



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA
E COMUNIDADE SESAU/FIOCRUZ

Itinerário terapêutico das PVHA em Campo Grande, MS: uma análise geoespacial da descentralização da rede de cuidado

ISADORA LEÃO AMUY

CAMPO GRANDE - MS

2025



ISADORA LEÃO AMUY

Itinerário terapêutico das PVHA em Campo Grande, MS: uma análise geoespacial da descentralização da rede de cuidado



Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para conclusão da Residência Multiprofissional em Medicina de Família e Comunidade SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Luciana Tavares Figueiredo

CAMPO GRANDE - MS

2024



“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.”

(Nise da Silveira)



Itinerário terapêutico das PVHA em Campo Grande, MS: uma análise geoespacial da descentralização da rede de cuidado

Itineraries of Therapeutic Care for People Living with HIV in Campo Grande: A Geospatial Analysis of the Decentralization of the Health Care Network

Itinerario terapéutico de las personas que viven con VIH en Campo Grande: un análisis geoespacial de la descentralización de la red de atención sanitaria

Isadora Leão Amuy¹

Luciana Tavares Figueiredo²



Resumo

A infecção pelo HIV/AIDS continua a representar um desafio significativo para o sistema de saúde brasileiro. Essa pesquisa centra-se na análise dos itinerários terapêuticos de pacientes vivendo com HIV/AIDS em Campo Grande, MS, considerando os desafios territoriais e a descentralização da rede de cuidado. A metodologia envolve o levantamento de dados geográficos, incluindo a localização das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e do principal centro especializado em HIV/AIDS, segundo o Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da AIDS (2024), bem como a delimitação dos territórios de saúde. A partir desses dados, foram calculadas as distâncias entre o ponto mais distante de cada território e os serviços de saúde, simulando os trajetos reais percorridos pelos pacientes. Foram elaborados mapas de calor e mapas de balões, que permitiram identificar concentrações de atendimento e distâncias médias percorridas para acessar esses serviços. Os resultados deste estudo revelam uma distribuição desigual dos serviços de saúde para pessoas vivendo com HIV/AIDS em Campo Grande/MS, com impacto negativo nas populações periféricas devido às grandes distâncias, que funcionam como barreiras ao acesso, especialmente para indivíduos com menor mobilidade e recursos. Questiona-se a manutenção de 92,4% dos pacientes nos serviços especializados, sugerindo fatores como a preferência de encaminhamento das equipes de saúde da família ou a comodidade dos serviços especializados. O estudo destaca a importância das análises geoespaciais no planejamento de saúde, evidenciando a necessidade de políticas mais equitativas e direcionadas às



populações vulneráveis, e propõe uma abordagem integrada e centrada no paciente para enfrentar os desafios no manejo do HIV/AIDS em nível local.

Palavras-chave: HIV/AIDS; itinerário terapêutico; Sistema Único de Saúde; saúde pública.

Abstract

HIV/AIDS infection continues to pose a significant challenge to the Brazilian healthcare system. This research focuses on the analysis of therapeutic itineraries of patients living with HIV/AIDS in Campo Grande, MS, considering territorial challenges and the decentralization of the care network. The methodology involves the collection of geographic data, including the location of Primary Health Care Units (UBS) and the main HIV/AIDS specialized center, according to the Integrated HIV/AIDS Care Monitoring Panel (2024), as well as the delineation of health territories. From this data, distances between the most distant point of each territory and health services were calculated, simulating the actual routes traveled by patients. Heat maps and balloon maps were created, which helped to identify concentrations of care and the average distances traveled to access these services. The results of this study reveal an unequal distribution of healthcare services for people living with HIV/AIDS in Campo Grande/MS, with a negative impact on peripheral populations due to large distances, which act as barriers to access, especially for individuals with lower mobility and resources. The maintenance of 92.4% of patients in specialized services is questioned, suggesting factors such as referral preferences by family health teams or the convenience of specialized services. The study highlights the importance of geospatial analyses in health planning, emphasizing the need for more equitable policies targeting vulnerable populations, and proposes an integrated, patient-centered approach to addressing the challenges in managing HIV/AIDS at the local level.

Keywords: HIV/AIDS; therapeutic itinerary; Unified Health System; public health.



Resumen

La infección por VIH/SIDA continúa representando un desafío significativo para el sistema de salud brasileño. Esta investigación se centra en el análisis de los itinerarios terapéuticos de pacientes viviendo con VIH/SIDA en Campo Grande, MS, considerando los desafíos territoriales y la descentralización de la red de atención. La metodología involucra la recopilación de datos geográficos, incluyendo la ubicación de las Unidades Básicas de Salud (UBS) y el principal centro especializado en VIH/SIDA, según el Panel Integrado de Monitoreo del Cuidado del VIH y el SIDA (2024), así como la delimitación de los territorios de salud. A partir de estos datos, se calcularon las distancias entre el punto más distante de cada territorio y los servicios de salud, simulando las rutas reales recorridas por los pacientes. Se elaboraron mapas de calor y mapas de burbujas, que permitieron identificar concentraciones de atención y las distancias promedio recorridas para acceder a estos servicios. Los resultados de este estudio revelan una distribución desigual de los servicios de salud para personas viviendo con VIH/SIDA en Campo Grande/MS, con un impacto negativo en las poblaciones periféricas debido a las grandes distancias, que funcionan como barreras al acceso, especialmente para individuos con menor movilidad y recursos. Se cuestiona la permanencia del 92,4% de los pacientes en los servicios especializados, sugiriendo factores como la preferencia de derivación de los equipos de salud familiar o la comodidad de los servicios especializados. El estudio destaca la importancia de los análisis geoespaciales en la planificación de la salud, evidenciando la necesidad de políticas más equitativas dirigidas a las poblaciones vulnerables, y propone un enfoque integrado y centrado en el paciente para abordar los desafíos en el manejo del VIH/SIDA a nivel local.

Palabras clave: VIH/SIDA; itinerario terapéutico; Sistema Único de Salud; salud pública.



Introdução

A infecção pelo HIV/AIDS continua a representar um desafio significativo para os sistemas de saúde em todo o mundo, tendo o Brasil diagnosticado 46.495 novos casos em 2023, um aumento de 4,5% em relação ao ano de 2022¹.

O estado de Mato Grosso do Sul notificou 294 novos casos de HIV este ano, segundo o Boletim Epidemiológico HIV e AIDS do Ministério da Saúde em dezembro de 2024² e, comparativamente com o cenário nacional, Campo Grande ocupa a 22ª capital com maior número de diagnósticos dentre as unidades federativas neste ano, estando 910 pessoas em perda de seguimento (pessoas vinculadas ao cuidado que na última dispensação estão com atraso na retirada de ARV superior a 60 dias).

Segundo o Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da AIDS (2024)¹, o município de Campo Grande possui atualmente 6248 pessoas convivendo com o HIV, distribuídas por todo o território metropolitano e em acompanhamento em múltiplos centros de saúde (Figura 1).

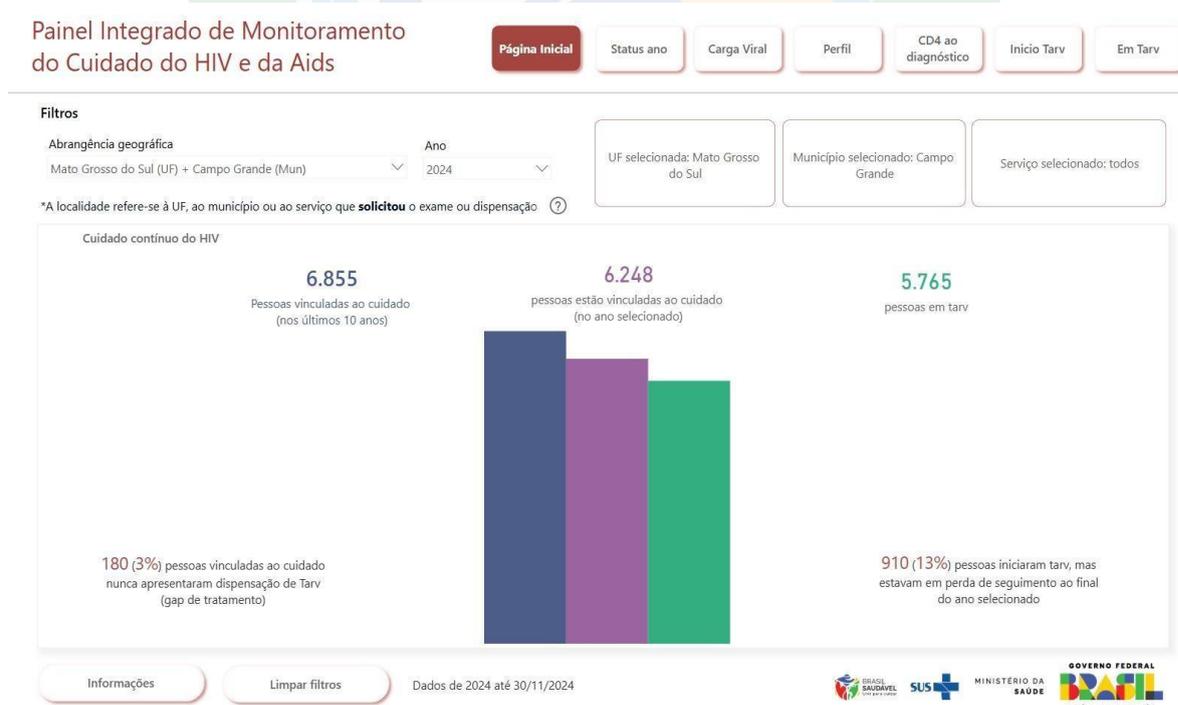


Figura 1: Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da AIDS de 2024 - Página inicial¹



