITUIÇÃO

A maioria dos participantes acredita que foi bem acolhido no CASADIA, representando 78 afirmações positivas (87,6%). 83 participantes afirmaram que o acolhimento foi importante para continuar o tratamento (93,2%). À luz da análise sobre os atendimentos ou acolhimentos

prestados na instituição pela equipe multiprofissional, têm-se que 65 (73,8%) acharam satisfatório o acolhimento do médico, enquanto 17 (26,14%) acharam não-satisfatórios.

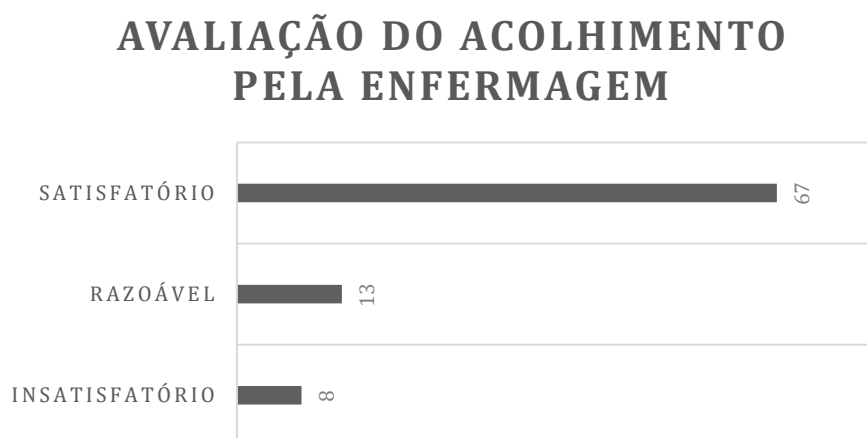
Gráfico 1 - Avaliação do atendimento/acolhimento prestado pelo médico a partir da percepção dos pacientes em SAE. Belém, PA, set-out 2022. (n=82)



Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022)

Quanto à avaliação da percepção dos pacientes a respeito do acolhimento prestado pela equipe de enfermagem encontrou-se uma taxa de 76,1% que acreditaram ser satisfatório, por sua vez 23,9% acharam o atendimento não-satisfatório.

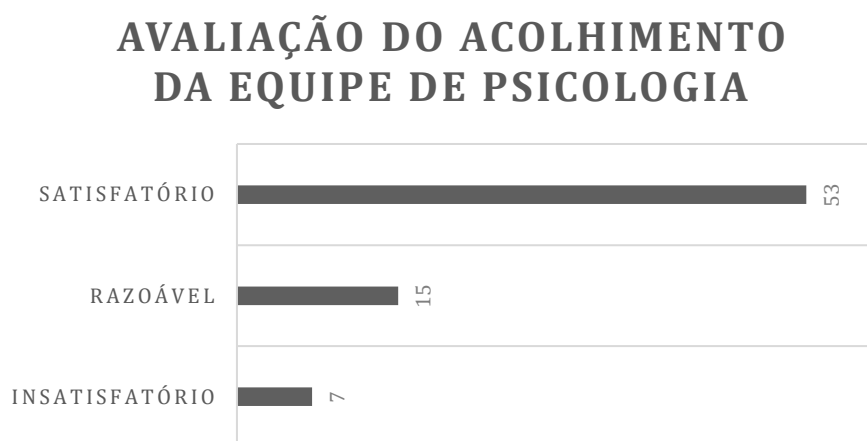
Gráfico 2 - Avaliação do atendimento/acolhimento prestado pela equipe de enfermagem a partir da percepção dos pacientes em SAE. Belém, PA, set-out 2022. (n=88)



Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022)

No que concerne à percepção dos pacientes com referência ao acolhimento prestado pela psicologia apresentam uma satisfação menor que as verificadas nos atendimentos do médico e pela equipe de enfermagem, encontrando-se um valor de 70,7% como satisfatório, por sua vez 29,3% avaliaram o atendimento não-satisfatório.

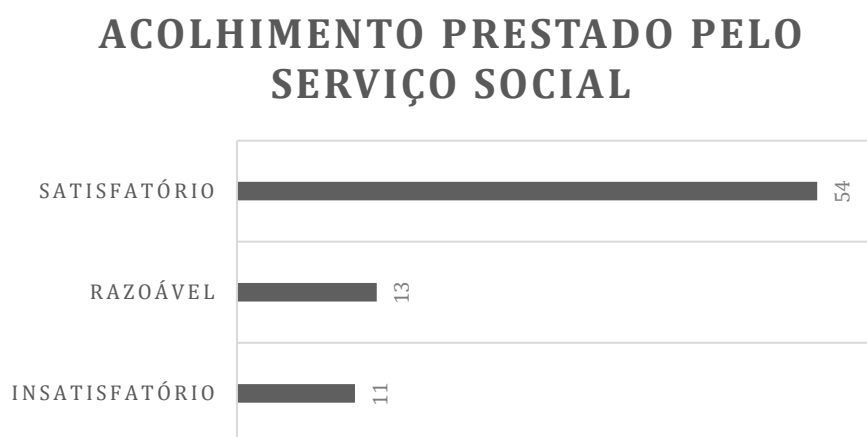
Gráfico 3 - Avaliação do atendimento/acolhimento prestado pela equipe de psicologia a partir da percepção dos pacientes em SAE. Belém, PA, set-out 2022. (n=75)



Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022)

Os resultados achados para a assistência social no tangente à percepção do acolhimento são os seguintes: 54 (69,2%) acham satisfatório, já 24 (30,8%) julgaram o acolhimento como não-satisfatório.

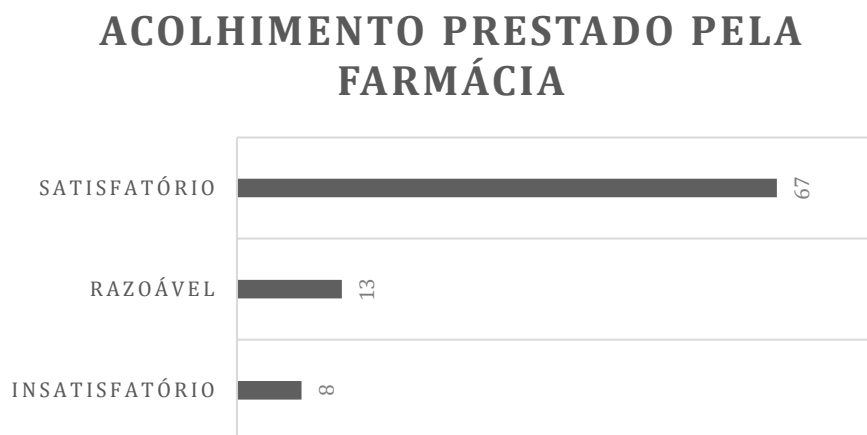
Gráfico 4 - Avaliação do atendimento/acolhimento prestado pela assistência social a partir da percepção dos pacientes em SAE. Belém, PA, set-out 2022. (n=78)



Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022)

Também, o acolhimento pela assistência farmacêutica foi bem avaliado pela maioria dos participantes foi considerado satisfatória para 67 (76,1%) dos pacientes, ao mesmo tempo que 21 (23,9%) ponderaram como não-satisfatório.

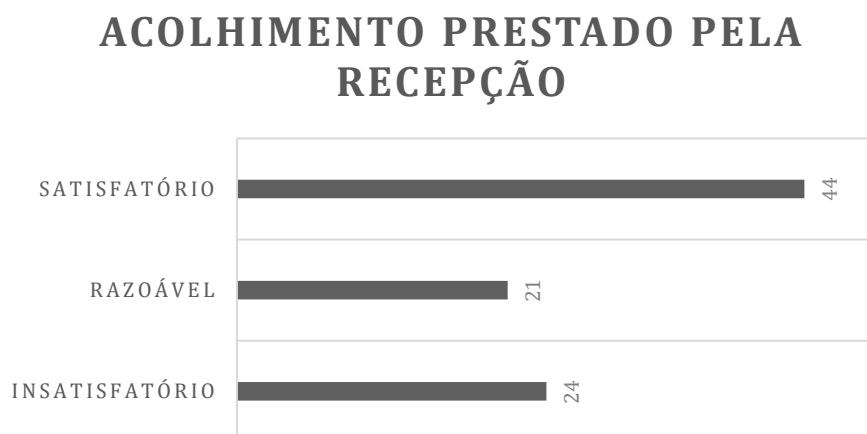
Gráfico 5 - Avaliação do atendimento/acolhimento prestado pela assistência farmacêutica a partir da percepção dos pacientes em SAE. Belém, PA, set-out 2022. (n=88)



Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022)

Por sua vez, a recepção apresentou resultados mais negativos na percepção dos participantes, pois 45 (50,6%) dos participantes qualificaram o acolhimento prestado como não-satisfatório e 44 (49,4%) como satisfatório.

