

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
III CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

Maria Candida Araújo de Oliveira

**A implementação do diagnóstico do HIV na Rede de
Atenção Primária de Saúde no Município de
Jaboatão dos Guararapes - PE**

**RECIFE
2010**

Maria Candida Araujo de Oliveira

A IMPLEMENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DO HIV NA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS
GUARARAPES- PE

Monografia Apresentada no III Curso de
Especialização de Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde, departamento de
Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz para Obtenção do Título de
Especialista em Gestão de Sistema e
Serviços de Saúde

Orientadora: Tereza Maciel Lira

Recife
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- O48i Oliveira, Maria Cândida Araújo de.
A implementação do diagnóstico do HIV na rede de atenção primária de saúde no município de Jaboatão dos Guararapes - PE. / Maria Cândida Araújo de Oliveira. — Recife: M. C. A. de Oliveira, 2010.
23 f.
- Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Tereza Lira Maciel.
1. Vigilância Epidemiológica. 2. Assistência ao Paciente. 3. Aconselhamento. 4. Prevenção de Doenças Transmissíveis. 5. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. I. Maciel, Tereza Lira. II. Título.

CDU 616.9

Maria Candida Araujo de Oliveira

A IMPLEMENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DO HIV NA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS
GUARARAPES- PE

Aprovado em 17/02/2011

Banca Examinadora

Dr^a Tereza Maciel Lira
Centro de Saúde Aggeu Magalhães/Fiocruz

Dr^a Ana Lúcia Vasconcelos
Centro de Saúde Aggeu Magalhães/ Fiocruz

OLIVEIRA. Maria Candida Araújo de. A implementação do diagnóstico do HIV na rede de atenção primária de saúde no município de Jaboatão dos Guararapes – PE. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010

RESUMO

Este projeto visa a implementação da descentralização do diagnóstico do HIV na Rede de Atenção Primária do município do Jaboatão dos Guararapes aumentando anualmente em 10% a oferta do diagnóstico do HIV e realizando o teste de HIV em 100% das gestantes acessadas pelo pré natal. Será realizado um estudo descritivo utilizando um questionário estruturado com questões referentes ao controle do HIV/Aids, que possam identificar dificuldades encontradas pelos médicos e enfermeiros no processo do diagnóstico e os possíveis significados da entrega do diagnóstico positivo para o HIV a um paciente de sua área de atuação. Após análise do instrumento serão realizadas capacitações com temas relativos à: prevenção, o quê, o porquê e como operacionalizar; A promoção, meios eficientes e eficazes; Assistência, testagem do HIV, transmissão vertical (TV) e implicações éticas; Acolhimento, estabelecer vínculos; Aconselhamento, prática importante no controle da epidemia e na adesão ao tratamento; Vigilância epidemiológica do HIV/Aids. A oferta da testagem para HIV na Rede Primária irá facilitar e ampliar o acesso ao diagnóstico, possibilitando a redução da cadeia de transmissão do HIV e a melhoria na qualidade da assistência aos portadores, retardando a imunodeficiência.

Descritores: epidemiologia, assistência, aconselhamento, prevenção, tendência.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVOS	13
3.1	Geral	13
3.2	Específicos	13
4	DESENHO DO PROJETO	14
4.1	Processamento e elaboração do banco de dados	15
4.2	Plano de descrição e análise dos dados	16
5	ASPECTOS ÉTICOS	17
6	ASPECTOS OPERACIONAIS	18
6.1	Previsão orçamentária	19
	REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids/Sida) é relativamente recente, foi descrita como entidade nosológica em 1981, nos Estados Unidos da América (EUA). Em 1983 foi descoberto o agente etiológico, denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (AMATO, 1996).

Estudos retrospectivos permitiram identificar a ocorrência de casos nos EUA desde 1978, havendo evidência de que, na mesma época, já estariam ocorrendo casos também no Haiti e em alguns países da África. Com a identificação do HIV em 1983, pelo Instituto Pasteur de Paris foram desenvolvidos testes para detecção de anticorpos no sangue de pessoas infectadas, sendo lançados no mercado em 1985 (FERREIRA, 1996).

Limitada inicialmente a poucos países, a Aids manteve índice crescente de incidência, ao longo dos anos 80, difundindo-se para as mais diferentes regiões do globo. Em meados de 90, praticamente todos os países do mundo já haviam registrado casos de infecção pelo HIV (FERREIRA, 1996).