A Atenção Primária à Saúde no cuidado das pessoas vivendo com HIV:

Por meio da atuação das equipes de saúde da família, a Atenção Primária à Saúde (APS) facilita o acesso a informações, diagnóstico precoce e tratamento, criando um ambiente mais inclusivo para populações vulneráveis. No contexto da prevenção combinada do HIV, a APS é essencial para coordenar estratégias como o uso de preservativos, terapia profilática, testagem regular, busca ativa, notificação, acompanhamento médico e multidisciplinar, aconselhamento, suporte emocional, amparo social, educação em saúde e estratégias de efetivação desses cuidados em massa, favorecendo a adesão e o controle do HIV (Figura 2).

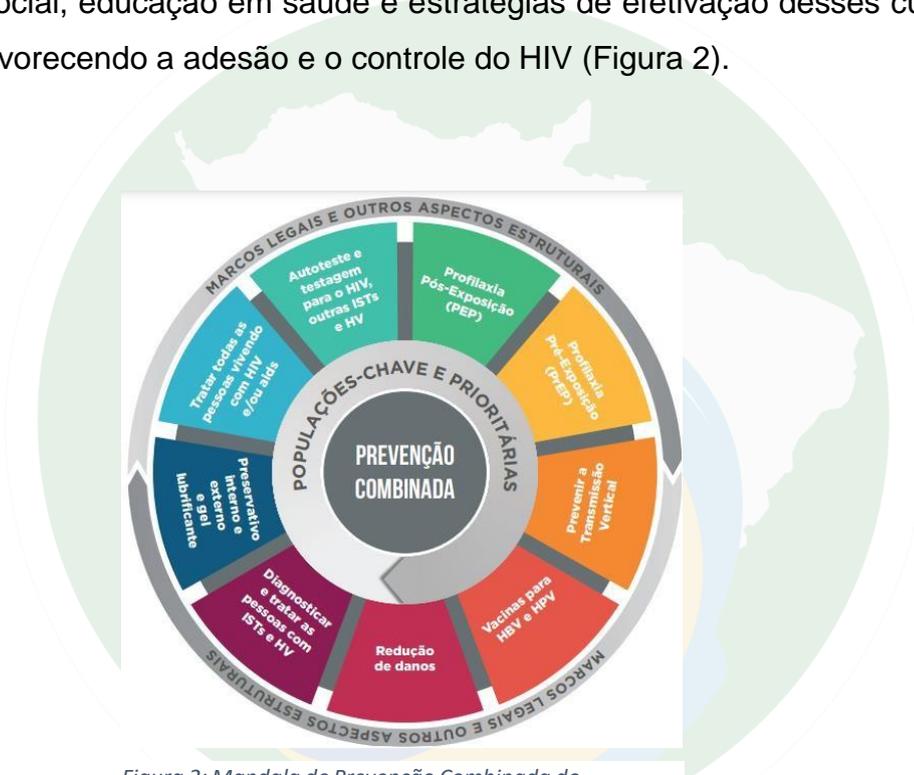


Figura 2: Mandala de Prevenção Combinada do Ministério da Saúde.³

Além disso, conceitos de longitudinalidade e integralidade, princípios da Atenção primária criados por Barbara Starfield (2002)⁴ compõe a essência do cuidado individualizado e constante percepção das necessidades de saúde da população atendida no Sistema Único de Saúde.

A atenção primária é o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o *locus* da responsabilidade continuada pelos pacientes em populações e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente. Assim, a forma pela qual é formulada para prestar os serviços e de como fazê-lo de forma adequada são componentes-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde⁴



Complementarmente, a participação da Medicina de Família e Comunidade em posição de coordenação do cuidado pode aumentar a eficácia na identificação de casos de HIV/Aids e na adesão ao tratamento ⁵. Para oferecer um cuidado suficiente, é essencial compreender a atribuição dos significados para a condição, entender o sofrimento, além de demonstrar disponibilidade, interesse, responsabilidade e escuta ativa, competências fundamentais desenvolvidas durante a formação dos médicos dessa especialidade ⁵.

A Figura 3 demonstram o Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade (MFC), elaborado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que padroniza e orienta a formação desses especialistas. A competência de manejo de pessoas que vivem com o HIV/Aids, bem como dificuldades de adesão à terapia medicamentosa, estão entre essas atribuições, classificadas como “desejável” e “essencial”, respectivamente.

Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade

2.1.4 Abordagem a problemas infecciosos				
	Pré-requisitos	Essencial	Desejável	Avançado
1	Conhece os sinais e sintomas das doenças infecciosas mais frequentes* e relevantes**.	Maneja as doenças infecciosas mais frequentes* e relevantes**.	Maneja doenças infecciosas de menor frequência.	
2		Conhece a prevalência local de doenças infecciosas.		
3		Sabe diagnosticar e incluir corretamente no diagnóstico diferencial qualquer doença infecciosa prevalente no território nacional e está atualizado sobre eventuais epidemias.		
4		Maneja doenças infecciosas endêmicas regionais.		
5		Faz o manejo de febre de origem oculta.		
6		Sabe orientar calendário vacinal oficial local de crianças e adultos fazendo uma reflexão crítica sobre as evidências de cada vacina.		
7		Conhece principais efeitos colaterais das vacinas.		
8		Conhece profilaxia para principais doenças infecciosas mais frequentes* e relevantes**.		
9		Conhece os fluxos da vigilância epidemiológica de doenças infecciosas.		
10		Organiza busca ativa de contactantes, bem como bloqueios em casos de surtos ou endemias.		
11		Identifica e maneja problemas de adesão ao tratamento de doenças infecciosas como HIV/ SIDA e tuberculose, incluindo DOTS (Dose Supervisionada).		
12		Identifica, notifica e maneja surtos mesmo em		

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

2.1.4 Abordagem a problemas infecciosos				
	Pré-requisitos	Essencial	Desejável	Avançado
13		Maneja tuberculose dos pacientes sob seu cuidado.	Maneja tuberculose extrapulmonar.	
14		Sabe diagnosticar e referencia no momento adequado pacientes com HIV.	Maneja HIV/AIDS em pacientes sob o seu cuidado.	Maneja pacientes com AIDS incluindo falhas terapêuticas.
15		Sabe diagnosticar e referencia no momento		Maneja hepatites em pacientes sob o

Figura 3: Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidades da SBMFC ⁶.



No contexto brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel central no cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). Em Campo Grande apenas 101 desses pacientes estão vinculados à APS, sendo a atenção especializada responsável pela maior parte dos atendimentos ¹.

Apesar dos avanços na prevenção e tratamento, essa condição de saúde persiste, especialmente em regiões onde o acesso aos serviços de saúde é limitado. O HIV/AIDS, considerada uma doença clássica de determinação social, encontra desafios no território brasileiro, de extensão continental e de intensas desigualdades. Desse modo, a busca por compreender o itinerário terapêutico dos pacientes portadores do HIV/AIDS é essencial para melhorar a qualidade do cuidado oferecido.

Itinerários terapêuticos:

Os trajetos que as pessoas percorrem em busca de cuidados e tratamentos de seus problemas de saúde são conhecidos como Itinerários Terapêuticos ⁷. Esses caminhos abrangem desde as peregrinações e a entrada nos sistemas de atendimento até a gestão do tratamento e as relações de vínculo, revelando as fragilidades e fortalezas do sistema de atendimento, destacando a importância das relações de vínculo na jornada terapêutica dos pacientes.