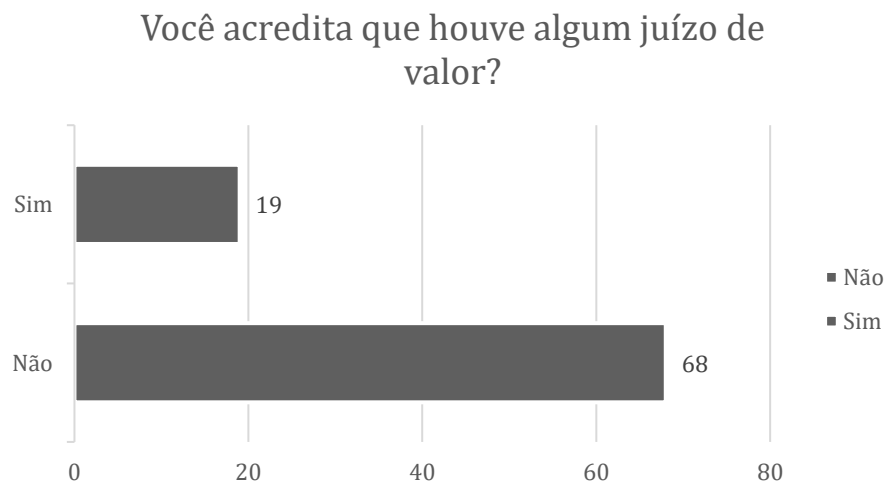
Gráfico 6 - Avaliação do atendimento/acolhimento prestado pela recepção a partir da percepção dos pacientes em SAE. Belém, PA, set-out 2022. (n=89)



Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022)

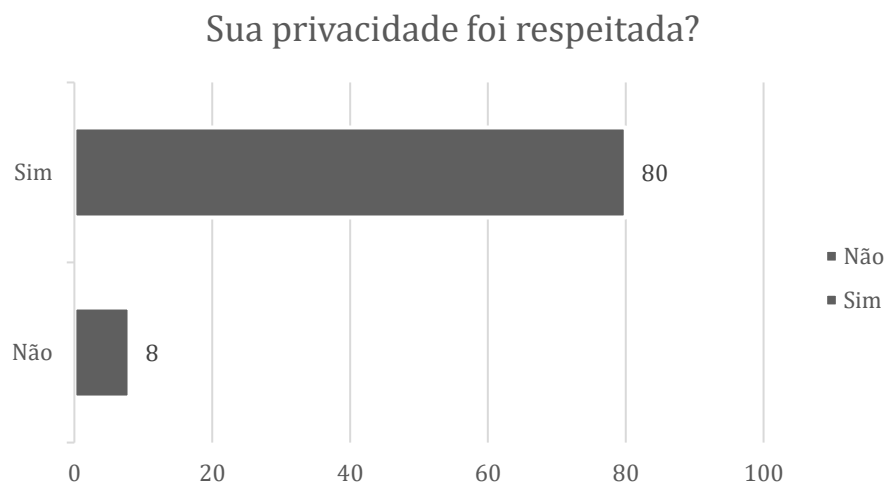
A taxa de pacientes da amostra que acreditam que não ocorreu juízo de valor durante algum de seus atendimentos foi de 78,2%. Os que afirmam que a privacidade foi respeitada junto à liberdade e autonomia para iniciar o tratamento representam, respectivamente 90,9% e 95,5%, conforme apresentado nos gráficos 7 e 8.

Gráfico 7 – Avaliação da percepção dos pacientes quanto à ocorrência de juízo de valor em algum dos atendimentos ocorridos no SAE. Belém, PA, set-out 2022. (n=87)



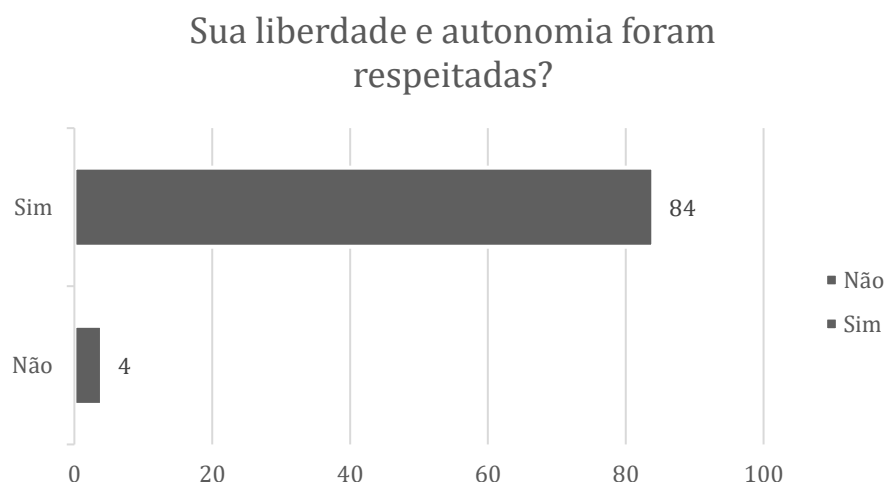
Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022)

Gráfico 8 – Avaliação da percepção dos pacientes quanto ao respeito a sua privacidade durante seu acolhimento e atendimento no SAE. Belém, PA, set-out 2022. (n=88)



Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022)

Gráfico 9 – Avaliação quanto à percepção do paciente da sua autonomia e liberdade para se iniciar o tratamento durante seu acolhimento no SAE. Belém, PA, set-out 2022. (n=88)



Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022)

Quando se parte para a análise dos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional entre os grupos que Abandonaram e os que Não Abandonaram o seguimento, não encontra-se diferenças significativas (valor-p <0,05), ao se analisar estatisticamente as variáveis dispostas no presente estudo no tópico do acolhimento, conforme a tabela a seguir.

Tabela 06 - Comparação entre o grau de satisfação entre os grupos que não abandonaram e que abandonaram em uma amostra de PVHIV em um SAE. Belém, set-out 2022.

	Grau de Satisfação (Não abandonou)			Grau de Satisfação (Abandonou)			Valor-p*
	Insatisfatório	Razoável	Satisfatório	Insatisfatório	Razoável	Satisfatório	
ENFERMAGEM	6	12	55	1	2	12	0,54
MÉDICO	6	14	53	2	1	12	0,83
PSICOLOGIA	6	12	44	1	3	9	0,93
SERVIÇO SOCIAL	8	13	43	3	0	11	0,15
FARMÁCIA	5	11	57	3	2	10	0,27
RECEPÇÃO	22	15	37	2	6	7	0,18

*Teste de qui-quadrado

Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2022)

Contudo, devido às limitações do estudo, não é possível afirmar que há ausência de relação entre o grau de satisfação do atendimento prestado pela equipe multiprofissional frente ao seguimento ou abandono do tratamento pelos pacientes.

5. DISCUSSÃO

A partir da análise realizada no presente estudo pode-se fazer uma conversa com diversas abordagens já construídas sobre o tema. Dessa maneira o leque de perspectivas a se julgar convergentes ou divergentes do trabalho nos infere a necessidade de estar sempre atento ao assunto, procurando as melhores maneiras de se observar e intervir no que for necessário para a consolidação de soluções para os problemas envolvendo o acolhimento das PVHIV em território nacional. Ressalta-se a pouca amostragem em algumas variáveis, bem como a veracidade das respostas pelos entrevistados, o que pode prejudicar a análise mais minuciosa dos dados comparados a outros estudos.

Dentre os diversos resultados apresentados na pesquisa pode-se destacar três grandes grupos de dados pelos quais foram possíveis extrair informações pertinentes sobre a abordagem sociodemográfica, tratamento, e dinâmica de acolhimento prestado no SAE.

Nesse sentido, no que tange o aspecto epidemiológico, foi observado que dentre o universo de 89 pacientes a média da idade foi de 37,6 anos, o que converge para a aproximação com resultados de outros estudos em que a média foi de 43,1 anos (REMOR *et al.* 2006); 36,3% com idade entre 40 e 49 anos (PRIMEIRA *et al.* 2018); além da principal fonte vinculada ao âmbito epidemiológico com dados de taxa de detecção no ano de 2010 na 2ª maior faixa de: 59,1 casos por 100000 habitantes em território nacional entre 35 e 39 anos para homens e na 1ª faixa: 32,5 casos por 100000 habitantes entre 35 e 39 anos para mulheres (BRASIL, 2021). Há de se destacar também a perspectiva de mudança no padrão etário, haja vista que do ano de 2010 para 2020 houve um decréscimo na relação entre a incidência vinculada às faixas etárias de maior idade e ocorrendo um aumento na distribuição de maior incidência na população mais jovem com idade inferior a 29 anos, corroborando com os resultados encontrados na pesquisa, apontando uma parcela significativa nessa faixa etária (32,5%). Isso leva a necessidade de uma melhor abordagem sobre o contexto da doença entre adolescentes e adultos jovens.

Ao se analisar a correspondência do número de casos abordados no estudo foi possível observar predominância no sexo masculino (82,0%) corroborando com a análise quantitativa de outros estudos como o de Costa *et al.* (2018), com presença majoritária de homens (67,0%), bem como estudo realizado no Pará com 57 pacientes em que houve maioria masculina (74,5%) em análise de prontuários (CAPELA; OLIVEIRA; VALLINOTO, 2022), ambos convergindo para o panorama acerca do boletim epidemiológico de HIV/aids nacional em que todas as faixas etárias acima de 15 anos apresentaram domínio do sexo masculino sobre o feminino em termos de taxa de detecção de casos (BRASIL, 2021). Nesse sentido é perceptível que deve haver uma

atenção mais voltada ao âmbito de prevenção da doença neste grupo pelo viés histórico da naturalização de práticas associadas à vulnerabilidade ao HIV, pela “masculinidade hegemônica”, fruto de um processo social estigmatizado a atividades como multiparceria sexual, uso de drogas ilícitas e uso abusivo de álcool a exemplos (KNAUTH *et al.*, 2020).

