

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

LUANA NICKEL

**O CUIDADO ÀS PESSOAS QUE (CON)VIVEM COM HIV/AIDS
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: HISTORIA ORAL DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE, FLORIANÓPOLIS (2005 – 2014)**

**FLORIANÓPOLIS
2016**

LUANA NICKEL

**O CUIDADO ÀS PESSOAS QUE (CON)VIVEM COM HIV/AIDS
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: HISTORIA ORAL DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE, FLORIANÓPOLIS (2005 – 2014)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem. Linha de Pesquisa: História da Educação e do Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

**FLORIANÓPOLIS
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Nickel, Luana

O cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids na
Atenção Básica à Saúde : história oral dos profissionais de
saúde, Florianópolis (2005 - 2014) / Luana Nickel ;
orientador, Maria Itayra Coelho de Souza Padilha -
Florianópolis, SC, 2016.

132 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Síndrome da
Imunodeficiência Adquirida. 4. Prestação de Cuidados de
Saúde. 5. História da Saúd. I. Padilha, Maria Itayra Coelho
de Souza . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

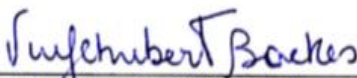
LUANA NICKEL

O CUIDADO ÀS PESSOAS QUE (CON)VIVEM COM HIV/AIDS
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: HISTÓRIA ORAL DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE, FLORIANÓPOLIS (2005 – 2014).

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em sua versão final em 26 de fevereiro de 2016, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

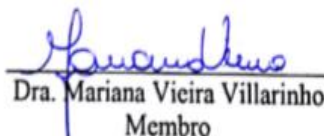


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

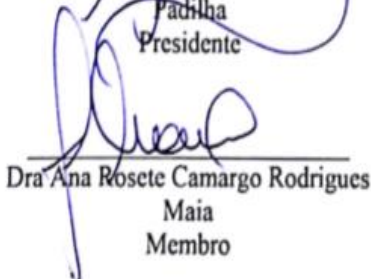
Banca Examinadora:



Dra. Maria Itayra Coelho Souza
Padilha
Presidente



Dra. Mariana Vieira Villarinho
Membro



Dra. Ana Rosete Camargo Rodrigues
Maia
Membro



Dra. Isabel Cristina Alves Maliska
Membro

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Milintino Nickel e
Edla Maria Quintal Nickel.
Aos profissionais de saúde
participantes da pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, pelo carinho e profissionalismo.

Aos membros da banca examinadora e demais servidores, professores e alunos da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, pelo suporte acadêmico e convivência enriquecedora.

Aos profissionais de saúde, participantes da pesquisa, por compartilhar suas experiências profissionais e de vida.

À Secretaria Municipal de Saúde, pelo apoio e confiança na pesquisa.

Aos colegas e chefias de enfermagem do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC, pela compreensão e incentivo para com minha vida acadêmica.

Às parceiras de estudos, Luciane Patrícia Oliare e Elaine Cristina Novatzki Forte, pelos incentivos e compartilhamento de conhecimentos, assim como, pelos ouvidos e coração sempre atentos às minhas (muitas) inquietações.

Ao meu companheiro de sonhos e realidades, Daniel Henrique Joppi, pelo zelo que tem por mim.

Gratidão à vida.

NICKEL, Luana. **O cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde:** história oral dos profissionais de saúde, Florianópolis (2005 – 2014). Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 132p.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Linha de Pesquisa: História da Educação e do Trabalho em Saúde e Enfermagem.

RESUMO

Pesquisa sócio histórica de abordagem qualitativa, com o objetivo de compreender o evolução do cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde no município de Florianópolis-SC durante o período de 2005 a 2014. O cenário do estudo foi a Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis/SC, particularmente os Distritos Sanitários de Saúde e os sujeitos da pesquisa foram profissionais da saúde (coordenadores ou apoiadores da Atenção Básica à Saúde, com experiência profissional prévia nas Unidades Básicas de Saúde, no período do estudo. Para a coleta de dados utilizamos como método-fonte, a História Oral, a partir de entrevistas semiestruturadas com sete trabalhadores da saúde, dentre estes, cinco enfermeiras e dois médicos. Para a organização e análise dos dados, utilizamos o software Atlas.ti (*Qualitative Research and Solutions*) e a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2009). Os resultados obtidos foram apresentados na forma de dois manuscritos. No primeiro, intitulado “O caminho do cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde (2005-2014)”, apresentamos as ações de promoção, prevenção e tratamento realizadas pelos profissionais de saúde às pessoas que (con)vivem com HIV/aids, abordando também as dificuldades encontradas no processo de trabalho e a complexidade da temática do HIV/aids nas práticas em saúde. Depreende-se que a experiência de lidar com as pessoas que (con)vivem com HIV/aids na Atenção Básica está sob grandes transições que proporcionam o enriquecimento dos profissionais de saúde na

aprendizagem diante dos seus próprios desafios, profissionais e pessoais, nas práticas assistenciais cotidianas. No segundo manuscrito, intitulado “(Con)viver com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde: percepções dos profissionais na assistência à saúde (2005 – 2014)”, teve por objetivo conhecer as percepções dos profissionais de saúde na Atenção Básica à Saúde durante suas vivências no cuidado às pessoas com HIV/aids no período de 2005 a 2014. Neste, identificamos os aspectos de confidencialidade, os riscos para os profissionais, o vínculo com o usuário e os sentimentos vivenciados durante o cuidado às pessoas com HIV/aids no período de 2005 a 2014, na Atenção Básica à Saúde. Cabe ressaltar que este artigo apresenta a criticidade do tema HIV/aids e sua relação com o processo de trabalho. Conclui-se que houve uma transformação nas práticas dos profissionais de saúde da Atenção Básica à Saúde em relação ao HIV/aids, percebida em relação às novas possibilidades de convivência com a doença, seja por parte das pessoas que (con)vivem com o HIV/aids, quanto pelos profissionais de saúde. O estudo permitiu abordar um período histórico recente, demonstrando que as práticas de saúde para o cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids estão em constante transformação a medida que há o empoderamento das atribuições dos profissionais na Atenção Básica à Saúde e que isso repercute também em diferentes desafios paradigmáticos nas relações de trabalho, na ação direta do cuidado e na maneira do próprio profissional se posicionar frente ao cuidado desse público específico.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Prestação de Cuidados de Saúde. Profissionais da saúde. História da Saúde.