A análise e discussão dos itinerários terapêuticos revela discursos e práticas que podem questionar os princípios de integralidade e resolutividade no SUS de forma a clarificar as tensões oriundas das experiências de adoecimento e a busca pela resolução e cuidado adequados.

Através desse tensionamento, é possível rediscutir o direito à saúde e reafirmar os princípios que alicerçam o SUS ⁸. Ou seja, os itinerários terapêuticos evidenciam os resultados das experiências de adoecimento e de busca de cuidados em saúde por usuários e suas famílias, bem como os modos como os serviços de saúde podem lhes dar respostas mais ou menos resolutivas ⁹.

Parte da literatura científica⁸ compreende os itinerários terapêuticos a partir de uma lógica de consumo em que a escolha dos locais de obtenção de tratamento e cuidados em saúde adota uma visão biomédica, racionalizada nas práticas



assistenciais que constituem o cuidado, mas também pela oferta e demanda de serviços pela rede.

Apesar da existência de fluxos bem estabelecidos nas cidades, o caminho percorrido é escolhido pelo paciente¹⁰ a partir das suas opiniões, experiências terapêuticas, necessidades de saúde e adequações do serviço à sua rotina, como proximidade geográfica, modelos de agendamento e horários de funcionamento.

A rede de cuidado das pessoas vivendo com HIV/Aids no município de Campo Grande/MS:

Tal qual outras capitais do país, o município de Campo Grande/MS, iniciou a descentralização de sua rede de atenção à pessoa vivendo com HIV/Aids a partir de 2019¹¹. Posteriormente, a rede consolidou-se através da Resolução SESAU nº 762, de 26 de setembro de 2023¹², que instituiu a Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) no município.

Através dessa resolução¹² estabeleceu-se uma organização por três níveis de atenção à saúde, sendo a atenção primária representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), atenção secundária, pelos serviços especializados, que incluem o Centro Especializado em Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP), que compreende o Serviço de Assistência Especializada (SAE) e o Hospital Dia, o Hospital Dia Professora Esterina Corsini (HU/UFMS) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). A atenção terciária é representada pelo Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), sendo a referência para internação de casos avançados de HIV. As Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs) garantem o acesso aos antirretrovirais, permitindo que a retirada dos medicamentos ocorra de forma independente da unidade onde o paciente realiza acompanhamento.

A escolha do itinerário terapêutico:

Apesar de a atenção primária ser o nível mais indicado para o acompanhamento dos pacientes de seu território, muitos são os possíveis motivos



pelos quais as PVHA não tratam dessas condições dentro de suas respectivas unidades de saúde da família. O despreparo teórico-prático dos profissionais de saúde para lidar com o HIV, bem como os efeitos colaterais de seu tratamento, são fatores que interferem diretamente na escolha do local do acompanhamento¹⁰.

Entende-se que há uma dificuldade de reconhecimento e entendimento do trabalho realizado entre os centros especializados em HIV (com especialistas focais) e as unidade de saúde da família pelos próprios pacientes (com equipes de saúde da família, geralmente gerenciadas por clínicos gerais ou médicos de família e comunidade) ¹⁰. No entanto, o preparo da equipe de atenção primária, principalmente para a prevenção, diagnóstico, comunicação adequada do diagnóstico e encaminhamento correto para serviço especializado, se necessário, é de suma importância na determinação do serviço como itinerário de escolha.

Na maioria dos itinerários terapêuticos analisados no estudo de Marques, 2016¹⁰, houve a ineficiência do nível primário de atenção justamente nessas primeiras etapas. Este mesmo estudo traz três principais formas de entrada pelo sistema: encaminhamentos oficiais, encaminhamentos não oficiais por profissionais de saúde e indicações de amigos e familiares, trazendo a experiência do atendimento como algo determinante para a indicação do serviço.

Outro ponto relevante na escolha do local e manutenção do acompanhamento é o vínculo entre os profissionais de saúde e o paciente. Considerar a representação individual e coletiva no adoecimento permite interpretar a experiência da enfermidade e suas interações entre o mundo subjetivo do paciente adoecido e os significados atribuídos pela coletividade¹. No HIV esse aspecto ganha maior importância em razão dos estigmas históricos que remontam os anos 1980 e a significância de morte iminente e certa que acompanhava a descoberta dos primeiros casos-índices¹³.

A análise espacial como ferramenta estatística:

Para entender como fatores contextuais influenciam a saúde de populações, é fundamental realizar medições no nível coletivo, já que as análises individuais não são suficientes para entender as complexidades desses processos¹¹. Fenômenos como



mortalidade, propagação de epidemias ou comportamentos de risco não podem ser totalmente compreendidos sem uma abordagem que leve em conta os grupos, o espaço e o tempo.

Além disso, no campo da saúde, o uso de métodos geográficos permite analisar o acesso aos serviços de saúde e suas desigualdades, considerando as diferenças socioeconômicas. Em suma, as análises espaciais em saúde coletiva são amplamente utilizadas na identificação e monitoramento ambientais e no planejamento e avaliação dos serviços de saúde¹¹.

O geoprocessamento surge como uma ferramenta de localização geográfica de variáveis, de forma a identificar, monitorar e facilitar a análise espacial de um determinado território. A representação desses dados geoprocessados em mapas digitais pode contribuir para analisar áreas com carências, concentração de agravos e necessidades de saúde¹⁴.

Em regiões urbanas, as distâncias entre as residências e os serviços podem influenciar significativamente na utilização deles. Sabendo que a distribuição espacial de serviços de saúde desempenha um papel crucial na promoção da equidade em saúde, este estudo teve como objetivo analisar a distribuição geográfica das Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs) e do acompanhamento de HIV/Aids em Campo Grande/MS, identificando áreas de maior e menor cobertura e utilização dos serviços, por meio de mapas de calor e análises quantitativas de distância.

Ao investigar os possíveis itinerários terapêuticos dentro das áreas de abrangência do município em questão, este estudo visou identificar possíveis pontos de intervenção para melhorar o cuidado e o suporte oferecidos a essa população específica da comunidade atendida, de forma a entender a dinâmica da descentralização do cuidado HIV/Aids. Ademais, a análise deste mapeamento possibilita compreender quais as possíveis barreiras de acesso, geográficas ou não, que podem influenciar na vinculação e no acompanhamento regular desses pacientes.



Métodos:

A análise espacial empregada neste estudo utilizou ferramentas geoespaciais para a visualização e interpretação dos dados relacionados à descentralização do cuidado à pessoa vivendo com HIV (PVHA). Inicialmente foram confeccionados mapas de calor e de balões para representar a distribuição geográfica das unidades de saúde e o número de PVHA atendidas.

Posteriormente, os critérios dos mapas seguintes passaram a ser definidos com base na análise das variáveis de distância aos principais serviços de saúde da cidade. A variação das cores nos mapas reflete a concentração dessas variáveis, com cores mais intensas indicando áreas de maior distância e menor cobertura de serviços secundários e terciários.

Quanto à precisão dos dados de localização, foram utilizados sistemas de georreferenciamento (Google Maps), que permitiram uma acurácia elevada na representação dos pontos geográficos das unidades de saúde (baseados em latitude e longitude), com um erro máximo de 5 metros, conforme as especificações do software utilizado.

O Google Looker Studio foi a principal plataforma de visualização e análise dos dados espaciais, permitindo a integração e apresentação dos resultados de forma clara e interativa. Essa ferramenta foi escolhida devido à sua flexibilidade na criação de visualizações dinâmicas e na manipulação de grandes volumes de dados, além de sua compatibilidade com diferentes fontes de dados espaciais.

A utilização dessas ferramentas proporcionou uma análise detalhada da distribuição geográfica da assistência à PVHA, oferecendo insights valiosos para a compreensão das relações entre a localização das unidades de saúde e os resultados dos atendimentos prestados.

Resultados e discussão:

A análise espacial partiu da Imagem 4, desenvolvida pelo Programa Municipal de IST/Aids da prefeitura do município de Campo Grande/MS e publicada em sua



página social¹⁵. A tabela informa a quantidade de pacientes acompanhados em cada UDM do município em setembro de 2024.