Em se tratando do fator orientação sexual, observou-se maioria de pacientes homossexuais (50,4%), seguido de heterossexuais em (33,3%). A partir de análise estatística notou-se diferença significativa entre os pacientes que abandonaram e os que não abandonaram em relação à orientação sexual, indicando uma alta prevalência de pacientes heterossexuais no grupo dos que abandonaram, assim como em outro estudo (MENEZES *et al.*, 2018) que demonstrou uma melhor taxa de alta adesão à TARV pelos homossexuais em relação ao grupo de heterossexuais. Mas em contrapartida ao se comparar com outro estudo realizado no Rio de Janeiro, em que não houve diferença significativa da mesma comparação, foi notado menor adesão pelo grupo de homossexuais (SILVA *et al.*, 2014).

Em estudo realizado por Moura e Faria (2017) foi notado superioridade de amostra por pacientes solteiros. Silva *et al.* (2017) também exprimem a correlação com os dados do presente trabalho ao mostrar dominância do estado civil solteiro como majoritário no campo da pesquisa epidemiológica do grupo de PVHIV, representando 51,9% como resultado desse. Além disso, pode-se afirmar que a pesquisa atual converge também com a realizada por Ferreira, Souza e Júnior (2014) que, entre os anos de 2000 e 2013, a partir da análise de 312 prontuários de PVHIV em que se obteve como resultado em maioria. Os resultados do estudo mostram 68,5% de solteiros, o que representa a maioria, e concatena a razão pela qual a base do achado possivelmente se dá nesse grupo em face da multiplicidade de parceiros e ao provável não uso de preservativo aumentando assim de forma expressiva o risco de infecção por via sexual (LIMA, COSTA, 2021).

No que tange ao grau de escolaridade foi notado que 56,8% dos pacientes entrevistados possuíam no máximo o ensino médio concluído. Vários estudos ressaltam essa dominância ainda que também mostrem bastante pacientes com alto grau de escolaridade. O estudo de Lima e Costa (2021), por exemplo, representa uma amostra significativa de pacientes com grau de escolaridade inferior à entrada em curso superior, totalizando 87 em contraponto a apenas 23 que possuíam formação de nível superior. Um estudo realizado em Ribeirão Preto com 340 pacientes evidenciou predomínio de enfermos com número importante de 167 pessoas com menos de 8 anos de escolaridade (COSTA *et al.*, 2019). Tomando-se por base os dados referentes ao ano de 2021 do Boletim Epidemiológico nacional de HIV/aids, foi extraído que

apenas 11% dos pacientes possuíam o ensino superior completo (BRASIL, 2021). Esse panorama revela a pauperização da doença por se haver possível conexão entre baixo nível de escolaridade e aumento na proporção de casos devido à dificuldade de acesso à informação bem como dos conhecimentos ainda que básicos acerca da enfermidade (LIMA, COSTA, 2021).

Ao se abordar o quesito acessibilidade, Sousa Filho *et al.*, (2012), apontaram fatores sociais e econômicos, como a falta de recursos e dificuldade de locomoção, como fatores limitadores do acesso à unidade, dificultando aos pacientes os serviços de saúde e cooperando assim para a não adesão. No presente estudo foi verificado que pouco mais de 50% dos pacientes levam mais de 01 hora para terem acesso ao local. Essa conjuntura reflete no aspecto voltado à centralização do serviço, elencado como uma das possíveis barreiras na oferta por exemplo da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) para HIV (QUEIROZ; MENDES; DIAS, 2021). Cabe pontuar ainda que há diferenças significativas nessa variável ao se comparar os grupos que abandonaram e os que não abandonaram, observando uma prevalência percentual maior das pessoas que levam de 1 a 3 horas ou mais de 3 horas para chegar à instituição entre os que abandonaram.

Porém, é preciso afirmar que o tema em questão ainda é de certa forma escasso na literatura, não tendo sido possível encontrar mais estudos com testes estatísticos para convergência ou divergência de informações, mas problematiza a necessidade do estabelecimento de uma Rede de Atenção à Saúde pautada no fortalecimento da Atenção Primária em Saúde para o debate de potencialidades e o reforço no processo de descentralização do serviço a fim de melhorar a acessibilidade e a dinâmica de fluxo de atendimento ofertada à população de PVHIV (MELO; MAKSDUD; AGOSTINI, 2018).

O índice de pacientes em atividade laboral foi significativa no estudo, representando 66,3% do universo de usuários do serviço, demonstrando a capacidade pela qual as dificuldades associadas à enfermidade podem ser transpassadas quando se faz o manejo correto do tratamento, mas levando-se em consideração o fator abandono da TARV um estudo realizado em um SAE no Rio de Janeiro, em 2011, mostrou que as chances de abandono por pacientes desempregados ou com instabilidade financeira, revelavam-se 3,5 e 1,9 vezes maior, respectivamente, tornando-os mais propensos para o abandono (SCHILKOWSKY, PORTELA, SÁ, 2011). Um estudo realizado por Cabral *et al.*, (2020) com 358 participantes mostrou predominância de pacientes desempregados, situação diferente do presente estudo, mas que preocupa por fazer parte do rol de achados que mostram impacto da inatividade laboral como fator importante para a não-adesão ao tratamento.

Assim como o trabalho, a renda familiar também é importante fator no que concerne a procura por atendimento, ainda que público e gratuito por questões associadas a outros fatores como gasto com transporte, alimentação e outros. Nesse sentido, alguns estudos apontam para maioria de pacientes com renda inferior a 1 salário-mínimo como o de Cabral *et al.* (2020), representando 51,1% dessa categoria, assim como o estudo realizado por Miranda *et al.* (2021), representando 47,8%. O indicativo respectivo do estudo divergiu com minoria representada por 37,8% com renda abaixo de 1 salário-mínimo, o que confere menor preocupação nesse sentido quanto a população regional, e projeta um paralelo com o retrato do contexto nacional dado a partir do censo de 2010 marcado por uma taxa de 39,0% da população belenense vivendo com até meio salário-mínimo mensal segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2022). Deve-se ponderar também que houve mudança no contexto social e econômico e, portanto, não há subsídios capazes de estabelecer um paralelo tão fidedigno.

Nesta pesquisa, a maioria dos participantes tinham um tempo de diagnóstico da doença entre 1 e 5 anos e quando associado aos com menos de 1 ano de diagnóstico, chegava-se a 73% dos participantes da pesquisa. Contudo, na análise estatística, observa-se diferenças significativas dos grupos que abandonaram e os que não abandonaram, apontando uma taxa expressiva de abandono nos que possuem um tempo de diagnóstico superior a 6 anos (53,3%), levando a refletir sobre o possível maior risco de abandono quanto maior for o tempo do diagnóstico. Um exemplo se dá no estudo de Schilkowsky, Portela e Sá (2011), que, entre um grupo que possuía mais longevidade no tempo de diagnóstico em relação a um com diagnóstico mais recente, o primeiro apresentou menos chance de abandonar o tratamento. Porém, observa-se que houve estudos em que o maior tempo de diagnóstico se relacionou a melhores taxas de adesão (MAQUTU *et al.*, 2010), enquanto em outros trabalhos a adesão diminuiu ao longo do tempo de diagnóstico de HIV/aids (WILSON *et al.*, 2013). De grosso modo, embora, haja estudos que vão ao encontro com os achados da pesquisa, infere-se que há divergências dos resultados encontrados na literatura para uma mesma variável.

Sobre o início do tratamento houve maioria com início em menos de 1 ano (36%), seguido da faixa entre 6 e 10 anos (12,3%), refletindo assim uma grande parcela de pacientes mais novos atualmente atendidos no SAE. Essa dinâmica de fluxo se torna importante na aprimoração de práticas e desenvolvimento de habilidades para a manutenção do paciente no serviço. E se dá no acolhimento a base para o estabelecimento do quadro de retenção do paciente. Nesse sentido, observa-se na literatura que pacientes com pouco tempo de início do tratamento possuem mais tendência em não aderir adequadamente à TARV (GALVÃO *et al.*

2014). Contudo, para Souza *et al.*, (2018), não houve relação significativa entre a boa adesão e o tempo de tratamento.

Na análise comparativa entre os grupos que abandonam e os que não abandonam a TARV dos dados em nossa pesquisa, observa-se diferenças significativas, apontando uma alta porcentagem de abandono no tratamento quanto maior o tempo que iniciou, levando a considerar um possível maior risco nessa condição. Contudo, isso demonstra que essa variável pode assumir diferentes relações, dependendo do grupo populacional selecionado. Isso leva a questionamentos sobre a possível associação entre as variáveis e mais estudos sobre o tema.

Em relação à mudança do esquema da TARV, os resultados apontam que a maioria precisou realizar a troca. Geralmente, as manifestações das reações adversas à TARV foram associadas como uma das causas responsáveis pela mudança do esquema terapêutico inicial, o que, para Silva *et al.* (2015), pode estar relacionado ao abandono de terapia, conforme também apontado por Colombrini *et al.* (2008). Esses dados vão em consonância aos apresentados na pesquisa, quando se analisa que a mudança no esquema da TARV entre os grupos que abandonaram e os que não abandonaram apresentam diferença significativa, apontando para um risco maior de abandono para aqueles que modificaram o tratamento. Porém, há alguns estudos que apontam uma menor chance de abandono da terapia por pacientes que mudaram mais vezes o esquema terapêutico (SCHILKOWSKY, PORTELA, SÁ, 2011). Diferentemente dos resultados encontrados em nossa pesquisa, Pires *et al.*, 2020, em seu estudo com 138 participantes, revelaram alteração na terapia por apenas 22 desses.