Estima-se que, no Brasil, até meados de 2009 cerca de 630 mil indivíduos de 15 a 49 vivam com o HIV/Aids. A taxa de prevalência da infecção pelo HIV, no país, nesta população mantém-se em aproximadamente 0,6% desde 2004 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2010)

Comparando-se os anos de 1998 e 2008 constata-se a queda na incidência de casos de Aids em < de 5 anos, a redução chegou a 49,4%. O que veio confirmar a política de redução da transmissão vertical do HIV (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2010).

De acordo com parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, a epidemia de AIDS no país é concentrada e com tendência à estabilização nas regiões Sul e Sudeste e crescimento nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2010).

A dinâmica da epidemia apresenta uma tendência à interiorização, heterossexualização, feminização e pauperização (BOLETIM INFORMATIVO, 2009).

A epidemia de AIDS em Pernambuco iniciou-se em 1983, apresentando desde então, tendência de crescimento. O número de casos de Aids acumulados até 2009 é de 14.008, onde 9.395 são do sexo masculino e 4.613 do sexo feminino (BRASIL, 2009a).

O primeiro caso de Aids em adulto notificado em Jaboatão dos Guararapes ocorreu em 1985, e o primeiro caso em criança em 1990. O número total de casos de Aids no município acumulado até de 2009 é de 1.643 (BRASIL, 2009a).

A Aids pode ser definida como sendo a manifestação final e de maior grau de infecção provocada por um retrovírus, quando exames laboratoriais indicarem sua presença e/ou pela presença de doenças associadas à imunodeficiência celular (FERREIRA, 1996).

Os primeiros indivíduos acometidos tinham como características de serem jovens do sexo masculino e homossexuais, o que indicava uma doença de transmissão sexual. O aparecimento de casos em hemofílicos e em usuários de drogas injetáveis chamou a atenção para possibilidade da transmissão sangüínea do vírus. Posteriormente com a ocorrência de casos de imunodeficiência celular adquirida em crianças, ficou comprovada a transmissão da mãe para o filho, podendo ocorrer durante a gravidez, no momento do parto ou por meio da amamentação (BUCHALLA, 2000).

A Aids historicamente é vista como castigo, como maldição, como punição (SONTAG, 1989). É um desafio para os profissionais de saúde conseguirem a participação do paciente na sua própria cura em se tratando de doenças estigmatizadas, onde os mesmos sentem-se culpados, segregados e têm morte social inerente a revelação diagnóstica (DANIEL, 1982).

Desde o início da epidemia surgiram concepções na definição entre um grupo e outro, os portadores de HIV e os doentes de Aids, os assintomáticos dos sintomáticos. A partir do diagnóstico da infecção pelo HIV, essa diferenciação tem implicações na vivência da enfermidade. O que reafirma a importância do diagnóstico precoce como ação preventiva de controle da infecção pelo HIV, por favorecer a quebra da cadeia de transmissão (SONTAG, 1989).

Por regimentar mecanismos locais, nacionais e globais de conhecimentos relacionados à síndrome faz parecer que na epidemia do HIV/Aids tudo acontece de forma extremamente rápida e intensa (GALVÃO, 2000).

O vírus está presente em fluidos do organismo humano como sangue, secreção vaginal, fluido seminal e leite materno. Este vírus ataca o sistema imunológico, em especial os linfócitos T4 (CD4+) e desencadeia 26 enfermidades

diferentes, de acordo com o critério do Centers for Diseases control (CDC) dos Estados Unidos da América (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2010).

A transmissão vertical do HIV está relacionada a múltiplos fatores tais como: carga viral, genótipo e fenótipo viral; fatores maternos como: estado clínico, imunológico, nutricional da gestante e presença de DST's e outras infecções; fatores obstétricos como: duração da ruptura das membranas amnióticas, a via do parto e a presença de hemorragia intra parto e prática do aleitamento materno. Além desses, a transmissão vertical também está relacionada a fatores comportamentais, como uso de drogas injetáveis e práticas sexuais desprotegidas (BRASIL, 2006a, 2006b).

A transmissão vertical ocorre, principalmente, durante o parto e ou parto propriamente dito (65%) e nas ultimas semanas de gestação (35%). O aleitamento materno representa risco adicional que se renova a cada exposição da criança ao peito de 7% a 22% (BRASIL, 2006^a, 2006b).