NÚMERO DE PVHA VINCULADAS POR UNIDADES DE SAÚDE/ UDM - UNIDADE DISPENSADORA DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS					SET. 2024
UNIDADE DE SAÚDE	PVHA	ABANDONO DE TRATAMENTO	CD4 350	CARGA VIRAL INDETECTÁVEL	
CTA	888	87	67	658	
CEDIP	3311	382	418	2463	
HOSPITAL DIA/HUMAP	1979	209	283	1531	
26 DE AGOSTO	62	3	4	51	
AGEPEN	15	14	0	6	
ALBINO COIMBRA	4	1	0	2	
CAIÇARA	26	4	1	18	
CAIOBÁ	26	3	3	11	
ESTRELA DALVA	2	0	0	1	
IRACY COELHO	38	4	3	25	
ITAMARACÁ	21	3	2	10	
JOCKEY CLUB	43	4	4	35	
JOSÉ TAVARES	9	1	3	4	
MACAÚBAS	15	3	3	9	
MORENINHA III	24	9	2	13	
NASSER	14	2	1	5	
NOROESTE	18	3	3	9	
NOVA LIMA	9	1	1	5	
OLIVEIRA	9	1	1	7	
PARQUE DO SOL	28	5	4	18	
SANTA EMÍLIA	14	1	2	8	
SERRADINHO	16	0	2	8	
SILVIA REGINA	9	0	1	7	
TARUMÃ	54	5	4	37	
TIRADENTES	52	4	1	40	
UNIVERSITÁRIO	4	1	0	2	
TOTAL	6690	750	813	4983	

Fonte: Siciam
Nota: PVHA CADASTRADOS POR UNIDADE DISPENSADORA DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS (UDM) ATÉ 21/10/2024
*SERVIÇOS DE ESPECIALIDADE: CTA, CEDIP E HOSPITAL DIA/HUMAP.

SESAU PREFCG

Figura 4: Número de PVHA vinculadas por unidade de saúde/UDM. Setembro de 2024. ¹⁵

Apesar do município ter descentralizado a retirada da TARV e contar com 22 UDMs atualmente, a tabela demonstra que a maior parte das PVHA acompanham em serviços secundários (CTA e CEDIP) ou terciário (HUMAP/Hospital dia), que constitui 92,4% das PVHA atendidas pelo município (Figura 5).

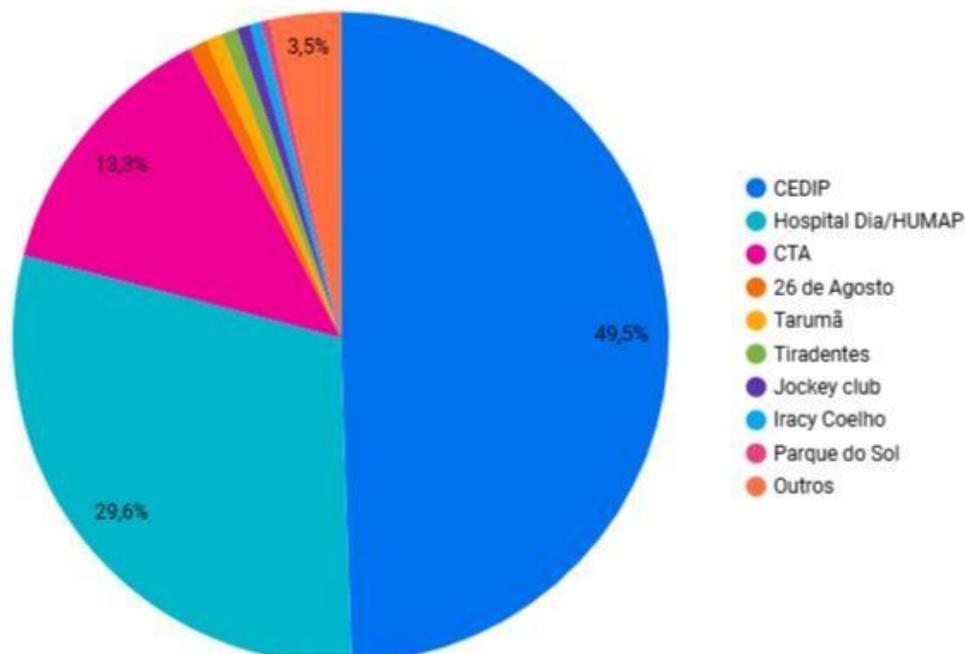


Figura 5: Gráfico de pizza do número de PVHA vinculadas por unidade de saúde/UDM em Setembro de 2024, baseado na Figura 4.

A análise espacial dessa distribuição de pacientes contou com a transformação dos dados dessa tabela em um gráfico de pizza (Figura 5) e uma mapa de balões (Figura 6), cujo tamanho de cada balão foi ajustado conforme a concentração de pacientes atendidos naquele serviço. Quanto maior a quantidade de pacientes que acompanham em determinada unidade, maior é a representação do balão. Verifica-se a concentração dos atendimentos em duas principais regiões do município, onde estão o CEDIP e o HUMAP.

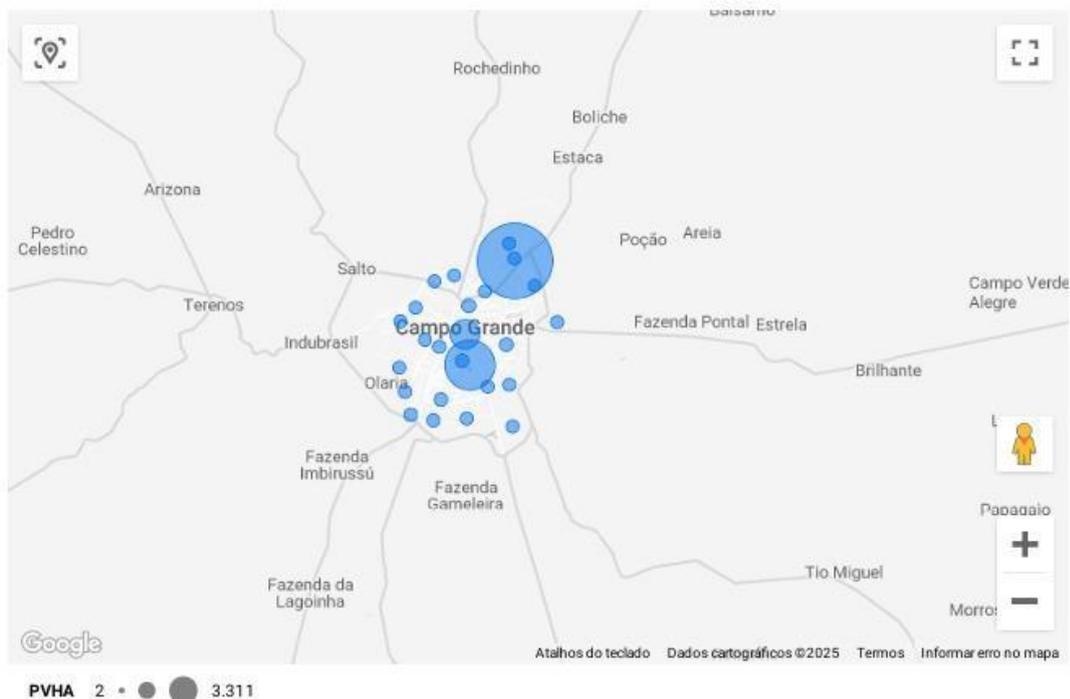


Figura 6: Mapa de balões sobre o número de PVHA vinculadas por unidade de saúde/UDM em Campo Grande, MS, em setembro de 2024. ¹⁶