NICKEL, Luana. **Caring for People living with HIV/AIDS in Basic Health Care:** Oral History of health professionals, Florianópolis (2005-2014). Dissertation (Master Degree in Nursing) – Post Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 132p.

Advisor: Dr. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha.

Research Line: History of Education and Work in Health and Nursing

ABSTRACT

A qualitative research with a socio-historical approach aimed at understanding the evolution of caring for people living with HIV/AIDS in Basic Health Care in the municipality of Florianópolis-SC, during the period of 2005-2014. The study scenario was the Municipal Secretary of Health, specifically the Health Sanitation Districts. The participants were professionals in the field of health (coordinators or supporters in the Basic Health Care) with prior professional experience in Basic Health Units in the established study period. For data collection was used as method-source, Oral History, from semi-structured interviews with seven health workers, among them, five nurses and two doctors. The software Atlas.ti (Qualitative Research and Solutions) was used to organize the data and the Thematic Content Analysis proposed by Bardin (2009) was used for data analysis. The results were presented in the form of two manuscripts. The first entitled "The path of caring for people living with HIV/AIDS in Basic Health Care (2005-2014). Here, were presented the actions of promotion, prevention and treatment carried out by health professionals to people living with HIV/AIDS. The paper addresses the difficulties encountered in the work process and the complexity of the issue of HIV/AIDS. The manuscript highlights that the experience of working with people living with HIV/AIDS in primary healthcare is experiencing a transition period that provides professional strengthening through identifying and overcoming challenges of professional and personal ways, in daily care practices. The second manuscript, entitled "Living with HIV/AIDS in the Basic Health Care: perceptions of professionals in health care (2005-2014)", is aimed at understanding the perceptions of healthcare professionals in the Basic Health Units

according to their experiences in caring for people with HIV/AIDS in the period of 2005-2014. In this paper were identified issues of confidentiality, risks for professionals, bond with the patient, feelings experienced during caring for people with HIV/AIDS in the period 2005-2014, in primary healthcare. Significantly, this article presents critically the HIV/AIDS phenomenon and its relationship to the working process. It was concluded that there was a transformation in the practices of health professionals on the basic health care in relation to HIV/AIDS. This was perceived in the new possibilities of living with the disease, either by the people who live with HIV/AIDS or by healthcare professionals. The study discussed a recent historical period, showing that healthcare practices of caring for people living with HIV/AIDS are constantly changing as there is an empowerment of the responsibilities of care by basic healthcare professionals, which affects different paradigmatic challenges in labor relations, in the direct of the action of care and the way that the professional positions itself to take care for this population.

Descriptors: Primary Health Care. Acquired immunodeficiency syndrome. Delivery of Health Care. History of Health.

NICKEL, Luana. **El cuidado a las personas que (con)viven con VIH/SIDA en la Atención Básica en Salud:** Historia oral de profesionales en salud, Florianópolis (2005-2014). Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Post-Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 132p.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Línea de Investigación: Historia de Educación y Trabajo en Salud y Enfermería

RESUMEN

Investigación cualitativa, con abordaje sociohistórico, que objetivó comprender la evolución del cuidado a personas que (con)viven con VIH/SIDA en la Atención Básica en Salud en la municipalidad de Florianópolis-SC durante el periodo de 2005-2014. El escenario de estudio fue la Secretaria Municipal de Salud, particularmente los Distritos Sanitarios de Salud. Los participantes fueron profesionales del área de la salud (coordinadores o apoyadores de la Atención Básica en Salud) con experiencia profesional previa en Unidades Básicas de Salud, en el periodo de estudio establecido. Para la recolección de los datos se utilizó como método-fuente, la Historia Oral, a partir de entrevistas semiestructuradas con siete trabajadores de la salud, dentro de ellos, cinco enfermeras y dos médicos. Para la organización de los datos se utilizó el software Atlas.ti (*Qualitative Research and Solutions*) y el Análisis de Contenido Temático propuesto por Bardin (2009). Los resultados obtenidos fueron presentados en la forma de dos manuscritos. El primero titulado “El camino del cuidado a las personas que (con)viven con VIH/SIDA en la Atención Básica en Salud (2005-2014). Aquí, se presentan las acciones de promoción, prevención y tratamiento realizadas por los profesionales de salud a las personas que (con)viven con VIH/SIDA, abordando las dificultades encontradas en el proceso de trabajo y la complejidad de la temática del VIH/SIDA en las prácticas de salud. Se desprende que la experiencia de trabajar con las personas que (con)viven con VIH/SIDA en la Atención Básica se encuentra en un periodo de transición que proporciona el fortalecimiento profesional a través de la identificación y superación de desafíos de índole

profesional y personal, en las prácticas asistenciales cotidianas. El segundo manuscrito, titulado “(Con)vivir con VIH/SIDA en la Atención Básica en Salud: percepciones de los profesionales en la asistencia en salud (2005-2014)”, tuvo por objetivo conocer las percepciones de los profesionales de salud en la Atención Básica en Salud durante sus vivencias en el cuidado a personas con VIH/SIDA en el período de 2005 a 2014. En este identificamos los aspectos de confidencialidad, riesgos para los profesionales, vínculo con el usuario, sentimientos vividos durante el cuidado a las personas con VIH/SIDA en el período de 2005-2014, en la Atención Básica. Cabe resaltar que este artículo presenta la criticidad del tema VIH/SIDA y su relación con el proceso de trabajo. Se concluye que existió una transformación en las prácticas de los profesionales de salud de la Atención Básica en Salud con relación al VIH/SIDA, percibida en las nuevas posibilidades de convivencia con la enfermedad, sea por parte de las personas que (con)viven con el VIH/SIDA o por parte de los profesionales en salud. El estudio permitió abordar un periodo histórico reciente, demostrando que las prácticas de salud para el cuidado de las personas que (con)viven con VIH/SIDA, están en constante transformación a medida que existe un empoderamiento de las atribuciones de los profesionales en la Atención Básica, que repercute en diferentes desafíos paradigmáticos en las relaciones de trabajo, en la acción directa de cuidado y en la manera que el propio profesional se posiciona para cuidar de esta población.