De todo modo, o entendimento sobre todo o processo no que se norteia a cronicidade da doença aliado a responsabilidade do profissional em orientar de maneira mais prática e elucidativa o paciente sobre o manejo da administração da dose, bem como dos horários a serem utilizadas, estimulação sobre os benefícios da terapia e outras questões, são de suma importância para o status do processo de adesão adequado (COSTA *et al.* 2018).

Partindo-se do ponto de vista dos fatores que levaram a alguns participantes da pesquisa relatarem abandono em algum período do tratamento houve uma limitação para melhor análise quantitativa devido ao baixo número de pacientes que não estavam em pleno seguimento desde o início do tratamento n=15. Um dos participantes pontuou o uso de álcool como causa de abandono do tratamento. Estudos apontam que uma prevalência superior a 70% de consumidores regulares de bebida alcóolica entre PVHIV (VICTOR *et al.*, 2022) e para, Rego e Rego (2010), “apesar de não estar claro o motivo pelo qual o uso problemático de álcool afeta a adesão, parece estar bastante evidente que essa variável seja um fator de risco para o déficit

de adesão”, ou seja, o uso de álcool se destaca como relevante preditor de abandono ou não adesão correta à TARV.

Em um estudo realizado por Mello *et al.* (2020) a partir da análise de 228 prontuários, foram pontuadas como causas importantes para o abandono do tratamento o efeito psiquiátrico/psicológico muito associado a desmotivação (18%), a ausência de suporte afetivo (12,3%), além da dificuldade de acesso ao SAE (26%), dentre outros comuns ao presente estudo como efeitos colaterais à TARV, abuso de álcool. Esses dados confluem com os achados, embora a causa de “desânimo/desmotivação” tenha sido apontada como causa para mais da metade dos participantes que abandonaram a TARV em algum momento, diferentemente da pesquisa supracitada em que não foi lembrada de modo tão prevalente.

A respeito do quão os pacientes do serviço se sentiram bem acolhidos, houve predominância em respostas positivas (87,6%). Esse é um importante dado, pois exprime a conformidade pela qual as relações médico-paciente se dão de forma efetiva nesse ambiente. Assim sendo a abordagem pautada no MCCP deve abranger os aspectos voltados a fatores éticos importantes, o entendimento da experiência de doença e os respectivos reflexos nos julgamentos de cada paciente, bem como reforçar a quebra de estigmas e a discriminação para com o grupo da pesquisa, determinando valores e abordagens de diversas naturezas como primordiais para o estabelecimento de uma relação empática e sobretudo harmônica entre médico e paciente (BRASIL, 2008).

Sobre o quão importante o acolhimento foi para o seguimento pleno do tratamento, 93,2% julgaram-no necessário para essa questão. Isso vai ao encontro à definição da importância do acolhimento para o não abandono de tratamento. O manual para a equipe multiprofissional sobre o cuidado integral às PVHIV pela Atenção Básica define alguns parâmetros de valorização do acolhimento ao retratar que este: ajuda o usuário a tirar dúvidas sobre a doença e reconhecer as situações de risco e as vulnerabilidades individuais; possibilita a criação de vínculo da PVHIV com o profissional, a equipe e o serviço de saúde; estimula a PVHIV a comparecer com frequência ao serviço de saúde e assim receber os cuidados necessários, ou seja, reforçando a adesão, além de outras vantagens prestadas pelo acolhimento. Há de se reforçar que esse trabalho influencia diretamente na manutenção do tratamento (BRASIL, 2017).

À luz da análise sobre o grau de satisfação dos usuários do SAE, houve algumas limitações quanto a ausência de resposta sobre a forma de atendimento prestado por alguns profissionais, principalmente pela psicologia e serviço social, segundo relatos por ainda não

terem necessitado, ou a equipe não julgar necessária a abordagem desses pacientes quanto a essas especialidades até o momento em que foram entrevistados. Mas de modo geral houve predominância de respostas positivas quanto à forma em que foram ouvidos/acolhidos no SAE, havendo uma diferença mais importante somente no acolhimento pela recepção com mais respostas negativas sobre. Os julgamentos foram considerados satisfatórios e insatisfatórios (regulares e insatisfatórios) e as representações do 1º grupo passaram de 50% para todos os profissionais. Por definição em manual do MS o acolhimento se estabelece em vários cenários na vigência da oferta de relações de cuidado, expressando as diversas formas de abordagem no atendimento dos pacientes, seja no ato de receber ou escutar, além de que esse se estabelece desde o momento da chegada do usuário ao serviço, permitindo a liberdade para qual o paciente tem de mostrar suas preocupações em relação ao seu quadro, permitindo o acesso a equipe multiprofissional e o seu tratamento (BRASIL, 2017).

Outro considerável comportamento que favorece o acolhimento está associado a não atribuição de juízo de valor sobre a condição em que o paciente apresenta ou que tem em sua experiência de vida. O presente estudo demonstrou pequena parcela de pacientes que responderam já ter sofrido algum tipo de julgamento de valor na instituição (21,8%). Esse resultado revela a importância de tentar extinguir esse fator que contribui de modo influente sobre a adesão dos pacientes ao espaço de cuidado.

Ademais deve-se atentar para o respeito independente de qualquer situação, evitando emitir juízos de valor que possam conceder preconceito e discriminação aos pacientes (BRASIL, 2008). Além de que o momento em que se passa ainda é sinalizado por forte preconceito e dessa maneira, muitos pacientes encontram dificuldades no processo de aceitação de sua condição de saúde e por conseguinte a procura de atendimento. Para tanto questões como orientação sexual, parceria sexual, o exercício do sexo comercial ou a vivência com HIV/aids não devem ser atribuídas com base em julgamentos morais (BRASIL, 2017).

Desse modo, a aprimoração da equipe multiprofissional em uma melhor escuta associada a valores como empatia podem tornar esse processo mais harmônico e livre de preconceitos por parte dos profissionais (BRASIL, 2017).

A privacidade é algo extremamente essencial, ainda mais se tratando dessa condição, haja vista os pacientes se sentirem oprimidos, pela raiz cultural de preconceito instituída desde o início dos primeiros casos de relatos da doença. São perceptíveis as dificuldades as quais os pacientes apresentam ao requerer o atendimento, pois muitos mantêm sigilo sobre sua condição em relação a familiares, amigos, mas por prezarem pelo autocuidado à saúde mantém a

manutenção do seu tratamento. A pesquisa revelou importante manutenção desse status onde 90,9% dos pacientes responderam ter sua privacidade respeitada. Essa relação no contexto do cuidar é fundamental, independentemente de qualquer agravo, pois estabelece o compromisso ético e a vigência da confiança entre as partes (BRASIL, 2017).

Por fim, ao se indagar sobre a autonomia e liberdade para início do tratamento pelos pacientes, 95,5% responderam positivamente, o que nos infere a concordância com o que é preconizado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos no qual informa que após todo esclarecimento das diversas questões vinculadas ao processo de doença, o paciente deve ter sua autonomia preservada para o fortalecimento do enfrentamento às dificuldades trazidas pela doença e o tratamento sem impor regras, coagir ou forçar atitudes que não sejam confortáveis aos pacientes (BRASIL, 2013). O reforço dessa afirmativa se dá também na negociação entre os usuários do serviço e os profissionais de saúde de modo a reconhecer as responsabilidades de ambas as partes, condensando a autonomia para o autocuidado e adesão à TARV (BRASIL, 2008).

Houve análise estatística entre diversas estruturas dos questionários vinculados ao processo de adesão, mas devido limitações da pesquisa bem como a diferença significativa ter se dado apenas em relação a algumas correlações, pautou-se a discussão apenas aquelas que apresentaram significância estatística entre os grupos. Não sendo cabível exprimir associação de todas as outras variáveis quanto ao abandono ou não do tratamento. Porém, é possível estabelecer uma conversa com os próprios dados do presente estudo e refletir sobre o que pode ser melhorado no contexto regional quanto a excelência na oferta de atendimento às PVHIV.

6. CONCLUSÃO

Dada a dimensão do exposto trabalho, foi possível perceber que o atendimento/acolhimento prestados no SAE CASA DIA Belém em sua grande parte se dá de maneira expressivamente positiva no reflexo quanto a assiduidade no seguimento terapêutico da população PVHIV da cidade e localidades adjacentes. A partir da análise dos dados e discussão com outros estudos, evidencia-se a potencialidade da oferta do cuidado a essa clientela como condizente majoritariamente com os princípios e diretrizes da PNH.

Alguns achados interessantes são passíveis de serem reforçados em posteriores pesquisas. A partir da identificação dos fatores sociodemográficos e associados ao tratamento, este estudo identificou diferenças significativas estatisticamente relevantes para o grupo de PVHIV heterossexuais, demandantes de maior tempo para se deslocar ao SAE, com maior tempo de diagnóstico e os que precisaram modificar o esquema terapêutico da TARV, observando que há uma prevalência importante dessas variáveis entre os que abandonaram a TARV. Com isso, levantam-se novas necessidades de estudos a respeito dessas condições, se estas são fatores de risco para a má adesão e abandono na população pesquisada, bem como da região amazônica.