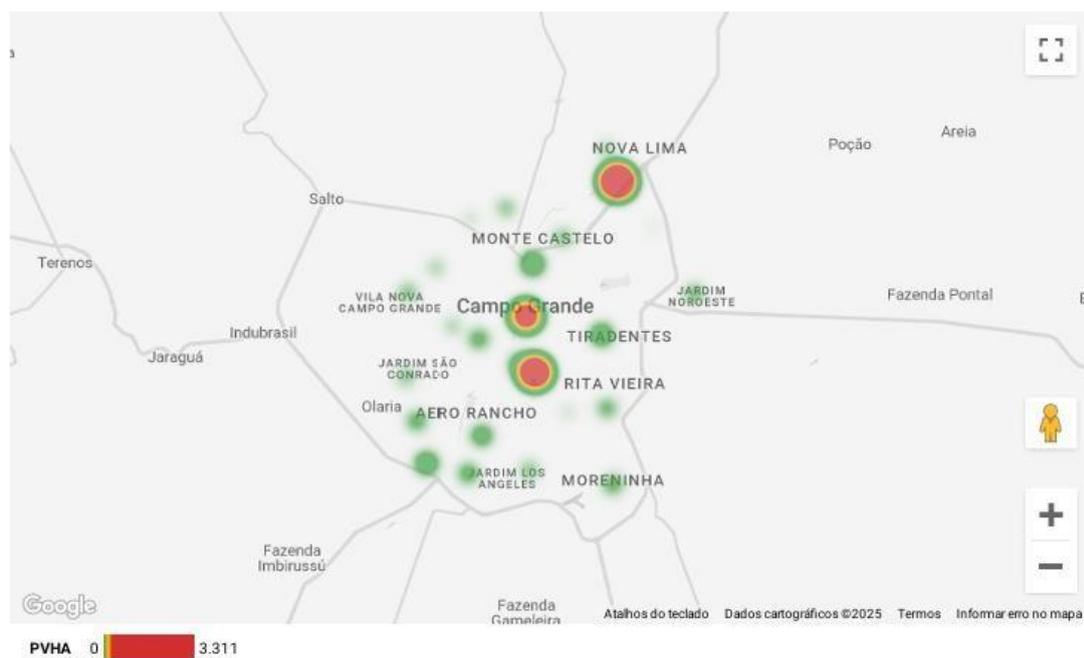
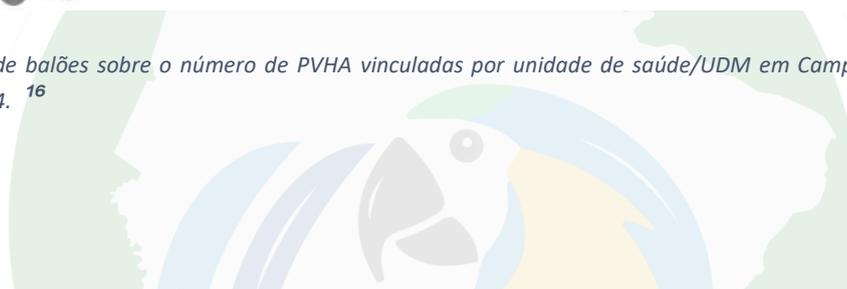


Figura 7: Figura 6: Mapa de calor sobre o número de PVHA vinculadas por unidade de saúde/UDM em Campo Grande, MS, em setembro de 2024. ¹⁶



Nessa visualização, a gradação de cores, da mesma forma que o tamanho dos balões do mapa anterior, mostra que quanto maior o número de pacientes acompanhados no serviço, “mais quente” é a cor representada. Significa reconhecer que, embora a rede seja descentralizada na distribuição física de suas unidades, o atendimento permanece centralizado nesses principais pontos relatados.

Em uma segunda etapa, o estudo utilizou-se também de dados geográficos para mapear as distâncias reais, utilizando-se o carro como transporte de escolha, entre o ponto mais distante de cada território de saúde e: sua unidade de saúde de referência; os dois principais serviços de acompanhamento HIV/AIDS da cidade (CEDIP e HUMAP). O intuito era constatar a desproporção de distâncias entre cada itinerário adotado.

Ressalta-se que não foram utilizados dados dos itinerários reais escolhidos por cada paciente, mas sim uma formulação hipotética, a partir do ponto extremo da área de abrangência de cada unidade de saúde. Essa escolha permitiu vislumbrar uma análise ampliada e focada no território de saúde e sua distribuição física, utilizando tão somente - em todas as etapas do estudo - apenas dados de domínio público, dispensando a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP).

Para análise descritiva, foram consideradas as 73 áreas de abrangência que constituem a atenção primária do município de Campo Grande. Conforme a tabela abaixo, primeiro calculou-se a média dessas distâncias (pontos extremos das áreas de abrangência até os dois maiores centros especializados de atendimento), tendo sido obtido o resultado de 15,5 km para o CEDIP e 12,09 km para o HUMAP, o que contrasta com a média de 3,42 km entre os mesmos pontos extremos e suas respectivas unidades de saúde.

Para evidenciar o possível deslocamento excedente desses 94,2% dos PVHA, calculou-se o quão maior é a distância até os centros especializados mencionados em relação à unidade de saúde de cada área de abrangência, obtendo-se a média de 12,09 km e 8,66 km para o CEDIP e o HUMAP, respectivamente.

Ou seja, a escolha do usuário em ser acompanhado em um dos dois principais serviços de saúde – o CEDIP e o HUMAP – e não nas suas respectivas unidades de



saúde da família, perto de suas residências, representa um deslocamento excessivo, muito superior do que seria até a USF local.

Área de abrangência	Distância CEDIP	Distância HUMAP	Distância Unidade	Diferença Unidade CEDIP	Diferença Unidade HUMAP
Indubrasil	28,10	19,20	1,20	26,90	18,00
Vila Popular	22,40	16,40	4,90	17,50	11,50
Serradinho	20,10	14,10	4,60	15,50	9,50
Aero Itália	15,00	11,90	1,50	13,50	10,40
Zé Pereira	13,50	11,20	0,95	12,55	10,25
Ana Maria do Couto	17,50	11,70	3,40	14,10	8,30
Silvia Regina	16,10	10,40	2,20	13,90	8,20
Sirio Libanês	11,10	11,40	0,60	10,50	10,80
José Abrão	11,80	12,40	0,40	11,40	12,00
Santa Carmélia	10,30	10,40	0,80	9,50	9,60
Jardim Azaléia	10,10	11,60	1,10	9,00	10,50
Vila Cox	10,00	12,70	1,40	8,60	11,30
Vila Nasser	9,40	12,10	1,90	7,50	10,20
Jardim Seminário	10,40	13,50	2,40	8,00	11,10
São Benedito	7,50	10,20	1,70	5,80	8,50
Jardim Paradiso	9,10	9,80	1,70	7,40	8,10
Vila Corumbá	7,50	7,70	1,60	5,90	6,10
Vida Nova	5,50	18,80	1,30	4,20	17,50
São Francisco	5,80	21,00	2,90	2,90	18,10
José Tavares	4,90	17,50	1,30	3,60	16,20
Nova Lima	4,20	17,00	2,40	1,80	14,60
Jardim Presidente	2,90	14,90	1,00	1,90	13,90
Estrela do Sul	5,10	12,70	3,20	1,90	9,50
Nova Bahia	3,80	15,00	4,00	-0,20	11,00
Mata do Jacinto	0,40	14,10	1,80	-1,40	12,30
Jardim Marabá	2,00	11,60	1,80	0,20	9,80
Coronel Antonino	4,90	10,00	1,70	3,20	8,30
Jardim Noroeste	11,00	18,20	7,40	3,60	10,80
26 de agosto	5,70	8,20	2,00	3,70	6,20
Lar do Trabalhador	9,80	10,00	3,20	6,60	6,80
Maria Aparecida Pedrossian	12,00	12,80	3,00	9,00	9,80
Arnaldo Estevão de Figueiredo	8,30	9,10	2,80	5,50	6,30
Tiradentes	7,20	7,70	3,20	4,00	4,50
Carlota	7,00	6,50	5,00	2,00	1,50
Vila Carvalho	8,20	4,80	2,20	6,00	2,60
Caiçara	11,60	5,60	2,70	8,90	2,90
Oliveira	15,20	7,30	0,90	14,30	6,40
Buriti	15,70	7,30	1,70	14,00	5,60
Jardim Bonança	13,30	4,70	1,70	11,60	3,00
Jardim Antártica	16,00	5,80	0,70	15,30	5,10
São Conrado	16,20	7,70	1,90	14,30	5,80
Santa Emília	20,40	10,30	1,90	18,50	8,40
Vila Fernanda	20,30	9,80	2,20	18,10	7,60
Portal Caiobá	18,50	8,40	2,30	16,20	6,10
Jardim Batistão	17,40	7,00	2,00	15,40	5,00
Coophavilla II	19,90	9,40	1,60	18,30	7,80
Jardim Tarumã	24,20	13,70	5,40	18,80	8,30
Dona Neta	10,40	3,80	3,80	6,60	0,00
Aero Rancho IV	14,40	3,20	1,60	12,80	1,60
Aero Rancho	16,10	5,50	1,50	14,60	4,00
Aero Rancho Granja	17,60	5,00	1,50	16,10	3,50
Nova Esperança	16,00	6,90	4,90	11,10	2,00
Jockey Club	15,00	7,90	2,50	12,50	5,40
Pioneira	16,40	8,40	1,30	15,10	7,10
Jardim Botafogo	18,70	5,90	2,80	15,90	3,10
Cristo Redentor	14,60	14,60	4,60	10,00	10,00
Jardim Itamaracá	16,50	7,70	1,10	15,40	6,60
Universitário	16,50	5,20	1,60	14,90	3,60
Alves Pereira	17,90	5,60	1,50	16,40	4,10
Cohab	19,10	6,40	2,50	16,60	3,90
Iracly Coelho	20,10	8,60	2,30	17,80	6,30
Parque do Sol	21,10	10,50	1,10	20,00	9,40
Dom Antônio	23,10	12,50	1,40	21,70	11,10
Jardim Los Angeles	23,10	8,80	1,80	21,30	7,00
Jardim Macaúbas	24,90	8,70	1,30	23,60	7,40
Mário Covas	18,40	7,10	1,30	17,10	5,80
Paulo Coelho Machado	18,40	8,60	1,70	16,70	6,90
Cidade Morena	25,10	10,60	3,60	21,50	7,00
Anhandui	38,40	24,70	40,20	-1,80	-15,50
Três Barras	64,20	57,50	36,40	27,80	21,10
Rochedinho	32,20	40,80	7,30	24,90	33,50
Aguão	51,20	51,70	9,00	42,20	42,70
Médias	15,51	12,08	3,42	12,09	8,66

Figura 8: Planilha de dados geográficos coletados¹⁷.



sido representados com tons “quentes” de vermelho, laranja e amarelo, conforme a gradação.