O diagnóstico do HIV no início da gestação constitui uma intervenção eficaz para transmissão vertical e controle da doença materna (BRASIL, 2006a, 2006b).

Incorporar nas ações da Atenção Primária a oferta do diagnóstico do HIV das gestantes, no pré natal, com aconselhamento pré e pós diagnóstico, facilitando o acesso às intervenções estabelecidas para as gestantes infectadas pelo HIV e seus recém nascidos, promoverá grande impacto no controle da epidemia (BRASIL, 2006a).

É provável que o profissional da atenção básica, apropriando-se do conhecimento e dispondo de infra-estrutura favorável a condução das questões que envolvem HIV/Aids, incorpore nas suas atribuições a entrega de resultados de diagnóstico positivo aos pacientes de seu território de atuação. Na entrega de resultado do exame, o profissional pode fazer uma articulação para adesão ao tratamento, utilizar-se do acolhimento, atenção e respeito e assim garantir ao paciente o sentimento de vínculo e suporte, fundamentais para o sucesso de adesão (SANTOS, 2001).

O contato com o HIV propicia uma série de ocorrências que podem culminar em caso Aids ou determinar a permanência como portador assintomático do HIV, talvez por toda a existência. Sabe-se que, após o contágio com o HIV, o risco de progressão para doença cresce com a duração da infecção. Sem terapêutica específica, 20 a 25% desenvolvem Aids nos seus primeiros anos de infecção e 50%

nos primeiros 10 anos. Sob o uso de terapêutica anti-retroviral o tempo de progressão aumenta drasticamente, passando o vírus a ser, muitas vezes, indetectável no sangue do paciente (FERREIRA, 2001).

Os anticorpos contra o HIV aparecem no soro ou plasma de indivíduos infectados, em média, 3 a 12 semanas após a infecção e pode se estender até 3 ou 6 meses, sem que esses anticorpos sejam detectados. Este período é denominado faixa de soroconversão ou “janela imunológica” (BRASIL, 2007).

Em crianças com até 18 meses expostas ao HIV por transmissão vertical o resultado dos testes são de difícil interpretação e não caracteriza infecção, já que freqüentemente os anticorpos detectados contra o vírus são decorrentes da transferência passiva de anticorpos maternos anti-HIV através da placenta (BRASIL, 2007).

Os testes para detecção da infecção pelo HIV podem ser divididos em quatro grupos: testes de detecção de anticorpos, testes de detecção de antígenos, técnicas de cultura viral e testes de amplificação do genoma do vírus (BRASIL, 2006a).

As técnicas usualmente empregadas no diagnóstico da infecção pelo HIV se baseiam na detecção de anticorpos contra o vírus e são usadas para triagem inicial. Detectam a resposta do hospedeiro ao vírus, e não o vírus (BRASIL, 2006a).

Os testes de detecção de anticorpos são: o ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, ou ensaio de imuno adsorção ligado a enzima), que é o mais usado, por sua facilidade de automação, custo relativamente baixo e elevada sensibilidade e especificidade, a Imunofluorescência indireta, utilizada na confirmação sorológica, o Western-blot, considerado "padrão ouro" para confirmação do resultado na etapa de triagem. Tem alta especificidade e sensibilidade, mas seu custo é alto (BRASIL, 2006a).

Também são utilizados testes rápidos que são testes simples que dispensam equipamentos para a sua realização, sendo de fácil execução e leitura visual e a contagem de TCD4+ em sangue periférico que mede a imunocompetência celular que é útil no acompanhamento de soropositivos (BRASIL, 2006a).

O teste rápido contribui, sobretudo, para a ampliação do acesso de grupos mais vulneráveis ao HIV ao diagnóstico da infecção. Os seguimentos priorizados, segundo a Portaria Ministerial nº 151, de 14 de outubro de 2009 e da Nota Técnica nº 285/2009 cita entre outros: população flutuante, usuários de drogas, profissionais

do sexo e travestis, gestantes que não tenham sido testadas durante o pré natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto (BRASIL, 2009b).

Essa nova doença foi responsável por mudanças significativas em vários campos que não somente a saúde. A Aids trouxe consigo desafios para a área científica, envolvendo novos atores e movimentos sociais e ocasionou mais visibilidade às questões relacionadas à sexualidade (GALVÃO, 2000).