Manifesta-se também a necessidade do reforço legal e busca ativa acerca das melhores soluções para efetividade das ações no campo da assistência multiprofissional demandada por alguns pacientes, tendo em vista que algumas categorias, como a recepção e assistência social obtiveram taxas de aprovação ligeiramente menores que as outras partes da equipe multiprofissional.

Não obstante a essa prerrogativa, há de se fazer elogios quanto a produção das relações humanísticas, relatadas pelos usuários, pautadas em uma escuta qualificada, empatia, respeito e zelo pela condição apresentada pelo enfermo, destacando-se uma abordagem voltada à experiência de doença de cada indivíduo e convergente ao exposto preconizado pelo SUS e pela PNH.

Ainda que os resultados da presente pesquisa tenham sido pertinentes para avaliação geral de como se dá a percepção das PVHIV na região, torna-se necessária a realização de novas abordagens sobre o tema, enriquecendo a literatura acerca da problemática, melhorando a visão sobre as barreiras que impedem a excelência do auxílio e retenção a essa população específica nos serviços de SAE, evidenciando-se as especificidades de modo a trabalhar com mais exatidão e transpassar os obstáculos associados a manutenção do tratamento pelas PVHIV.

REFERÊNCIAS

1. **ALMEIDA**, Ana Isabella Sousa; **RIBEIRO**, José Mendes; **BASTOS**, Francisco Inácio. Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. **Ciência & Saúde Coletiva [Online]**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 837-848, mar. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pqb9fWrZ5yG45zbXyZJ3PXQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2022.
2. **BRANCO**, Bianca Barros *et al.* Reflexões humanísticas em serviço de atendimento especializado em HIV. **Revista Bioética**, Brasília (DF), v. 28, n. 1, p. 34-37, mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/XrgZ6s4VRqGcMvmkZY4CDFB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2022.
3. **BRASIL**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
4. **BRASIL**. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
5. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 128 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
6. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
7. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b (Folheto)
8. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica : manual para a equipe multiprofissional**. Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 56 p
9. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 4ª edição, 2018.
10. **BRASIL**. Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV/Aids 2021**. Número especial. Brasília (DF), Dez. 2021a. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivAids-2021>. Acesso em: 14 abr. 2022.

11. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - DCCI. **Indicadores e Dados Básicos do HIV/Aids nos Municípios Brasileiros**. Brasília (DF), 2021?b. Disponível em: <http://indicadores.Aids.gov.br/>. Acesso em: 25 abr. 2022.
12. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de monitoramento clínico do HIV 2020**. Brasília [DF]; Ministério da Saúde, 2021c. 113p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_monitoramento_clinico_hiv_2020.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.
13. **BULUBA**, Salome E.; **MAWI**, Neema E.; **TARIMO**, Edith A. M.. Clients' satisfaction with HIV care and treatment centres in Dar es Salaam, Tanzania: a cross-sectional study. **Plos One**, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 1-15, 22 fev. 2021.
14. **CABRAL**, Juliana da Rocha et al. Nursing assistance and adherence to antiretroviral therapy / Assistência de enfermagem e adesão à terapia antirretroviral. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], v. 14, p. 1-7, 3 fev. 2022. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.10083>.
15. **CAPELA**, Ilva Lana Balieiro; **OLIVEIRA**, Luciana Santiago de; **VALLINOTO**, Antônio Carlos Rosario. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO ESTADO DO PARÁ. **The Brazilian Journal Of Infectious Diseases**, [S.L.], v. 26, p. 101861, jan. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101861>.
16. **CARVALHO**, Rodrigo Corrêa; **HAMER**, Erica Ripoll. Changes profile in patients of HIV + blood count. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, [S.L.], v. 49, n. 1, p. 57-64, jan. 2017. **Revista Brasileira de Analises Clinicas**. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2017/06/RBAC-1-2017-ref.-464.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2022.
17. **COLOMBRINI**, Maria Rosa Ceccato et al. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 42, n. 3, p. 490-495, set. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342008000300011>.
18. **COSTA**, Christefany Régia Braz et al. Associação entre fatores sociodemográficos e comportamentais com a síndrome metabólica em pessoas vivendo com HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 40, p. 1-9, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180379>.
19. **COSTA**, Dalva Francês et al. Adesão à terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV/Aids com lipodistrofia. *Rev. enferm UERJ*, v. 26, p. 1 - 7, 2018.

20. **FRÉZ**, Andersom Ricardo; **NOBRE**, Maria Inês Rubo de Souza. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. **Fisioterapia em Movimento**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 419-428, set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/QPp5RZBXHdzmdJvxcknv8Vk/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2022.
21. **GALVÃO**, Marli Teresinha Gimeniz et al. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 48-53, fev. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500009>.
22. **IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo. Pará, Belém, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/belem/panorama>. Acesso: 05 out. de 2022
23. **KNAUTH**, Daniela Riva et al. O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 6, p. 1-11, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00170118>.
24. **KUMAR**, Vinay; **ABBAS**, Abul K.; **ASTER**, Jon C. **Robbins patologia básica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
25. **LIMA**, Lorena Pereira; **COSTA**, Luciana Delfino Araújo. Estudo clínico-epidemiológico de HIV positivos acompanhados em um serviço de assistência especializada. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 2, 24 mar. 2021. Faculdade de Medicina de Sao Jose do Rio Preto - FAMERP. <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.28.1.2021.1753>.
26. **LEON**, Carlued *et al.* HIV/Aids health services in Manaus, Brazil: patient perception of quality and its influence on adherence to antiretroviral treatment. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 344-355, 30 maio 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6543648/#MOESM2>. Acesso em: 23 maio 2022.
27. **LOPES**, Amanda Oliveira Lima *et al.* Aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes infectados por HIV. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Fortaleza (CE), v. 51, n. 4, p. 296-299, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103989/rbac-vol-51-4-2019-ref-721.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.
28. **MAQUTU**, Dikokole et al. Determinants of Optimal Adherence Over Time to Antiretroviral Therapy Amongst HIV Positive Adults in South Africa: a longitudinal

- study. **Aids And Behavior**, [S.L.], v. 15, n. 7, p. 1465-1474, 30 mar. 2010. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-010-9688-x>.
29. **MELLO**, Caren J. F. de Assis et al. Terapia Antirretroviral: principais causas de abandono no estado do Amapá. *Revista Eletrônica Acervo Saúde UNIFAP*, v. 12, n.8, p. 1 - 10, 2020
 30. **MELO**, Eduardo Alves *et al.* Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública [Online]**, [S.L.], v. 37, n. 12, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pxjkYmnF3kB8mRwmYpSsBGk/>. Acesso em: 18 abr. 2022.
 31. **MELO**, Eduardo Alves; **MAKSUD**, Ivia; **AGOSTINI**, Rafael. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no sistema único de saúde?. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.L.], v. 42, p. 1-8, 2018. Pan American Health Organization. <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.151>.
 32. **MENDONÇA**, Patricia Maria Emerenciano de; **ALVES**, Mario Aquino; **CAMPOS**, Luiz Claudio. Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/Aids no Brasil. *Rae Eletrônica*, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 1-20, jun. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1676-56482010000100007>. Acesso em: 23 fev. 2022.
 33. **MENEZES**, Elielza Guerreiro *et al.* Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/Aids. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo (SP), v. 31, n. 3, p. 299-304, jun. 2018. Disponível em: <https://actaape.org/en/article/factors-associated-with-non-compliance-with-antiretrovirals-in-hiv-aids-patients/>. Acesso em: 23 mar. 2022.
 34. **MORAES**, Danielle Chianca de Andrade; **OLIVEIRA**, Regina Célia de; **COSTA**, Solange Fátima Geraldo. Adherence of men living with HIV/Aids to antiretroviral treatment. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem [Online]**, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 676-681, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/mn4Y8HByCj7htfnQftpd5Bp/>. Acesso em: 14 mar. 2022.
 35. **MORAES**, Rita de Cassia Ferreira. **“REINVENTANDO VIDAS COM HIV/Aids”: A ADESAO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES DO CASA DIA – BELÉM-PA**. 2017. 18 f. Monografia (Especialização) - Curso de Dst/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte;, Belém (PA), 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/43923/2/Mono%20UFRN.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.
 36. **MOURA**, Josely Pinto de; **FARIA**, Michele Rodrigues de. Caracterização e perfil epidemiológico das pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Revista de Enfermagem UFPE online, [PE]*, v. 11, n. 1, p. 5214-5220, dez. 2017.