Descriptor: Atención Primaria en Salud. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Prestación de Atención de Salud. Profesionales en Salud. Historia de la Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ABS	Atenção Básica à Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
CD4	Grupamento de diferenciação 4
CAPPS	Comissão de Acompanhamento dos Projetos em Saúde
CESPH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEHCES	Grupo de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde
HD	Hospital-Dia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HO	História Oral
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONUBR	Organização das Nações Unidas no Brasil
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PN-DST/aids	Programa Nacional de DST/aids
PSF	Programa Saúde da Família
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/aids
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Serviços de Assistência Especializada
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância Sanitária
TARV	Tratamento Antirretroviral
TCE	Termo de Cessão de Entrevista
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

UNAIDS

Programa Conjunto das Nações Unidas
sobre HIV/aids

LISTA DE FIGURAS

MANUSCRITO 1

- Figura 1** – Ações efetivadas pelos profissionais da Atenção Básica de Saúde no atendimento à pessoa (con)vivendo com HIV/aids, Florianópolis, 2015..... **61**
- Figura 2** – Dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde da Atenção Básica no atendimento ao paciente com HIV/aids, Florianópolis, 2015..... **71**
- Figura 3** – Aspectos relacionadas ao HIV/aids referidas pelos profissionais da atenção básica, Florianópolis, 2015..... **78**

MANUSCRITO 2

- Figura 1** – Percepção dos profissionais de saúde em relação ao cuidado do paciente com HIV/aids, Florianópolis, 2015..... **92**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
3 REVISÃO DE LITERATURA	33
3.1 HIV/aids: PASSADO E PRESENTE.....	33
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	37
3.2.1 Política de Atenção Básica à Saúde.....	39
3.2.2 Políticas públicas voltadas para o manejo do HIV/aids.....	43
4 MÉTODO	47
4.1 ABORDAGEM metodológica.....	47
4.2 CONTEXTO DE ESTUDO	48
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	48
4.4 COLETA E REGISTRO DOS DADOS	51
4.5 Organização e análise DOS DADOS.....	52
4.6 QUESTÕES ÉTICAS	53
5 RESULTADOS	55
5.1 MANUSCRITO 1: O CAMINHO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE (CON)VIVEM COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE (2005-2014).	55
5.2 MANUSCRITO 2: (CON) VIVER COM HIV/AIDS: GERENCIANDO SENTIMENTOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	87
REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICES.....	121
ANEXO	129

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é um dos grandes desafios da humanidade. Dados relativos ao acesso à terapia antirretroviral, até o final de 2012, demonstram que cerca de 9,7 milhões de pessoas se beneficiaram com a terapia medicamentosa. Atualmente, mais de 4 milhões de pessoas estão vivas porque a comunidade mundial estabeleceu compromissos e cumpriu tarefas para introduzir o tratamento em todo o mundo (ONUBR, 2014).

No Brasil, a epidemia de HIV/aids tem seu marco inicial em 1980, quando a doença era intrinsecamente relacionada ao comportamento das pessoas e com caráter letal. Já a partir de 1990, constatou-se uma transição do perfil epidemiológico resultando em significativas mudanças, como a heterossexualização, a feminização, a pauperização, a interiorização que perdura até os dias atuais, com significativas diferenças loco regionais (BRASIL, 2014).

Anteriormente descrita como condição aguda, a aids estava relacionada ao sofrimento e morte inevitável. Justificativa que se caracterizava pela manifestação rápida da doença depois do diagnóstico, bem como por não existir tratamentos disponíveis, sendo seu desfecho representado por altas taxas de mortalidade. Por isso que o surgimento do Tratamento Antirretroviral (TARV) é caracterizado como um importante meio de suprimir os sintomas e aumentar a sobrevida (PASCHOAL et al, 2014).

Diante desse panorama, três foram os fatores responsáveis pela transição da aids de condição aguda para o patamar de condição crônica de saúde: (1) os avanços no conhecimento sobre a história natural da infecção pelo HIV; (2) a possibilidade de monitorar a progressão da doença com o surgimento de marcadores laboratoriais, tais como os exames de CD4 e de carga viral e (3) o surgimento e avanços da terapia antirretroviral e tratamentos complementares (PASCHOAL et al, 2014).

Geralmente as condições agudas, apresentam curta duração, inferior a três meses de duração, e são autolimitadas; enquanto que as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo, superior a três meses, e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente ao longo da vida. As condições de saúde exigem o enfrentamento com repostas proativas, sejam elas episódicas ou contínuas, de maneira fragmentada ou integrada, tanto do sistema de atenção à saúde (em termos de políticas públicas), como dos profissionais de saúde e da comunidade usuária (MENDES, 2012).