A criação, em 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa Nacional de DST/Aids que implanta o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) hoje denominados Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) contribuiu com a incorporação da nova concepção de saúde, atendendo as diretrizes de Universalidade, Integralidade e Equidade, com a melhoria do processo de atendimento as vítimas dessa nova epidemia (BRASIL, 2003).

A forma de compreender o processo saúde-doença determina a atuação do profissional de saúde principalmente os profissionais da assistência que precisam compreender o tratamento como um processo mais amplo, onde a medicação é condição necessária, mas não suficiente para garantir a cura ou o desaparecimento e ou melhoria dos sintomas, é para tanto necessário compreender o universo do paciente (AYRES, 1998).

Na perspectiva da política de combate a epidemia os Centros de Testagem e Aconselhamento inscrevem-se em três perspectivas complementares: a primeira versa sobre o acesso ao diagnóstico, em consonância com o resultado, assegurando os serviços que possam dar garantias e apoio de que necessitam. A segunda está ligada à redução da incidência com ações que visam modificar o comportamento dos portadores para que não encorram em comportamento de risco que levem a transmitir a infecção. A terceira consiste na mudança de comportamento daqueles que, embora não estejam infectados pelo HIV, procuram os CTAs para esclarecimento sobre a infecção e os comportamentos de risco (MATTOS, 1999).

A prática do aconselhamento constitui importante estratégia na redução da incidência, no impacto que a oferta do teste anti-HIV promove, por favorecer as mudanças de comportamentos em situações de risco tanto dos portadores como nos não portadores (MATTOS, 1999).

O MS diante da necessidade de ampliar o acesso ao diagnóstico, o acesso ao diagnóstico rápido da infecção em situações especiais e de que o diagnóstico deve ser realizado em indivíduos com idade acima de 18 meses e ainda diante da importância do diagnóstico precoce permitir o acompanhamento nos serviços de saúde possibilitando a melhoria na qualidade de vida do indivíduo infectado, cria a portaria nº 151 de 14 de outubro de 2009 que define etapas sequenciadas e o fluxo mínimo para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV para uso obrigatório das instituições de saúde públicas e privadas (BRASIL, 2009b).

O diagnóstico precoce dos casos é relevante na quebra da cadeia de transmissão, o que levou vários programas municipais e estaduais a recomendarem e disponibilizarem a oferta do teste de modo universal. Isso tudo faz com que o controle da epidemia seja mais um desafio para todo o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009b).

O CTA tem papel relevante no acesso ao diagnóstico pela característica de ser um serviço aberto a toda e qualquer pessoa que procure informações educativas sobre HIV/Aids ou sobre as doenças sexualmente transmissíveis ou que procurem conhecer seu status sorológico e ainda por ter larga experiência na abordagem de grupos específicos como: profissionais do sexo, homossexuais, usuários de drogas, além da sua capacidade de treinamento das equipes da rede Primária nas práticas de aconselhamento (BRASIL, 2010b).

2 JUSTIFICATIVA

Considerando ser a Atenção Primária um atendimento de saúde pública eficiente e eficaz e que dentro de suas atribuições está o papel de informar a população sobre as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Assistência de forma continuada e resolutiva, realizando encaminhamentos , quando necessário, as referências com rapidez e precisão;

Considerando a infecção pelo HIV passível de controle por meio de ações de promoção e prevenção primária, diagnóstico precoce e terapias adequadas aos portadores do vírus e que o acesso ao diagnóstico favorece a ruptura da cadeia de transmissão e especialmente a redução da transmissão vertical do HIV, o referido projeto pode contribuir para ampliar o diagnóstico e favorecer a redução da transmissão vertical do HIV com o aumento da acessibilidade ao diagnóstico e com empoderamento pelos profissionais de conhecimentos referentes às questões que envolvem o HIV/Aids.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção voltado para os profissionais da Atenção Primária do município de Jaboatão dos Guararapes (médicos e enfermeiros) visando a ampliação da cobertura do diagnóstico do HIV.

3.2 Objetivos específicos

- a) Aumentar anualmente em 10% a oferta do diagnóstico do HIV pela Atenção Primária;
- b) Realizar anualmente em 100% das gestantes acessadas pelo pré natal, na Atenção Primária do município, o teste de HIV;
- c) Capacitar 100 dos profissionais (médicos e enfermeiras) até o final de 2011.