37. **ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Novos casos de infecção por HIV aumentaram mais de 20% na América Latina na última década. 2020.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/30-11-2020-novos-casos-infeccao-por-hiv-aumentaram-mais-20-na-america-latina-na-ultima#>. Acesso em: 22 mar. 2022.
38. **PASCHOAL**, Eduardo Pereira *et al.* Adherence to antiretroviral therapy and its representations for people living with HIV/Aids. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro (RJ), v. 18, n. 1, p. 32-40, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/fPLMDjkbMWy5BcCzYfFJMcf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2022.
39. **PIRES**, Carla Andrea Avelar *et al.* Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes com coinfeção HIV/sífilis atendidos em um centro de referência. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 4, p. 7635-7653, 2020. Brazilian Journal of Health Review. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n4-035>.
40. **PORTAL G1 PARÁ.** Belém lidera transmissão de HIV de mãe para filho entre capitais brasileiras. In: <https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2021/12/01/dia-mundial-de-prevencao-a-Aids-belem-lidera-transmissao-de-hiv-de-mae-para-filho-entre-capitais-brasileiras.ghtml>. Belém, 1 dez. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2021/12/01/dia-mundial-de-prevencao-a-Aids-belem-lidera-transmissao-de-hiv-de-mae-para-filho-entre-capitais-brasileiras.ghtml>. Acesso em: 22 mar. 2022.
41. **PRIMEIRA**, Marcelo Ribeiro *et al.* AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV. **Saúde e Pesquisa**, Maringá (PR), v. 11, n. 2, p. 307, 30 ago. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6305>. Acesso em: 14 abr. 2022.
42. **QUEIROZ**, Artur Acelino Francisco Luz; **MENDES**, Isabel Amélia Costa; **DIAS**, Sonia. Barreiras de acesso à profilaxia pós-exposição ao HIV: estudo de caso. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 35, p. 1-8, 2022. Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao007634>
43. **REGO**, Samuel Robson Moreira; **REGO**, Daianny Macedo de Sousa. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.L.], v. 59, n. 1, p. 70-73, 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0047-20852010000100011>.
44. **REMOR**, Eduardo; **MILNER-MOSKOVICS**, Jenny; **PREUSSLER**, Gisele. Adaptação Brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral”. **Rev. Saúde Pública [online]**, [S.L.], v. 41, n. 5, p. 685-694, out. 2007

45. **SCHILKOWSKY**, Louise Bastos; **PORTELA**, Margareth Crisóstomo; **SÁ**, Marilene de Castilho. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro, RJ. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 187-197, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2011000200001>.
46. **SILVA**, José Adriano Góes *et al.* Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 31, n. 6, p. 1188-1198, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6BYdkwrydhRz3WPd5WYr7bn/?lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2022.
47. **SILVEIRA**, Jane Martins; **NUNES**, Maria de Fátima; **LE MOS**, Cristiane. PERFIL DOS USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM HIV/Aids. **Revista Terceiro Incluído**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 175-187, 31 dez. 2020. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/20436/3/Artigo%20-%20Jane%20Martins%20Silveira%20-%202020.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2022.
48. **SOUZA**, Hélia Carla de et al. Analysis of compliance to antiretroviral treatment among patients with HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 72, n. 5, p. 1295-1303, out. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0115>.
49. **TRAN**, Bach Xuan; **NGUYEN**, Nhung Phuong Thi. Patient Satisfaction with HIV/Aids Care and Treatment in the Decentralization of Services Delivery in Vietnam. **Plos One**, [S.L.], v. 7, n. 10, p. 1-7, 5 out. 2012.
50. **UNAIDS**. **Estatísticas**. 2021. Disponível em: <https://unAids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 23 abr. 2022.
51. **VERONESI**, Roberto; **FOCACCIA**, Rinaldo. **Tratado de Infectologia**. 5ª ed. São Paulo: Ed Atheneu; 2015.
52. **VICTOR**, Audêncio et al. Prevalência e fatores associados a insegurança alimentar entre adultos com HIV/AIDS tratados em hospital de referência em Moçambique. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 12, p. 1-11, 23 set. 2022. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i12.35127>.
53. **WILSON**, Ira B. et al. Heterogeneity Among Studies in Rates of Decline of Antiretroviral Therapy Adherence Over Time. **J aids Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, [S.L.], v. 64, n. 5, p. 448-454, 15 dez. 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/qai.0000000000000025>

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CURSO DE MEDICINA

PROJETO: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O ACOLHIMENTO EM UM
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA VIVENDO
COM HIV EM UMA METRÓPOLE AMAZÔNICA

Você está sendo **convidado(a)**, a participar como voluntário do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. A sua colaboração nesta pesquisa será de muita importância.

A pesquisa é de **autoria** dos alunos **Gabriel Jardim da Motta Corrêa Pinto** e **Lucas Barony Silva Pantoja** regularmente matriculados no curso de **Medicina** da Universidade Federal do Pará (UFPA), tendo com orientador Prof. Dr. **Ronaldo Costa Monteiro**, também médico infectologista assistente do CASA DIA;

Os objetivos dessa pesquisa são:

1. Avaliar o acolhimento prestado pela equipe multiprofissional, a partir de sua percepção, como usuário, em um Serviço de Assistência Especializada à Pessoa Vivendo com HIV (PVHIV); traçar o perfil epidemiológico dos pacientes que abandonam o tratamento; elencar as principais barreiras que impedem o pleno seguimento do tratamento; descrever se a percepção do paciente sobre o acolhimento à PVHIV está consonante com o preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH); identificar a satisfação do paciente acerca da atenção e atendimento prestados no serviço de assistência especializada à PVHIV;

Quanto a sua participação:

1. Consiste em responder a um questionário com 24 questões, levando um tempo estimado de 10 a 15 minutos;

2. Não tem objetivo de submeter você a um tratamento, bem como não causará nenhum gasto em relação aos procedimentos efetuados com o estudo;

3. Você **não é obrigado(a)** a responder as perguntas realizadas na aplicação do questionário;

4. Você **será acompanhado(a) a um dos consultórios** por algum dos pesquisadores para que possa **responder o questionário** em um **ambiente acolhedor e sigiloso** e se **preciso tirar suas dúvidas** sobre as perguntas presentes no questionário;

5. Você tem a **liberdade** de solicitar que o pesquisador se retire da sala para que você possa responder o questionário sozinho;

Dos riscos e benefícios:

1. A presente pesquisa oferece **risco** de quebra de sigilo da sua identidade na divulgação dos achados na aplicação do questionário. Para isso, serão tomados todos os cuidados necessários para minimizá-los como: as aplicações dos questionários serão realizadas em salas fechadas e adequadas, para garantir a sua privacidade, conforto e sigilo das informações coletadas; os achados da pesquisa serão tratados e mantidos de forma a não serem identificados, ou seja, serão guardados separadamente do TCLE; os envelopes contendo os questionários serão lacrados e de posse dos responsáveis pela pesquisa e suas identidades não serão

divulgadas. Caso haja algum tipo de constrangimento no ato da aplicação do questionário, será suspensa para que não haja qualquer dano a sua integridade física e psicológica.

2. Os **benefícios** da pesquisa estão principalmente relacionados ao de poder identificar a sua percepção sobre o acolhimento prestado pela equipe multiprofissional durante o seu seguimento com o serviço a fim de que a partir da mesma possa haver contribuição com subsídios para aprimorar e/ou melhorar a humanização e qualidade do atendimento e acolhimento que você e os demais pacientes recebem na instituição, além de acrescentar à literatura científica dados referentes ao tema.

3. Sua **colaboração** neste estudo será de muita importância para nós, pois os achados da pesquisa servirão para avaliar e, se necessário, apontar caminhos para a humanização do serviço e melhora da atenção e atendimento prestados pela equipe multiprofissional no CASA DIA.

Sua **participação é voluntária**, não havendo pagamento pela mesma. No entanto, caso tenha qualquer despesa comprovadamente decorrente da sua participação na pesquisa, lhe é garantido **ressarcimento** conforme Item 2.21 da Resolução CNS 466/12, tais como transportes e alimentação, previamente combinado com os pesquisadores responsáveis.

Você pode se **recusar** ou se **retirar** a qualquer momento durante a pesquisa, e não mais participar dela. A **desistência** não lhe causará nenhum prejuízo à saúde ou bem-estar físico, com isso não virá a interferir em qualquer tipo de atendimento ou tratamento médico;

Você terá **livre acesso** a todas as informações e esclarecimentos. Os **resultados** obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo e utilizados apenas para fins acadêmicos;

Você concorda que os **resultados** sejam divulgados em publicações científicas, desde que seus dados pessoais não sejam mencionados;

Você receberá uma **via** deste documento, com a sua assinatura e rubrica, bem como dos pesquisadores, em todas as páginas do TCLE. Enquanto a outra via ficará em posse dos pesquisadores.

Após a conclusão da coleta de dados, os mesmos serão analisados e será elaborado um trabalho pelos autores da pesquisa, ao qual será feita a **divulgação** para os trabalhos envolvidos, e para meio acadêmico e científico.

Se desejar poderá pessoalmente, ou por telefone, **entrar em contato** com os pesquisadores para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa **GABRIEL JARDIM DA MOTTA CORREA PINTO** - Telefone (91) 98220-3164, email: gabrieljardim1997@gmail.com; **LUCAS BARONY SILVA PANTOJA** - Telefone (93) 99148-9998, email: lucasbarony27@gmail.com ; e **Dr. RONALDO COSTA MONTEIRO**, orientador desta pesquisa, que pode ser encontrado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, no endereço Cidade Universitária Prof. José da Silveira Neto – Campus Profissional II – Complexo Saúde, Rua Augusto Corrêa, 01 – Guamá – Cep: 66075-110 – Belém – Pará ou pelo telefone (91) 98444-3458, email: rcostamonteiro@yahoo.com.br

Caso desejar poderá também entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da UFPA (CEP-ICS/UFPA)** –

Faculdade de Enfermagem/ICS - Sala 13 - Campus Universitário do Guamá, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel./Fax. 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br .