A transição da aids como condição aguda para condição crônica prediz a inovação e incorporação de novos paradigmas e tecnologias de cuidado. Partindo desse pressuposto, entendemos que o cuidar da pessoa vivendo com HIV/aids ultrapassa as ações de oferta e dispensa dos medicamentos da terapia antirretroviral. Essa inferência não reduz nem anula a relevância da terapia e o esforço nacional e internacional diante das dificuldades do acesso medicamentoso. Ao contrário disso, ressaltamos que para além da garantia do tratamento medicamentoso, acreditamos na importância de perceber e refletir os múltiplos aspectos que a aids assume quando definida como condição crônica de saúde.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), as condições crônicas são os problemas de saúde que exigem uma administração e acompanhamento contínuo durante longo período de tempo. Essa condição inclui doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, o câncer e diabetes), as doenças crônicas transmissíveis (aids), distúrbios psíquicos específicos (depressão e esquizofrenia) e ainda, lesões corporais como as amputações e cegueira (MENDES, 2012).

O histórico inicial da epidemia pelo vírus HIV predizia que ter o diagnóstico de aids era sinônimo de provável óbito. No entanto, com o desenvolvimento e avanços na ciência médica, a pessoa diagnosticada com HIV/aids consegue administrar e viver com qualidade durante muitos anos. Não obstante, os profissionais de saúde podem expressar frustração em relação à sua atividade profissional e ao próprio gerenciamento das

condições de saúde vivenciadas pela pessoa assistida devido a amplitude das necessidades de cuidado que fogem apenas à assistência biologicista e centralizada no hospital (MENDES, 2012).

Conforme acentua Mendes (2012), romper com o paradigma do atendimento ao episódio agudo, da cura para o cuidado contínuo às condições crônicas, do comprometimento com a sociedade, é um dos grandes desafios postos para o milênio que vivenciamos e, em maior responsabilidade, para aqueles que são protagonistas do processo de cuidar.

Os profissionais de saúde são desafiados a não apenas cuidar de corpos e de doenças, mas sim de pessoas acometidas por processos saúde-doença que ultrapassam o campo intervencionista imediato e biológico. Acentua-se a isso o fato da terapêutica ultrapassar as fronteiras do hospital e exigir um posicionamento multidisciplinar e intersetorial.

Os avanços na saúde pública e o acesso ao desenvolvimento tecnológico estão permitindo o aumento da expectativa de vida, e conseqüentemente, um número cada vez maior de pessoas vivendo décadas com uma ou mais condições crônicas de saúde. Nesse sentido, serão necessários esforços coordenados e sustentados de diferentes segmentos da sociedade, e dentre estes, ressaltamos a importância das políticas de saúde e o comprometimento dos líderes governamentais, sobretudo dos profissionais de saúde nas tomadas de decisão.

Felizmente, podemos nos deparar com estratégias conhecidas e eficazes para abreviar o aumento das condições crônicas e reduzir seu impacto negativo, bem como proporcionar qualidade de vida às pessoas acometidas por processos saúde-doença que comprometem o seu bem-estar.

No Brasil, o enfrentamento da epidemia HIV/aids se consolidou com estratégias e políticas públicas sólidas, com reconhecimento internacional. No início da década de 1990, a proposta de intervenção do Ministério da Saúde para a assistência aos indivíduos portadores de HIV/aids, abrangeu diversos campos como: o credenciamento de hospitais, o desenvolvimento do Programa de Alternativas Assistenciais, a

definição de condutas terapêuticas, políticas de medicamentos e capacitação de profissionais no manejo clínico dos pacientes. Ressaltamos ainda os projetos de Serviços de Assistência Especializada, Hospital-Dia, Assistência Domiciliar Terapêutica e Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2011).

O contexto político e social do início dos anos 2000 ficou marcado pela ampliação do número de pessoas testadas para o vírus do HIV. As diretrizes nacionais se alteraram e o Ministério da Saúde passa a preconizar explicitamente a universalização da oferta do teste anti-HIV, buscando cumprir os princípios da equidade e da integralidade da assistência. Fica recomendada também a capacitação dos profissionais de saúde e realização de atividades de prevenção intra e extramuros a fim de garantir a equidade no acesso aos serviços (BRASIL, 2008).

O campo de assistência da saúde à pessoa vivendo com HIV/aids se configura num espaço de múltiplas exigências e diferentes níveis de complexidade. São diversos os ambientes em que os profissionais ainda supervalorizam os saberes biomédicos, fragmentam o processo de integralidade e fragilizam as oportunidades de inovar ou empreender novas formas de cuidar.

A aproximação com os profissionais envolvidos no cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids, por meio da ampliação e qualificação de espaços de diálogo, fundamentados no próprio agir cotidiano dos serviços, permitem que estes próprios possam ressignificar e reorientar seu modo de fazer em saúde e ainda refletir sobre o universo complexo que é o processo de cuidar diariamente (FERRAZ; NEMES, 2013).

Para abordar as mudanças ocorridas no processo de cuidar à pessoa vivendo com HIV/aids é relevante reconhecer que, para além dos avanços nas políticas públicas, seja palco de investigação a receptividade, o enfrentamento e adaptação dos profissionais a esse novo paradigma que configurou a aids de uma condição aguda para condição crônica de saúde.

É reconhecido que diversos estudos, sejam eles com objetivos epidemiológicos, sociológicos ou sobre o comportamento humano, buscam apresentar os determinantes

que caracterizem a expansão da epidemia ou que possam sugerir propostas de intervenção nas políticas públicas e ainda ações que evitem a disseminação do HIV. Entretanto, apesar das conquistas alcançadas, quando nos referimos ao prognóstico, terapia medicamentosa e acesso aos serviços especializados, “não se pode esquecer que a doença continua incurável”. (KLETEMBERG et al., 2011, p.302).

Diante deste cenário, pretendemos com este estudo nos aproximar dos profissionais que fizeram parte do processo de transição do cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids. Profissionais de saúde que trabalham na rede de Atenção Básica à Saúde e que vivenciaram o processo de descentralização do cuidado do HIV dos Serviços de Assistência Especializada para a Atenção Básica à Saúde. E compreender quais as práticas de cuidado, as estratégias e mudanças do fazer cotidiano em saúde, entendendo também que este campo de investigação é indissociável do contexto histórico e político-social do país, assim como do processo de formação educacional e profissional.