4 DESENHO DO PROJETO

Trata-se de um Projeto de intervenção estruturante para consolidar a descentralização do diagnóstico do HIV na Atenção Primária do município de Jaboatão dos Guararapes.

O município do Jaboatão dos Guararapes – PE está situado no litoral do Estado de Pernambuco, com uma superfície de 263Km², sendo 166Km² de área urbana (63,12%) e 97Km² de área rural (36,88%). De acordo com o IBGE, sua população estimada para o ano de 2009 é de 687.687 habitantes.

A partir de 2009 o município de Jaboatão dos Guararapes – PE está dividido em seis regionais de saúde: 1ª Regional: Jaboatão centro (106.400 hab); 2ª Regional: Cavaleiro (126.200 hab); 3ª Regional: Curado (53.200 hab); 4ª Regional: Muribeca (73.000 hab); 5ª Regional: Prazeres (185.200 hab); 6ª Regional: Praias (119.200 hab)

A Rede municipal de saúde está composta por 14 Unidades básicas (UBS); 74 unidades de saúde da família (USF) com cobertura de 41,56%; 18 equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 05 policlínicas; 01 Unidade de Atenção Especializada para tratamento de HIV/AIDS (SAE); 01 Unidade de prevenção às DST/HIV/AIDS (CTA); 01 Centro de Atenção à Saúde do Adolescente (CASA); 03 Centros de fisioterapia; 02 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) e Transtorno Mental (CAPS-Transtorno); 02 Centros de reabilitação; 01 Centro de Vigilância Ambiental; 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); 01 Centro de Referência da Mulher. Vale ressaltar que o Município não dispõe de maternidade, hospital e serviço de pronto atendimento 24 horas na rede Municipal.

O projeto será dividido em três etapas:

1º etapa:

Será utilizado o espaço, data e horário das reuniões mensais realizadas pelas regionais com os profissionais alvos do projeto, onde serão apresentadas as propostas e uma pesquisa que utilizará um questionário estruturado auto aplicável com questões referentes ao controle do HIV/Aids, para identificar as dificuldades

encontradas no processo do diagnóstico, além de elencar os possíveis significados da entrega do diagnóstico positivo para HIV a um paciente de sua área de atuação;

A participação do profissional será voluntária e haverá possibilidade de se deixar de responder a qualquer pergunta ou a todo questionário. Todas as informações dos profissionais serão confidenciais e não identificadas.

As perguntas serão fechadas e as respostas categorizadas em SIM ou NÃO.

2ª etapa:

Será realizada uma capacitação onde contemplará as questões referentes à: prevenção, o quê, o porquê e como operacionalizar; A promoção, meios eficientes e eficazes; Assistência, modelo e fluxo; Testagem do HIV, questões referentes ao HIV e transmissão vertical (TV) e implicações éticas; Acolhimento, processo de estabelecer vínculos; Aconselhamento, prática importante no controle da epidemia e na adesão ao tratamento; Vigilância epidemiológica do HIV/Aids, conhecimentos básicos e notificações.

O modelo de capacitação a ser utilizada será nas bases da educação continuada, que tem por meta ações transformadoras, fazendo uso do ensino por competência, tendo por princípio a relação educação e trabalho, que leva o indivíduo a mobilizar, de forma articulada, conhecimentos, habilidades e atitudes para resolução de problemas do cotidiano profissional, acumuladas, criando e transformando a sua própria realidade. Os participantes são agentes ativos de suas próprias aprendizagens (BRASIL, 2005).

3ª etapa:

Estabelecer uma agenda de assistência aos profissionais na prerrogativa de educação continuada promovendo discussões de casos com a equipe profissional, debate e grupos de trabalho sobre o tema, contribuindo para as implicações que envolvem a testagem do HIV e os aspectos da entrega do resultado do diagnóstico positivo.

4.1 Processamento e elaboração do banco de dados

Os dados serão obtidos do questionário impresso e posteriormente digitado no programa EPI-INFO WINDOWS em um arquivo em formato data base (.mdb),

posteriormente formarão um banco único, construído em uma planilha eletrônica do software Excel.

4.2 Plano de descrição e análise dos dados

Todos os dados coletados farão parte de um único banco, inicialmente construído sob a forma de planilha do *software* Excel e como ferramentas de auxílio à descrição e análise dos dados, será utilizado o programa Excel.