Os **CEPs foram** criados para defender os direitos e interesses dos participantes das pesquisas, em sua integridade e dignidade, e para contribuir com o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu, _____, residente e domiciliado (a) na _____, portador (a) da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito (a) no CPF _____ nascido (a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do estudo “**PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O ACOLHIMENTO EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA VIVENDO COM HIV EM UMA METRÓPOLE AMAZÔNICA**”. Declaro ter pleno conhecimento do que segue:

Dos objetivos desta pesquisa;

Dos procedimentos necessários para sua realização;

Dos riscos e benefícios que possam ser obtidos;

Que receberei respostas ou esclarecimentos a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;

Da liberdade de tirar o meu consentimento a qualquer momento e não mais participar do estudo;

De que minha identidade não será identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com privacidade;

De que haverá ressarcimento por parte dos pesquisadores caso haja qualquer despesa.

Belém, _____ de _____ de _____

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Desta forma autorizo a minha participação na referida pesquisa acima citada.

Participante da pesquisa

Gabriel Jardim da Motta Corrêa Pinto

Acadêmico de Medicina da Universidade
Federal do Pará

CPF: 023.024.132-88

Pesquisador 1

Lucas Barony da Silva Pantoja

Acadêmico de Medicina da Universidade
Federal do Pará

CPF: 959.404.302.44

Pesquisador 2

Prof. Dr. Ronaldo Costa Monteiro - Orientador

Pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da UFPA (CEP-ICS/UFPA) – Faculdade de Enfermagem/ICS - Sala 13 - Campus Universitário do Guamá, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel./Fax. 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA DE PERCEPÇÃO DO USUÁRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

CURSO DE MEDICINA

PROJETO: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O ACOLHIMENTO EM UM
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA VIVENDO
COM HIV EM UMA METRÓPOLE AMAZÔNICA

QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA DE PERCEPÇÃO DO USUÁRIO

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
Idade:
Gênero:
☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Não-binário ☐ Outros
Orientação Sexual:
☐ Homossexual ☐ Hétero ☐ Bissexual ☐ Homens que fazem sexo com Homens ☐ Não quero informar
Estado Civil
☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(extrajudicialmente/judicialmente) ☐ União Estável ☐ Viúvo (a)
Escolaridade/Grau de instrução
☐ Não sabe ler/escrever ☐ Alfabetizado ☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio ☐ Ensino Superior ☐ Pós-graduação
Quanto tempo você leva para chegar à instituição?
☐ Menos que 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 3 horas
Você trabalha?
☐ Sim ☐ Não
Qual sua renda?
☐ Menos de 1 salário mínimo ☐ 1 a 3 salários ☐ 3 a 5 salários ☐ Mais que 5 salários mínimos
Tempo de Diagnóstico
☐ Menos de 1 ano ☐ 1 a 5 anos ☐ 6 anos a 10 anos ☐ 11 a 15 anos ☐ 16 a 20 anos
ADESÃO AO TRATAMENTO
1) Há quanto tempo iniciou tratamento?
☐ Há menos de 1 ano ☐ 1 ano ☐ 2 anos ☐ 3 anos ☐ 4 anos ☐ 5 anos ☐ 6 anos a 10 anos ☐ 11 a 15 anos ☐ 16 a 20 anos
2) Houve mudança no esquema terapêutico?
☐ Sim ☐ Não
3) Nesse período, você já abandonou o tratamento?
☐ Sim ☐ Não
4) Se houve abandono, quais motivos levaram você a isso?
☐ Incapacidade financeira ☐ Dificuldade na dispensação farmacêutica ☐ Desânimo/desmotivação ☐ Demora/Falta de marcação de consultas ☐ Efeitos adversos ao uso da Terapia Antiretroviral ☐ Uso de álcool ☐ Tabagismo ☐ Drogas ilícitas ou outros vícios ☐ Falta de escuta qualificada/mal atendimento pelo médico ou equipe multiprofissional ☐ Achou que estava curado ☐ Quantidade de comprimidos da TARV ☐ Ausência de rede de apoio social e/ou familiar ☐ Distância ou demora para chegar ao serviço

(CONTINUAÇÃO...)

(CONTINUAÇÃO...)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

CURSO DE MEDICINA

**PROJETO: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O ACOLHIMENTO EM UM
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA VIVENDO
COM HIV EM UMA METRÓPOLE AMAZÔNICA**

QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA DE PERCEPÇÃO DO USUÁRIO

ACOLHIMENTO
1) Você foi bem acolhido na instituição?
☐ Sim ☐ Não
2) Você acredita que o acolhimento recebido na instituição foi importante para você continuar o tratamento?
☐ Sim ☐ Não
3) Você foi ouvido/acolhido de que forma durante o atendimento prestado pelo médico?
☐ Satisfatoriamente ☐ Insatisfatoriamente ☐ Razoavelmente
4) Você foi ouvido/acolhido de que forma durante o atendimento prestado pela equipe de enfermagem?
☐ Satisfatoriamente ☐ Insatisfatoriamente ☐ Razoavelmente
5) Você foi ouvido/acolhido de que forma durante o atendimento prestado pelo serviço de psicologia?
☐ Satisfatoriamente ☐ Insatisfatoriamente ☐ Razoavelmente
6) Você foi ouvido/acolhido de que forma durante o atendimento prestado pelo assistência social?
☐ Satisfatoriamente ☐ Insatisfatoriamente ☐ Razoavelmente
7) Você foi ouvido/acolhido de que forma durante o atendimento prestado pela farmácia da instituição?
☐ Satisfatoriamente ☐ Insatisfatoriamente ☐ Razoavelmente
8) Você foi ouvido/acolhido de que forma durante o atendimento prestado pela recepção?
☐ Satisfatoriamente ☐ Insatisfatoriamente ☐ Razoavelmente
9) Você acredita que foi feito juízo de valor durante algum de seus atendimentos?
☐ Sim ☐ Não
10) Sua privacidade foi respeitada?
☐ Sim ☐ Não
11) Você acredita que sua liberdade e sua autonomia foram respeitadas para iniciar o tratamento?
☐ Sim ☐ Não

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



CARTA DE ANUÊNCIA

Informamos para os devidos fins que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE-SESMA, aceita a realização do Projeto de Pesquisa, realizado na Instituição Universidade Federal do Pará, intitulado **“PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O ACOLHIMENTO EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA VIVENDO COM HIV EM UMA METRÓPOLE AMAZÔNICA”**, de autoria dos pesquisadores, Lucas Barony Silva Pantoja e Gabriel Jardim da Motta Corrêa Pinto, sob orientação do **Prof. Dr. Ronaldo Costa Monteiro**, a ser realizado na SAE/ CASA DIA Belém.

Entretanto, é pertinente enfatizar que o Núcleo de Educação Permanente NEP/SESMA emitirá a **AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA**, mediante parecer de aprovação do Projeto pelo **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**.

Belém, 27 de junho de 2022.

RAIMUNDA SILVIA
GATTI
NORTE:45090742200

Assinado de forma digital
por RAIMUNDA SILVIA
GATTI NORTE:45090742200
Dados: 2022.06.27 12:21:08
-03'00'

**Núcleo de Educação Permanente
DGRTS/SESMA**

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO PELO CEP

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O ACOLHIMENTO EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA VIVENDO COM HIV EM UMA METRÓPOLE AMAZÔNICA

Pesquisador: Ronaldo Costa Monteiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60163422.1.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.621.942

Apresentação do Projeto:

Apresentação do Projeto:

“O início da Aids no Brasil na década de 80 foi marcado por grande mobilização, paralelamente, no contexto da redemocratização dos pais, foi edificada uma nova política de construção à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os programas há a Política Nacional de Humanização (PNH). Das suas diretrizes e dispositivos a PNH tem no acolhimento um de seus principais eixos consultores. O acolhimento aposta na construção de vínculos entre profissionais e usuários de forma a desenvolver práticas que sejam produtoras de saúde e bem-estar. O presente estudo tem por objetivo avaliar o acolhimento prestado pela equipe multiprofissional, a partir da percepção do usuário, em um Serviço de Assistência Especializada em PVHIV durante o segundo semestre de 2022, bem como o perfil epidemiológico e indicadores qualitativos quanto ao serviço ofertado. Esta pesquisa trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo e com abordagem quali-quantitativa, através de um questionário consistindo em questões voltadas para fatores sociodemográficos, adesão ou abandono do tratamento e indicadores de percepção do paciente quanto ao seu acolhimento na instituição. O presente estudo espera estabelecer a compreensão em face do ponto de vista do usuário do serviço quanto ao acolhimento prestado pela equipe multiprofissional da instituição, de modo a estabelecer uma relação de causalidade entre a oferta de um acolhimento insatisfatório como influência no não estabelecimento do vínculo do paciente

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 5.621.942

bem como da não retenção do usuário ao serviço de saúde. A partir dos resultados, caso haja distinção dos principais fatores abordados no acolhimento do paciente, servirá como um instrumento para ampliação de novas estratégias direcionadas a Pessoas vivendo com HIV.”

Hipótese:

“A satisfação do usuário quanto ao atendimento prestado implica no abandono ao tratamento?;Esse atendimento reflete no preconizado pelas políticas públicas de HIV?.”.