Ao percebermos o campo fértil que esta realidade descortina e em especial a atuação dos profissionais de saúde, acreditamos que seja relevante conhecer as implicações e conquistas desse determinado tempo histórico. Pois sabemos que um dos objetivos da investigação histórica é acolher o passado, a fim de repensar o presente e oportunizar ações futuras (PADILHA; BORENSTEIN; 2005).

O tema a ser pesquisado está alinhado às prioridades sociais do momento em que vivemos e ainda terá a possibilidade de contribuir na melhoria da assistência profissional e na qualidade de vida da população que (con)vive com HIV/aids.

O interesse por esta temática está vinculado à participação da pesquisadora ao Grupo de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES), que tem o compromisso de desenvolver estudos no âmbito da história da enfermagem e saúde brasileira, instituições e políticas de saúde, contribuindo para o debate político-social acerca de temas relevantes na sociedade.

A pesquisa está associada ao macroprojeto: A História da Enfermagem e sua articulação com o cuidado, o ensino e a

pesquisa – Uma análise a partir da História da Aids em três países (1986-2013), sob a coordenação da Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha.

Tendo em vista o impacto da comorbidade HIV/aids para a sociedade, seja brasileira ou mundial, consideramos que esta pesquisa seja relevante para a ampliação dos conhecimentos referente à evolução da assistência aos indivíduos portadores de HIV/aids. Pois o percurso metodológico desta pesquisa na perspectiva histórica permitirá reconhecer que o HIV/aids

representa um novo desafio, não só ao avanço da tecnologia e da ciência, mas também no que diz respeito à manutenção e preservação da própria existência humana, pois ela é considerada uma das mais estigmatizantes enfermidades do mundo no final do século XX (GUEDES; BORENSTEIN; MEIRELLES; 2011, p.87).

Destarte, o estudo configura-se como importante instrumento de reflexão a cerca do saber-fazer dos profissionais de saúde, preocupados e comprometidos com uma assistência de qualidade e diante das múltiplas necessidades e peculiaridades do indivíduo que vivencia o HIV/aids.

No ano de 2005, foi publicada a portaria que regulamenta o uso de testes rápidos como diagnóstico da infecção pelo HIV – Portaria 34, de 28 de julho de 2005. Este documento institui a realização de testes rápidos para diagnóstico de infecção pelo HIV em serviços de saúde e maternidades, como estratégia de ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV.

Diante do exposto, a pesquisa teve com ponto de partida o ano de 2005, quando o cenário nacional ficou marcado pelo fortalecimento do teste rápido anti-HIV para diagnóstico nos serviços do SUS, abrangendo a Atenção Básica de Saúde. Acrescido a este marco, ressaltamos que no ano de 2006 iniciou-se o processo de descentralização do cuidado à pessoa que (con)vive com HIV/aids no município de Florianópolis, quando há o acesso ao diagnóstico do HIV na rede de Atenção Básica à

Saúde e não somente nos Serviços de Assistência Especializada.

Como ponto de corte, consideramos o ano de 2014, quando o Ministério promulga o documento intitulado “Caderno de Boas Práticas em HIV/aids na Atenção Básica”, compilado que apresenta como o processo de descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids na atenção básica acontece na prática assistencial dos profissionais de saúde. Neste mesmo ano, há a publicação do Manual Ministerial intitulado “5 passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica” para qualificação da assistência profissional.

A partir desse universo de informações, formulamos a seguinte questão de pesquisa: De que forma os profissionais de saúde da Atenção Básica experienciaram o processo de cuidar das pessoas que (con)vivem com HIV/aids?

As contribuições desta pesquisa também irão colaborar para a produção de conhecimento e fortalecimento do GEHCES, bem como para toda a área de conhecimento da Pós-graduação em Enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o evolução do cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde do município de Florianópolis-SC, no período de 2005 a 2014.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica no que se refere às ações de promoção, prevenção e tratamento de pessoas com HIV/aids, no período de 2005 a 2014;

- Conhecer as percepções dos profissionais de saúde diante do cuidado às pessoas que (con)vivem HIV/aids na Atenção Básica à Saúde, no período de 2005 a 2014.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 HIV/AIDS: PASSADO E PRESENTE

A tarefa de lidar com a epidemia de aids exigiu o desenvolvimento de novos paradigmas de cuidado, convocando os profissionais de saúde para mudanças estratégicas na assistência a pessoa vivendo com HIV/aids. Apesar dos avanços científicos conquistados desde o início da epidemia, a aids persiste sendo um grave problema de saúde pública nacional e mundial (MALISKA et al, 2011).

Após mais de 30 anos, a aids continua a ser um dos mais sérios desafios mundiais à saúde, tendo custado mais de 35 milhões de vidas em todo o mundo. A contaminação pelo vírus HIV continua a ser a quinta principal causa de morte entre adultos e a principal causa de morte de mulheres entre 15 e 49 anos e apesar da queda geral no número de pessoas recém-infectadas pelo vírus, 2,5 milhões de pessoas o adquiriram em 2011, incluindo 890 mil jovens (ONUBR, 2014).

Conforme reunião realizada em 12 de dezembro de 2014, na cidade de Genebra, a Junta de Coordenação do Programa UNAIDS reafirmou o seu compromisso com o fim da epidemia da aids até 2030 objetivando que ela deixe de ser uma ameaça à saúde pública. Além disso, reconheceram a necessidade de acelerar as ações e investimentos, pactuando uma nova estratégia para o período de 2016-2021, com definição de metas ambiciosas para a prevenção do HIV e que reduzam o estigma e a discriminação entre as pessoas que buscam os serviços de saúde (UNAIDS, 2015).