Serão calculados anualmente:

- os percentuais de acréscimo da oferta do diagnóstico;
- o percentual de testes de HIV realizados nas gestantes acessadas pelo pré natal na Atenção Primária
- o percentual de profissionais capacitados.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Científica, para análise e posterior consentimento da realização do projeto.

6 ASPECTOS OPERACIONAIS

Segue abaixo o cronograma das atividades na elaboração deste projeto, como mostra a figura 1.

ATIVIDADES	MÊS/ANO																	
	2010						2011											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	
Revisão bibliográfica	X	x	x	x				x	x			x	x	x				
Elaboração do projeto									x	x	x	x						
Revisão do texto										x	x	x						
Defesa da Monografia													x					
Revisão da Monografia													x	x	x			
Entrega da Monografia revisada																		x

Figura 1 - Cronograma de atividades

6.1 Previsão orçamentária

Na figura 2, apresentam-se os elementos de despesas e todo material de consumo no desenvolvimento da monografia.

Elementos de despesas	Valor em R\$
ITENS DE CUSTEIO	
1- Material de Consumo	
Borracha	5,00
Caneta esferográfica	6,00
Cartucho para impressora jato de tinta	100,00
Corretivo	4,00
Lápis	5,00
Papel A4	12,00
CD-R	7,00
Total	139,00

Figura 2 – Elementos de despesas

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. Vulnerabilidade e Aids: Para uma resposta social à epidemia. **Boletim Epidemiológico DST/Aids**, Brasília, DF, v.15, p.2-4,1998.

AMATO, V. et al. **Aids na prática médica**. São Paulo: Sarvier, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST/HIV/Aids para Atenção Básica**. Fique Sabendo. Brasília, DF, 2003.

_____. **A Educação Permanente Entra na Roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde: Conceitos e Caminhos a Percorrer**. Brasília, DF, 2005.

_____. **Curso Básico de Vigilância (CBVE) – Sífilis congênita, Sífilis em gestantes, Infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas**. Brasília, DF, 2007.

_____. **Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília, DF, 2010.

_____. **HIV/AIDS, Hepatites e outras DST**. Brasília, DF, 2006a. (Caderno de Atenção Básica, n.18).

_____. **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades**. Brasília, DF, 2006b.

_____. Portaria SVS/MS nº 151, de 14 de outubro de 2009. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 16 out. 2009b. Disponível em: <<http://www.portal.in.gov.br>>. Acesso em: 15 set. 2010.

_____. **Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan)**. Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sinanweb>>. Acesso em: 15 dez. 2010.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 1, 2010.

BOLETIM INFORMATIVO – DST/AIDS. Recife: Secretaria de Estadual de Saúde, n. 1, 2009.

BUCHALLA, C. M. Aids: O surgimento e a evolução da doença. In: MONTEIRO, C. M. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec: NUPENS, USP, 2000. p. 331-345.

DANIEL, H. **Vida depois da Aids**. São Paulo: Glu, 1982.

FERREIRA, J.; GERBASE, A. C.; RODRIGUES, L. G. M. Aids e infecção pelo HIV. In: BRUCE, B. D.; MARIA, I. S.; ELSA, G. (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas e Atenção Primária**. Porto Alegre: Artmed, 1996. p. 373-382.

FERREIRA, M. P. S. et al. Testagem Sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – Resultados de uma pesquisa no Município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 481-490, 2001.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

IBGE. **Censo demográfico 2000**: resultados do universo, características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 dez. 2010.

MATTOS, R. A. Sobre os limites e as responsabilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/Aids: Algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. (Org.). **Saúde, desenvolvimento e política – Respostas frente à Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 1999.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (Estados Unidos). National Institute of Allergy and Infectious Diseases. **A evidencia que o HIV causa a AIDS**. Bethesda, 2010 Disponível em: <<http://www.quackwatch.haaan.com/hiv-aids.html>>. Acesso em: 16 ago. 2010.

SANTOS, D. F. **Vivendo com HIV/AIDS**: cuidado, tratamento e adesão na experiência do grupo com vida. 2001. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

SONTAG, S. **Doença como metáfora Aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES
Departamento de Saúde Coletiva
III Curso de especialização em Gestão de sistemas
e serviços de Saúde

Maria Candida Araujo de Oliveira

A IMPLEMENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DO HIV NA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO
DOS GUARARAPES- PE

Recife

2010