Metodologia

“O estudo é do tipo exploratório, descritivo, devido à proposta do mesmo reconhecer e descrever aspectos relativos à opinião dos atores sociais, assim como alguns de seus comportamentos considerados importantes (GIL, 2006). A abordagem será qualiquantitativa, através de um questionário consistindo em questões voltadas para fatores sociodemográficos, adesão ou abandono do tratamento e indicadores de percepção do paciente quanto ao seu acolhimento na instituição. Serão convidados(as) a participar da pesquisa aproximadamente 100 pacientes durante o período de 30 dias corridos nos meses de agosto a setembro do Centro de Atenção à Saúde em Doenças Infecciosas Adquiridas, conhecido como CASA DIA, localizado na Av. Pedro Álvares Cabral, 3371, bairro da Sacramento, no município de Belém-PA, CEP 66113-190, que consiste em um Serviço de Assistência Especializada público que presta atendimento aos pacientes do SUS e da rede privada que foram diagnosticados com resultado positivo para HIV/Aids. Sobre o fluxo de atendimento neste SAE, através do acolhimento inicial necessário com a equipe multidisciplinar, dos exames de rotina, da dosagem da Carga Viral e Linfócitos T-CD4+ que são realizados e seus resultados, os pacientes são então encaminhados para atendimento a ser agendado com o médico para avaliação clínica e a oferta de medicamentos da TARV. Além disso, é referência em atendimentos de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais. Levando-se em consideração o grande número de pacientes que são atendidos pelo serviço mensalmente e o momento em que ocorre na instituição uma dinâmica de resgate de PVHIV que deixaram de seguir o tratamento, a pesquisa será realizada com aproximadamente 100 pacientes para melhor dimensão dos indicadores e escopo no que se refere aos objetivos geral e específicos da pesquisa. A coleta de dados será realizada a partir da aplicação de um questionário, confeccionado pelos autores do projeto baseando-se na literatura existente de ferramentas já validadas a respeito da adesão ao tratamento e à percepção do usuário ao serviço de saúde, adaptando-os à realidade do Brasil e da região amazônica, de modo a oferecer uma linguagem clara e acessível e mitigar os

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 5.621.942

riscos voltados para o desgaste físico-emocional relacionados ao tempo de demora para completá-lo. As questões serão voltadas para dados epidemiológicos, de cunho pessoal, bem como para aspectos que atendam as questões norteadoras e os objetivos desta pesquisa. É importante ressaltar que a coleta de dados deverá ser feita em um ambiente acolhedor e privado de modo a garantir a segurança física e emocional dos participantes."

Análise dos dados:

"Após a coleta dos dados eles serão organizados para posterior análise e discussão. Os dados coletados no teor quantitativo serão submetidos a análises estatísticas a fim de se traçar o perfil epidemiológico daqueles que abandonam a TARV, além de traçar os principais motivos de abandono a fim de se desenvolver gráficos objetivos, usando amostras vinculadas às respostas do questionário que estejam condizentes a indicadores epidemiológicos. Além disso, no teor qualitativo, será feita a análise dos dados obtidos quanto ao acolhimento, comparando-os com os princípios e diretrizes preconizados na PNH. Em síntese, os resultados serão apresentados em quadros e na forma discursiva".

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?

Sim

Detalhamento:

Dar-se-á mediante acesso aos prontuários dos usuários, para obtenção de informações que possam não terem sido relatadas, ou esquecidas durante a entrevista. Após o período de coletas de dados, os testes serão reaplicados e será realizada uma nova entrevista.

N= 100

Critério de Inclusão: "Essa pesquisa será aplicada em todos os pacientes do CASA DIA, que sejam PVHIV em seguimento ambulatorial do tratamento, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e que aceitem voluntariamente participar da pesquisa após todos os devidos esclarecimentos e na concordância de assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)."

Critério de Exclusão: "Serão excluídos da pesquisa todos aqueles que não atendam aos critérios de inclusão; que sejam pacientes em primeiro atendimento; que possam apresentar algum tipo de

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 5.621.942

entreve psicológico ou labilidade emocional ao abordar o tema; com déficit cognitivo e com instabilidade clínica.”

Equipe de Pesquisa:

Ronaldo Costa Monteiro

Lucas Barony Pantoja

Gabriel Jardim da Motta Correa Pinto

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o acolhimento prestado pela equipe multiprofissional, a partir da percepção do usuário, em um Serviço de Assistência Especializada em PVHIV durante o segundo semestre de 2022.”

Objetivo Secundário:

”Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes que abandonam o tratamento;

Elencar as principais barreiras que impedem o pleno seguimento ao tratamento;

Descrever se a percepção do paciente sobre o acolhimento à PVHIV está consonante com o preconizado pela PNH”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A descrição dos riscos e benefícios atendem aos critérios éticos.

Riscos: “Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados, por isso qualquer pesquisa apenas se justificará, caso os benefícios esperados superem os riscos, conforme o item V.1. da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sendo assim, ponderar quais são os danos imediatos ou posteriores, seja em espaço coletivo ou pessoal, torna-se ímpar na elaboração do projeto à luz da análise ética.

Dos riscos que essa pesquisa poderá causar, há a possibilidade de quebra de sigilo da identidade, além da divulgação dos achados no questionário, ou o desgaste físico-emocional para o tempo despendido em responder o questionário. Nesse sentido, serão tomados todos os cuidados necessários para minimizar os riscos como: as entrevistas serão realizadas em salas fechadas e adequadas, para garantir a privacidade e conforto e sigilo das informações coletadas; os achados

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 5.621.942

da pesquisa serão tratados e mantidos de forma a não serem identificados, ou seja, serão guardados separadamente do TCLE; os envelopes contendo as entrevistas serão lacrados, e de posse dos responsáveis pela pesquisa e suas identidades não serão divulgadas. Além disso, há o risco de constrangimento no ato de aplicação do questionário ou na abordagem do convite a participar da pesquisa. Caso isso se suceda, a fim de minimizar os riscos, será optado pela suspensão imediata a fim de que não haja qualquer dano à integridade física e psicológica do participante. De todo modo, haverá a preocupação com relação à preservação da identidade dos participantes, assim como a abordagem dos esclarecimentos sobre qualquer dúvida que por acaso venha a ocorrer por ocasião do levantamento dos dados."

Benefícios: "Todavia este estudo também traz seus benefícios, como o de poder identificar a percepção da PVHIV sobre o acolhimento prestado pela equipe multiprofissional durante o seguimento ambulatorial com o serviço. Outrossim, a pesquisa poderá contribuir com subsídios para aprimorar e melhorar a humanização e a qualidade do acolhimento, identificando algumas possíveis causas para o abandono do tratamento e acrescentar dados referentes ao tema, à literatura científica."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pode alcançar o seu objeto e contribuir de maneira a melhorar o atendimento às pessoas contaminadas pelo HIV.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: preencher na Instituição proponente o dado do CNPJ na instituição proponente e reencaminhar esse documento.

TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR: conforme.

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES: conforme, parcialmente. O modelo de documento foi usado e preenchido manualmente, o que dá uma má impressão de borrão. O texto é muito pequeno, pode muito bem ser digitado e tudo preenchido digitalmente; os alunos da graduação não terem suas matrículas identificando o vínculo institucional.

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS À UFPA: conforme.

TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO (3 MODELOS): conformes, datados de 20, 22 e de 27/06/2022, referindo aprovação em instância interna na Secretaria Municipal de Saúde/PMB e prévia aprovação pelo CEP.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 5.621.942

CRONOGRAMA: conforme.

ORÇAMENTO: conforme; custos próprios.

INSTRUMENTOS DE PESQUISA: recomenda-se não usar o papel timbrado da UFPA, basta a referência ao título da pesquisa; a logo implica que a pesquisa é da IES e não é o caso, é apenas de uma aluno de graduação em Medicina.

TCLE: recomenda-se não usar o timbre da UFPA, pois não é uma pesquisa de iniciativa da IES; no mais, conforme.

CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP: conforme, datada de 22/06/2022. Cabe dizer que há documentos posteriores a essa data (27/06/2022), portanto, não condiz essa remessa na data referida.

Recomendações:

Atualizar os documentos comentados necessários na análise documental.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Devendo o pesquisados atender às recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1969636.pdf	28/06/2022 21:04:39		Aceito
Outros	termo_de_aceite_do_orientador.pdf	28/06/2022 21:01:24	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_.pdf	27/06/2022 18:58:27	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito
Outros	declaracao_de_isencao_onus_financeiro_a_ufpa.pdf	23/06/2022 11:51:46	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_ao_CEP.pdf	23/06/2022 11:50:06	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito
Outros	carta_de_solicitacao_de_parecer_ao_cep.pdf	23/06/2022 11:49:27	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 5.621.942

Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	23/06/2022 11:44:23	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_plataforma_Brasil.pdf	23/06/2022 09:51:46	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC_atualizado.pdf	23/06/2022 09:51:11	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_concordancia_para_pesquisa_deas_sesma_instituicao.pdf	23/06/2022 09:37:48	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito
Outros	questionario_modelo_final.pdf	23/06/2022 09:29:52	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito
Orçamento	orcamento_modelo_final.pdf	23/06/2022 09:29:16	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito
Cronograma	cronograma_modelo_final.pdf	23/06/2022 09:28:13	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODELO_FINAL.pdf	23/06/2022 09:28:05	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_DA_INSTITUICAO_PARA_PESQUISA.pdf	20/06/2022 12:39:09	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA_PARA_PESQUISA.pdf	20/06/2022 12:32:42	Ronaldo Costa Monteiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 02 de Setembro de 2022

Assinado por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br