No Brasil, segundo estimativas realizadas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, aproximadamente 718 mil pessoas vivem com HIV/aids no Brasil (BRASIL, 2013). Já os primeiros casos no país ocorreram na década de 1980. O estado de Santa Catarina notificou seu primeiro caso em 1984, tendo como características o modo de transmissão por uso de drogas injetáveis e alguns municípios com as mais altas taxas de

incidência no país. Desde o início da epidemia as autoridades em saúde foram convocadas a prestar respostas urgentes e não cessaram até os dias atuais. Foram criadas inúmeras ações referente ao campo das doenças sexualmente transmissíveis com os objetivos de prevenção e redução da incidência pelo HIV (MALISKA et al, 2011).

O Brasil sempre teve caráter vanguardista do movimento contra o HIV/aids, assumindo estratégias inovadoras com comprometido político ativo, pesquisas com evidências científicas, e principalmente, baseado em princípios de direitos humanos. A resposta nacional no manejo à epidemia conta com adesão dos governos em seus diferentes níveis de gestão, da sociedade civil organizada, das academias, do setor privado, de parceiros internacionais e, mormente as pessoas vivendo com HIV (ONUBR, 2014).

Ao adentrarmos ao quarto de século de história da epidemia, reconhecemos que as ações de enfrentamento à aids foram relevantes e propulsoras na medida que o problema teve uma abordagem exitosa. Contudo, a vigilância deve ser permanente e contínua, uma vez que novas abordagens são necessárias para vencer os desafios da atualidade. Os diferentes segmentos da sociedade, tanto da esfera governamental quanto da civil, são permanentemente convidados a manter a responsabilidade de vigilância e assistência de qualidade para o sucesso das políticas em DST/AIDS (MALISKA et al, 2011).

O Ministério da Saúde instituiu, no ano de 1985, através do Decreto Presidencial Nº 6.860/09, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST e Aids, integrando ainda no mesmo ano as Hepatites Virais. Neste mesmo ano, o departamento passou por alterações e foi renomeado para Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (BRASIL, 2015).

Quando nos referimos à rede ambulatorial de assistência aos portadores do HIV/aids, podemos notar que ocorreu um aumento progressivo em resposta à demanda assistencial crescente. Houve a implantação de serviços alternativos à forma convencional de assistência (centralizada no atendimento hospitalar), com conceitos individualizados de níveis de atenção,

proposta de resolutividade perante o diagnóstico e terapêutica. Foram criados os projetos de Serviços de Assistência Especializada (SAE), Hospital-Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) (MALISKA, 2012).

As diretrizes do controle da epidemia no país são por um lado reflexo dos princípios legais do SUS, e de outro lado, da evolução dinâmica da resposta de uma sociedade ao desafio representado por esta epidemia: a integração entre prevenção e assistência; o respeito aos direitos humanos e diálogo com a sociedade; trabalho conjunto entre Governo e organizações não-governamentais; acesso universal ao tratamento; produção doméstica de medicamentos; combate ao estigma e ao preconceito; uma política de redução de danos para pessoas que usam drogas; ações voltadas a prevenção da transmissão vertical; descentralização das ações e cooperação internacional, tanto técnica quanto financeira (COUTO, 2009, p.15).

Para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids no país, o foco das ações configurou-se na implementação de intervenções de prevenção combinadas, com ênfase para o protocolo de diagnóstico e tratamento em áreas com dificuldade para acesso e ampliação dos serviços de saúde. Assim, as atividades realizadas no âmbito da Atenção Básica à Saúde ganharam força, pois estão diretamente envolvidas na responsabilidade ao estímulo à terapia antirretroviral pelas pessoas vivendo com HIV, independentemente de seu estado imunológico (BRASIL, 2013).

Atualmente caracterizada pela pauperização, heterossexualização, feminilização, interiorização e juvenilização, bem como pela disponibilidade de antirretrovirais cada vez mais eficazes, as atividades do processo de cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids, vem-se transformando profundamente mediante os avanços tecnológicos, sociais e inovações protagonizadas pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2013).

Podemos inferir, conforme Maliska (2012), que as políticas públicas devem sofrer permanentes modificações porque a rede de cuidado a pessoa vivendo com HIV/aids está contemplada majoritariamente por ações de média e alta complexidade. Fato que não tem sido suficiente para garantir a integralidade das ações em saúde, demonstrando a necessidade de descentralização do financiamento, assim como a expansão das ações de assistência ambulatorial para a Atenção Básica de Saúde. Um dos exemplos de mudança no paradigma de cuidado foi a oferta de acesso a terapia antirretroviral, a partir de 1996 na rede pública de saúde, proporcionando maior longevidade e qualidade de vida àqueles acometidos pela infecção.

Nesse sentido, o sistema de atenção à saúde deve responder aos desafios impostos de modo coerente e baseado nas necessidades de saúde da população. Sabemos que o perfil epidemiológico do Brasil está caracterizado pelo envelhecimento da população, o que acarretará um impacto crescente de doenças crônicas. Conseqüentemente, será necessário que o sistema de saúde contemple as demandas impostas com a prestação adequada de serviços, a fim de construir repostas efetivas e socialmente comprometidas, reformulando estratégias para o enfrentamento das condições crônicas de saúde (MENDES, 2012).

Sabendo que as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo e a ausência de planos de gerenciamento às necessidades das condições crônicas; usuários, trabalhadores da saúde e, sobretudo, os representantes governamentais precisam reconhecer que as condições crônicas requerem um tratamento diferente no sistema de saúde. Há urgência na mudança de paradigma até mesmo por estamos, cada vez mais engessados por limitados recursos (MENDES, 2012).

Acreditamos que diante desse panorama complexo, a postura profissional será preponderante na busca de estratégias inovadoras, na permanente luta por recursos financeiros e apoio governamental, e ainda, na produção e disseminação de conhecimento sobre as condições crônicas e os diferentes modos de cuidar.