A coloração demonstra graficamente uma possível barreira geográfica de acesso a esses serviços, uma vez que as regiões com tais colorações citadas também coincidem com áreas periféricas da cidade de Campo Grande, tendo tido como representantes as abrangências do Jardim Tarumã, Jardim Los Angeles, Jardim Paulo Coelho Machado, Moreninha III, Itamaracá e Indubrasil. Tais áreas periféricas são notadamente áreas socioeconomicamente mais vulneráveis na cidade.

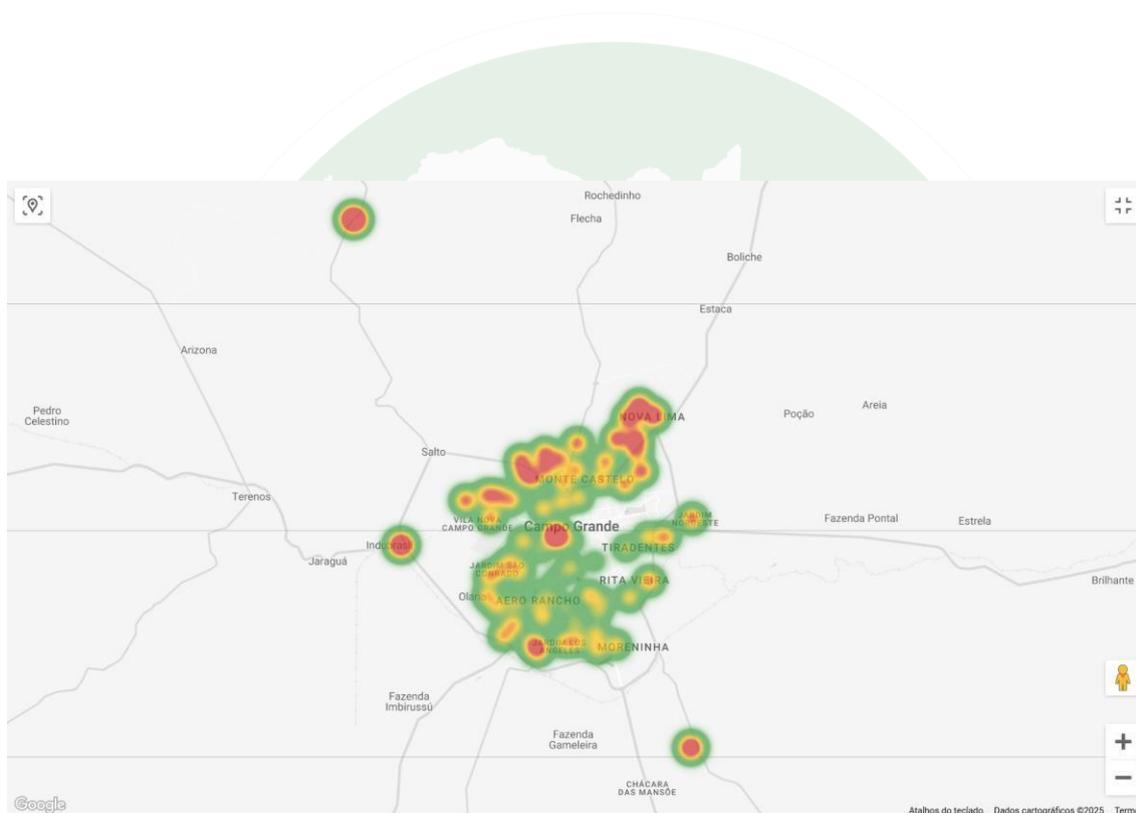


Figura 10: Mapa de calor sobre a diferença entre deslocamentos - HUMAP¹⁸

Já o segundo mapa, demonstra graficamente o mesmo cálculo de distância descrito anteriormente, mas dessa vez adotando o HUMAP como o principal centro de tratamento e acompanhamento. Da mesma forma que o mapa anterior, é possível observar maior concentração de cores “quentes” em locais muito distantes do centro de Campo Grande, demonstrando cobertura reduzida da atenção especializada em HIV/Aids nessas regiões vulneráveis, já que o acesso a esses principais centros é



verde, de forma a garantir a equidade de acesso aos serviços de saúde das populações, considerando a métrica da distância.

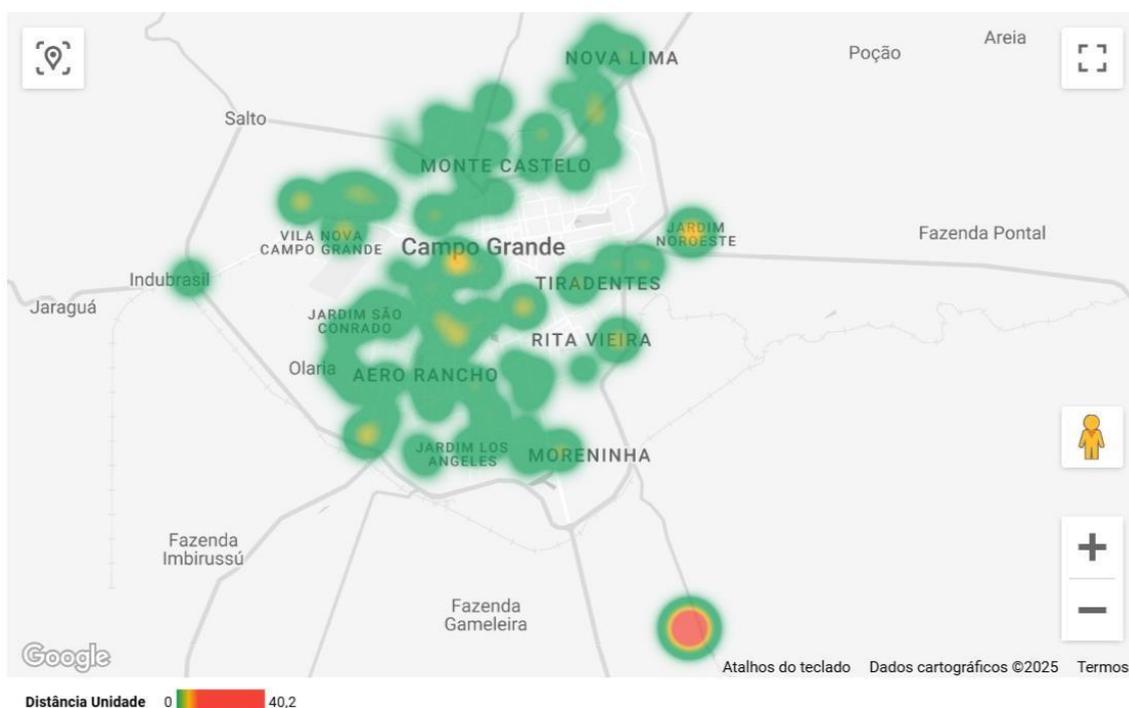


Figura 12: Mapa de calor sobre o itinerário partindo do ponto extremo até as unidades de referência. ¹⁸

Os mapas demonstram que, apesar da descentralização física da rede de atenção ao HIV - que o município de Campo Grande hoje exerce com maestria - existem fatores que não são físicos, que determinam a escolha e a manutenção dessa grande quantidade de pacientes em serviços especializados, apesar dos critérios para este acompanhamento serem específicos, conforme a Resolução SESAU nº 762, de 26 de setembro de 2023 (Figura 13).