Atualmente, tendo em vista o cenário de grandes diversidades no cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids, o Ministério da Saúde apresenta a gestão compartilhada da atenção à saúde entre a rede primária (Unidade Básica de Saúde) e a rede secundária (Serviço de Assistência Especializada) como medida essencial para melhorar a assistência a esse público no Brasil. A descentralização do cuidado através da gestão compartilhada tem como objetivo aumentar o acesso e manejo clínico à pessoa acometida por essa condição de saúde, empoderando os profissionais da Atenção Básica para o diagnóstico precoce e início do tratamento no momento oportuno (BRASIL, 2014).

Conforme resultado de pesquisa realizada no contexto HIV/aids, Villarinho e outros (2013) concluíram que o cotidiano da assistência se apresenta com inúmeras barreiras para a efetivação de um cuidado individualizado e integral, caracterizado pelas enormes diversidades regionais, bem como pela falta de diálogo nas diferentes esferas governamentais. Ressaltam que a descentralização pode ser definida como o maior desafio de todos no enfrentamento contra o HIV/aids. E que apesar dos avanços advindos das políticas públicas de saúde no Brasil, ainda estamos diante de um longo e árduo caminho em busca da qualidade da assistência às pessoas que (con)vivem com HIV/aids.

Entendemos que o reconhecimento da história e da atuação dos profissionais no fazer cotidiano da área de saúde, especificamente na Atenção Básica à Saúde, implicam no desenvolvimento de conhecimento acerca da integralidade do cuidado à pessoa que (con)vive com HIV/aids, assim como na superação de injustiças e preconceitos.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas públicas têm o intuito de responder às necessidades da população, por meio de ações realizadas pelo Estado e seus agentes, contando com a participação ou não da sociedade civil, para garantir os direitos previstos em lei. Particularmente com relação ao campo da saúde, as políticas

públicas criam sistemas de atenção à saúde como respostas sociais deliberadas para minimizar as disparidades existentes na sociedade.

Em 1948, o direito à saúde foi reconhecido internacionalmente por meio da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas. Do mesmo modo, na Conferência Internacional sobre cuidados primários à saúde, ocorrida em 1978 na cidade de Alma-Ata, foi reafirmado a saúde como um direito humano universal, promulgada pela Declaração de Alma-Ata (MEDINA et al, 2014).

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi fruto do movimento social, denominado de Reforma Sanitária, nas décadas de 1970 e 1980, formado por pesquisadores, profissionais de saúde, estudantes, sindicatos, entidades comunitárias e sociedade científicas, que exigiam a democratização e reestruturação dos serviços de saúde (BATISTA; SOUZA; 2012).

A Reforma Sanitária buscou garantir a saúde como direito individual, traduzida na equidade e no acesso universal a um sistema público de saúde, solidário e inclusivo. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, buscou transformar o arcabouço jurídico-institucional do setor saúde e assegurá-la como direito de todo cidadão brasileiro. Dois anos depois, a Constituição da República anunciou as garantias para sistematizar as ações e os serviços de saúde inscritos pela universalidade do acesso, equidade e integralidade da assistência com a regulamentação do SUS (MITRE; ANDRADE; COTTA; 2012).

O Sistema Único de Saúde estabeleceu a maior política de inclusão social da história de nosso país. Anteriormente, os serviços de saúde separavam quem portava a carteirinha do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e que tinha acesso a uma assistência curativa razoável daqueles que eram atendidos por uma medicina simplificada na atenção primária à saúde e como indigentes na atenção hospitalar. O SUS rompeu essa separação injusta e fez da saúde um direito de todos e um dever do Estado (MENDES, 2013).

3.2.1 Política de Atenção Básica à Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), diante de princípios regulamentados e apoiados pela Reforma Sanitária, estabelece a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para destacar a reorientação do modelo assistencial na perspectiva de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. A Atenção Primária à Saúde, também chamada de Atenção Básica à Saúde, foi organizada e está pautada nos princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (resolubilidade, descentralização, regionalização e hierarquização).

A Atenção Básica à Saúde tem como princípios fundamentais a integralidade, a universalidade, a descentralização, a equidade e a participação popular, sendo seu desafio maior a ampliação das fronteiras de atuação para alcançar a resolubilidade da atenção. Caracteriza-se por

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p.19).

A Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e institui a revisão de normas e diretrizes para organização da Atenção Básica no Brasil. Considerando a expansão e consolidação do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a PNAB estabelece os princípios gerais, as responsabilidades de cada esfera do governo, a infraestrutura e os recursos necessários, o financiamento, o cadastramento das unidades básicas, o processo de trabalho das equipes, suas

atribuições e o processo de educação permanente (BRASIL, 2006).

Em decorrência das vivências acumuladas de um conjunto de atores ligados historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo, a Portaria nº 648 é revogada e se estabelece a Portaria nº 2488/GM de 21 de outubro de 2011, que revisa as normas e diretrizes para organização da atenção básica no Brasil, incluindo a Estratégia Saúde da Família (ESF) em substituição ao PSF e contemplando a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011).

Contando com alto grau de descentralização e capilaridade, a Atenção Básica permanece focalizada no local mais próximo da vida das pessoas na busca de ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. De tal modo, segue orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

No Brasil, o SUS tem como modelo organizacional a pirâmide de níveis de atenção - atenção básica, média e alta complexidade, priorizando a atenção primária como porta de entrada. De modo que a Atenção Básica à Saúde tem como princípios fundamentais a integralidade, equidade, qualidade e participação social, sendo seu desafio maior a ampliação das fronteiras de atuação para alcançar a resolubilidade da atenção (BACKES et al, 2012; BRASIL, 2012).