Art. 3º Fica instituído os critérios para o Cuidado da Pessoa Vivendo HIV/aids (PVHA) com doença avançada nos Serviços de Referência Especializados (SAE e Hospital Dia - HD):

- I. Resgate de tratamento de PVHA em abandono;
- II. Mudança de tratamento de PVHA em falha de tratamento;
- III. Contagem de linfócitos T CD4 + MENOR que 350 céls./mm³;
- IV. Gestantes;
- V. Crianças;
- VI. Presença de comorbidades associadas à imunodeficiência;
- VII. Coinfecção com hepatite B e hepatite C;
- VIII. Coinfecção com Tuberculose Pulmonar/extrapulmonar;
- IX. Sinais/sintomas de doença oportunista: Candidíase esofágica, diarreia crônica, perda de peso, dermatite persistente, linfadenopatia, entre outros sinais.

Figura 13: Resolução SESAU nº 762, de 26 de setembro de 2023. ¹²



Segundo o Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da AIDS (2024), apenas 3% (180 pessoas) estão em GAP de tratamento (pessoas vinculadas ao cuidado - fizeram coleta de CD4 e de Carga viral – mas nunca apresentaram dispensação de TARV). Ademais, o município conta com apenas 13% (910 pessoas), que iniciaram TARV, mas estão em perda de seguimento no final do ano de 2024.

Através da tabela disponibilizada pelo GT de HIV/Aids do município (Figuras 4 e 5), é incoerente que 92,4% das pessoas vivendo com HIV/Aids de Campo Grande atendam aos critérios da Resolução SESAU nº72 de 2023 para acompanhamento em serviços especializados. Essa mesma Figura 4 demonstra que apenas 11,2% (750 pessoas) estavam em abandono de tratamento no mês de outubro de 2024. Ademais, apenas 0,2% do sexo masculino e 0,2% do sexo feminino são menores que 13 anos de idade (Figura 14).

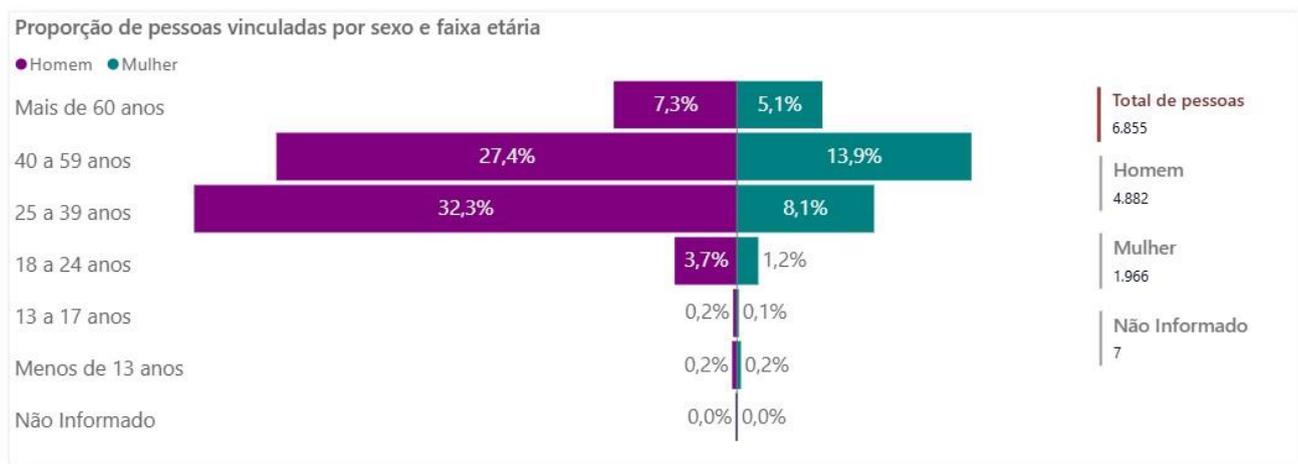


Figura 14: Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da AIDS de 2024 – Proporção de pessoas vinculadas por sexo e faixa etária¹.

Conclusão:

Os resultados apontam para uma distribuição desigual dos serviços de saúde da rede de cuidado de pessoas vivendo com HIV/Aids em Campo Grande/MS, com impacto negativo sobre as populações periféricas. As distâncias elevadas podem atuar como barreiras ao acesso, particularmente para indivíduos com menor mobilidade ou recursos financeiros.



A análise também evidencia a necessidade de ampliação da rede de serviços especializados em saúde em áreas de maior vulnerabilidade, como Aero Rancho e Indubrasil, para os casos de maior complexidade dessas regiões, considerando a análise espacial.

Estratégias de telemedicina, o apoio matricial e a educação continuada poderiam ser considerados para mitigar as disparidades identificadas, de forma a fortalecer a rede de atenção primária à saúde no cuidado dessa condição.

Os resultados levantam o questionamento de que, possivelmente, existam outros aspectos dinâmicos dessa rede de atenção que estejam contribuindo para a manutenção de 92,4% dessas pessoas em acompanhamento nos serviços especializados e não em suas respectivas unidades de saúde.

São hipóteses desses aspectos dinâmicos o despreparo das equipes de saúde da família, que preferem encaminhar os pacientes de seu território; o vínculo desses pacientes com os serviços especializados, que os fazem indicar o serviço para amigos e parentes que necessitem; o funcionamento desses serviços, que talvez ofereçam mais comodidade para a escolha desse itinerário (menor tempo de espera, sigilo profissional, facilidade de agendamento de consultas e exames). Ainda há a possibilidade de que os critérios de encaminhamento para outros níveis de atenção não estejam sendo bem atendidos pelas USFs/UBSs, bem como não esteja ocorrendo a contrarreferência dos casos que não atendam mais aos critérios de acompanhamento especializado.

O presente estudo reforça a importância do uso de análises geoespaciais no planejamento de saúde, permitindo a identificação de lacunas na cobertura e o desenvolvimento de ações direcionadas. As desigualdades observadas em Campo Grande/MS destacam a necessidade de políticas de saúde mais equitativas, com foco em populações vulneráveis e de difícil acesso, ameaçando a continuidade do processo de descentralização adotado em 2019.

Além disso, a distribuição geográfica desses pacientes pode contribuir para a identificação de padrões epidemiológicos e do perfil sociodemográfico e econômico desta população, de modo a enriquecer a discussão do tema, que carece de mais



estudos. Fica clara a pertinência de outros estudos a partir de itinerários reais que investiguem as razões de escolha dos itinerários, bem como as limitações e dificuldades enfrentadas pelas Unidades de Saúde da Família neste contexto.

Ao abordar questões sobre o acesso aos serviços de saúde, este estudo visou contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de manejo do HIV/AIDS em nível local. Por meio da colaboração com profissionais de saúde, gestores e membros da comunidade, espera-se promover uma abordagem integrada e centrada no paciente para enfrentar os desafios únicos dessas pessoas no município de Campo Grande.





Referências

- ¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da AIDS. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/monitoramento-do-cuidado-do-hiv>. Acesso em: 16 dez. 2024.
- ² BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília, DF, dez. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/view#:~:text=O%20Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20de%20HIV,%2C%20regi%C3%B5es%2C%20estados%20e%20capitais. Acesso em: 16 dez. 2024.
- ³ BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção combinada. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada>. Acesso em: 16 dez. 2024.
- ⁴ STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. 726 p. Disponível em: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 16 dez. 2024.
- ⁵ SANTOS, A. F. M.; DEVEZA, M. A AIDS como condição crônica e o papel do médico de família e de comunidade e da estratégia de saúde da família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2012;7(22):10-12.
- ⁶ SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências. Rio de Janeiro: SBMFC; 2015. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 16 dez. 2024.
- ⁷ DEMÉTRIO, F; SANTANA. E.R.; PEREIRA-SANTOS, M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. Saúde Debate. 2019;43(spe7):204-221. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/THvRbrVLKYtqLydhYcrthfQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 dez. 2024.



⁸ GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs.). Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO; 2016. 440 p. ISBN 978-85-89737-95-1.

⁹ BELLATO, R.; ARAUJO, L. S.; CASTRO, P. O. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA, A. G. S.; MATOS, R. A. (orgs.). Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas. Rio de Janeiro, São Paulo: Cepesc, IMS, UERJ, Abrasco; 2008. p. 169-85.

¹⁰ PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H;. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2011 [citado 2025 jan. 1]. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2024.

¹¹NEVES, Fabiane Marques. Análise da descentralização do compartilhamento do cuidado da pessoa vivendo com HIV (PVHA) à atenção primária à saúde em Campo Grande, MS. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/6694>. Acesso em: 26 dez. 2024.

¹²BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Resolução SESAU nº 762, de 26 de setembro de 2023. Institui a Linha de Cuidado da Pessoa Vivendo com HIV (PVHA) no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande e dá outras providências. Diário Oficial de Campo Grande, Campo Grande, MS, 27 set. 2023.

¹³ SILVA, L. M. S.; GUIMARÃES, T. A.; PEREIRA, M. L. D.; MIRANDA, K. C. L.; OLIVEIRA, E. N. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids 2023. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v14n2/v14n2a05.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2024.

¹⁴ NARDI, S.M.T. et al. Geoprocessamento em Saúde Pública: fundamentos e aplicações. Revista do Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, v. 72, n. 3, p. 185-191, 2013. Recebido em: 29 nov. 2012. Aceito para publicação em: 29 ago. 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rial/article/view/51773>. Acesso em: 26 dez. 2024.

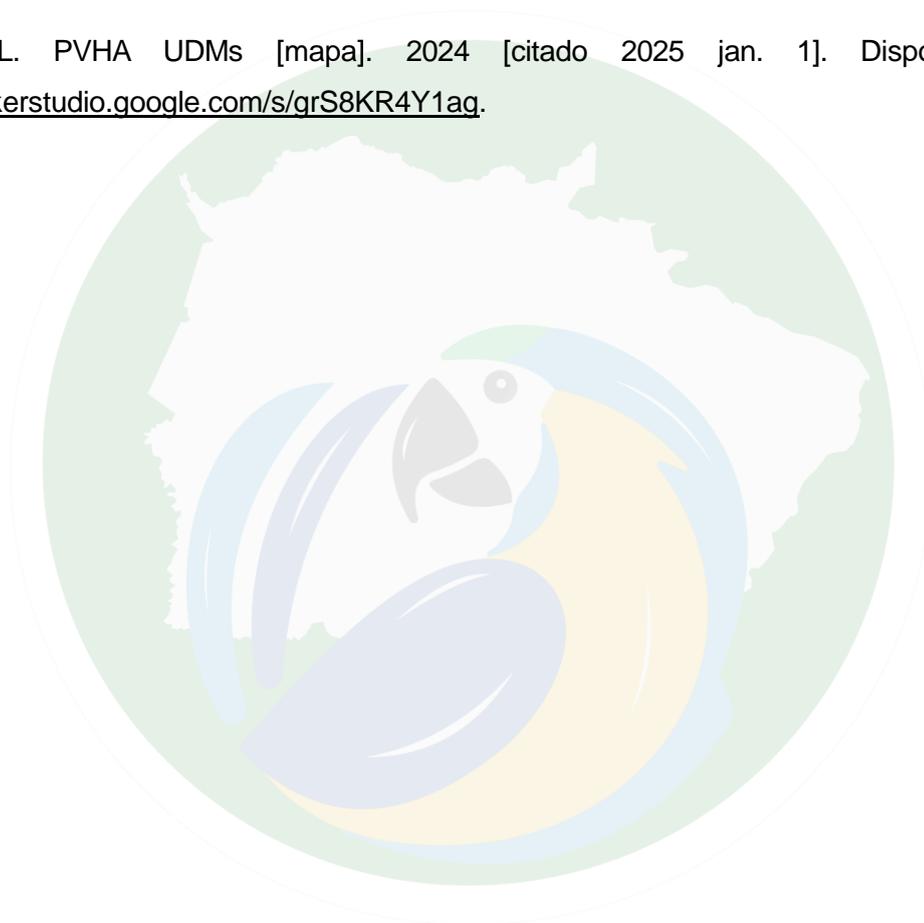


¹⁵ PREFEITURA DE CAMPO GRANDE. Programa Municipal de IST/Aids. Campo Grande: Prefeitura; 2024. Disponível em: <https://www.campogrande.ms.gov.br/istadays/>. Acesso em: 1 jan. 2024.

¹⁶ AMUY, Isadora Leão. PVHA UDMs [mapa]. 2024. Disponível em: <https://lookerstudio.google.com/s/meH5OxO5OhY>. Acesso em: 1 jan. 2025.

¹⁷ AMUY, I.L. 2024. Áreas de abrangência.2025.Disponível em: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1BYdOqV13TtS_TTAFwBo4yibguV44_xORn9RRcYTIpAQ/edit?usp=sharing. Acesso em: 1 jan. 2025.

¹⁸Amuy IL. PVHA UDMs [mapa]. 2024 [citado 2025 jan. 1]. Disponível em: <https://lookerstudio.google.com/s/grS8KR4Y1ag>.





Normas da revista de escolha para publicação:



O **manuscrito** propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

- Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.
- Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).
- Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A Política de Seção especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A ferramenta MeSH on Demand ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.
- O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as Políticas de Seção. O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.
- O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“*prints*”). Figuras em formato raster (“*bitmap*”), como fotografias, devem ser anexadas como



documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.

- Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os exemplos nesta página e os detalhes neste livro eletrônico da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: "https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505") deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

Artigos de Pesquisa

O resumo deve ter até 400 palavras, e ser estruturado em Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. O texto principal deve ser redigido de forma objetiva, com um tamanho recomendado de até 3,5 mil palavras, e ser estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e (opcionalmente) Conclusão.

Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/about/submissions>.



Declarações à Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade:

Itinerário terapêutico das PVHA em Campo Grande, MS: uma análise geoespacial da descentralização da rede de cuidado

Itineraries of Therapeutic Care for People Living with HIV in Campo Grande: A Geospatial Analysis of the Decentralization of the Health Care Network

Itinerario terapéutico de las personas que viven con VIH en Campo Grande: un análisis geoespacial de la descentralización de la red de atención sanitaria

Isadora Leão Amuy¹

Luciana Tavares Figueiredo²

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ILA: Administração do projeto, análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita, revisão, edição, investigação, metodologia, supervisão, validação. Aprovação final da versão a ser publicada. Responsável em prestar contas de todos os aspectos do trabalho, assegurando que as questões relacionadas à acurácia ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas.

ÉTICA EM PESQUISA:

Declara-se que a pesquisa utilizou tão somente - em todas as etapas do estudo - apenas dados de domínio público, dispensando a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP).

FINANCIAMENTO:

Todas as despesas relacionadas ao estudo foram de responsabilidade da pesquisadora.



AGRADECIMENTOS:

Ao programa de residência por criar esse intenso desafio e ao coordenador Marcos Paulo Amaral pela paciência em lidar com a minha insistência e todo auxílio prestado a mim nesta etapa de minha formação.

À minha orientadora Luciana Tavares Figueiredo pelas excelentes discussões e ótima precisão em me ajudar a contornar os obstáculos dessa pesquisa.

À Jéssica Aparecida de Moura Silva pelo conhecimento da rede, contatos, conselhos e escuta que tanto contribuíram para os resultados deste trabalho.

Ao meu preceptor direto Hugo Sant'Anna Alves por ser um modelo todos os dias e pela sugestão do Google Looker como ferramenta para confeccionar os mapas.

À minha família pelo apoio incondicional e credo cego em meus caminhos, mesmo quando assumiram contornos pouco convencionais.

À minha irmã Leonora Leão Matrak pela parceria e dedicação em decifrar o Google Looker comigo.

Ao meu companheiro Pedro Guilherme Paludo da Silva pela extrema paciência, parceria e senso crítico impecável, que complementa a minha possível intempestividade.

À mim mesma, pela persistência, insistência e coragem.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 29 de outubro de 2024

Pesquisador (a)

Orientador(a)

Cyrol Leonardo de Albuquerque Mendes
Coordenador-Geral de Educação em Saúde
SESAU

Cyrol Leonardo de Albuquerque Mendes
Coordenador-Geral de Educação em Saúde/SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

ANEXO IV À RESOLUÇÃO SESAU N. 831, DE 5 DE AGOSTO DE 2024

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO N. 083/2024

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), _____, inscrito (a) no CPF/MF sob n°. _____, portador (a) do documento de Identidade sob n°. _____, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. _____, N° _____, Bairro: _____, nesta Capital, telefone n°. _____, pesquisador (a) do Curso de _____, da Instituição _____

com o título do Projeto de Pesquisa: "O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DOS PACIENTES PVIH QUE FREQUENTAM A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TIRADENTES: DESAFIOS DO TERRITÓRIO E VINCULAÇÃO ", orientado (a) pela Professor (a) _____, inscrito (a) no CPF/MF sob n°. _____, portador (a) do documento de Identidade sob n°. _____, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. _____, N°. _____, Bairro: _____, nesta cidade, telefone n°. _____, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: _____, da Instituição _____.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU. Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 29 de outubro de 2024

Pesquisador (a)

Orientador(a)

Cyrola de Albuquerque Mendes
Coordenadora Geral de Educação em Saúde
SESAU
Cyro Leonardo de Albuquerque Mendes
Coordenador-Geral de Educação em Saúde/SESAU