Uma das estratégias para atingir tais objetivos foi a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), implementada no Brasil a partir de 1994, para reorganizar e qualificar os serviços de saúde. No lugar de uma assistência voltada para a cura de doenças, este novo olhar centraliza a atenção na saúde da família, compreendida a partir do seu ambiente físico e social, desenvolvendo práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família, necessariamente, é formada por uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família), formada por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode-se acrescentar a esta formação, integrando a equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O ambiente multiprofissional proporciona um alto grau de articulação de saberes entre os profissionais, de maneira que cada campo de competência profissional qualifica as ações do processo de cuidado, ampliando as possibilidades de práticas resolutivas (BRASIL, 2014). Esse arranjo da ESF implica na transformação de um paradigma centrada na doença para um processo de acolhimento, onde a centralidade do cuidado esteja focada na integralidade do sujeito.

Para potencializar os processos de referência e contra referência, melhorar a resolubilidade das equipes de saúde da atenção básica, o Ministério da Saúde aprova a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), no ano de 2008, e atualmente, regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Os NASF são compostos por equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, entre elas, psicologia, serviço social, que buscam compartilhar conhecimentos e práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das equipes (BRASIL, 2012).

A atenção básica à saúde desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Não obstante, não pode ser entendida majoritariamente apenas como porta de entrada do sistema, porque essa postura define a baixa capacidade de resolver problemas e implica na desqualificação e isolamento. Entendemos que a atenção básica não pode ser a sua única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneiras diversas e todas devem ser acolhidas.

Também não deve ser considerada porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas (BRASIL, 2012).

As RAS são arranjos organizativos estabelecidos por ações e serviços de saúde com variadas configurações tecnológicas e encargos assistenciais. Articulados de forma complementar e com base territorial apresentam múltiplos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012).

Conforme Mendes (2013), a expansão da ESF aponta uma das opções mais estratégicas feita no sistema de saúde brasileiro ao longo de toda sua história. As evidências demonstram que se produziram, nos âmbitos internacional e nacional, evidências robustas comprovando que a orientação com sistemas de saúde focado na Atenção Básica é responsável diminuição da mortalidade, redução dos custos da atenção, maior acesso a serviços preventivos, melhoria da equidade em saúde, redução das internações hospitalares e redução da atenção de urgência.

Nesse sentido, entende-se que o direcionamento das políticas públicas de saúde impõe nitidamente a necessidade de transformação constante do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes. As relações de/em redes de assistência exigem de seus participantes (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de percepção e intervenção na construção de práticas transformadoras e na gestão das mudanças.

Portanto, a consolidação da Atenção Básica foi um marco essencial no cenário brasileiro como palco de estratégias para monitoramento das populações mais vulneráveis, ampliação de atividades de prevenção e incentivo à integralidade do cuidado. Especificamente no ano de 2005, os testes rápidos para o diagnóstico do HIV foram disponibilizados no País com maior

intensidade com o objetivo de ampliar os índices de retorno aos serviços, que seria a busca pelo resultado do teste, e aumentar a testagem de populações mais vulneráveis que possuem dificuldade de acesso aos serviços do SUS (BRASIL, 2011).

O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde lançou em 2014 uma série de publicações chamada Caderno de Boas Práticas. A primeira edição foi sobre o Manejo do HIV na Atenção Básica. No caderno, há experiências com esmero das cidades de Fortaleza, Rio de Janeiro, Curitiba e Porto Alegre sobre a assistência a pacientes nas unidades básicas de saúde. Ainda está prevista para o primeiro trimestre de 2015 os temas sobre testagem de HIV em populações-chaves por meio do fluido oral e tratamento da sífilis na atenção básica (BRASIL, 2014). Esses documentos expressam o movimento contínuo de trabalho realizado por diferentes segmentos, governamentais e não-governamentais, nacionais e internacionais, e principalmente, inferidos diretamente pela ação de cuidado realizados pelos profissionais de saúde que atuam diariamente com as pessoas que (con)vivem com HIV/aids e são ao mesmo tempo moldados por estes.

3.2.2 Políticas públicas voltadas para o manejo do HIV/aids

As políticas relacionadas ao HIV/Aids no Brasil, também estão marcadas por intensas mobilizações políticas e sociais. Foram acompanhadas pelas transformações nos serviços de saúde estimuladas pela Reforma Sanitária e propriamente pela criação do SUS. Todavia, em virtude da gravidade do dano, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de DST/Aids, no ano de 1986, com os objetivos de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção e reabilitação; garantir os direitos essenciais aos portadores da doença, com execução de ações pelas três esferas do governo: estadual, federal e municipal (SOUZA et al, 2012).

Em 1987, na busca por reduzir a multiplicação do vírus HIV, iniciou-se a utilização de inibidores de transcriptase reversa no tratamento da aids. Entretanto, só em 1996, o Brasil garantiu o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais,

por meio do advento dos inibidores de protease (BARROS; GUIMARÃES; BORGES; 2012).

A política de distribuição de medicamentos do Programa Nacional de DST/aids (PN-DST/aids), aprovada pela lei federal nº 9.313/96, que regulamenta a distribuição gratuita de medicamentos aos indivíduos vivendo com HIV e/ou aids, caracterizou o advento do uso da Terapia de Antirretroviral (TARV), conhecido na época como coquetel. Observou-se uma diminuição da incidência da doença e a mortalidade por aids caiu drasticamente. O uso do TARV diminuiu a mortalidade pelo vírus, ocasionando o aumento da sobrevivência dos doentes. No período de 1996 a 2002 ocorreu a chamada fase da “terapia altamente ativa”, onde se observou a mudança de doença aguda para doença crônica. Entre 2003 e 2007, uma nova fase foi denominada como “terapia de resgate”, em que se rastreamos novas combinações de medicamentos diante dos insucessos terapêuticos anteriores. E, mais uma vez ressurgiu, nos dias atuais, a fase da “terapia de resgate”, devido a pesquisas que vem demonstrando a redução da transmissão do HIV por meio do uso de antirretrovirais (SCHEFFER, 2012; RAMOS, 2014).

Em razão dos avanços advindos dessa política, o Brasil ganha notoriedade no cenário mundial e legitima seu poder nas discussões internacionais sobre o tema. As estratégias na condução do HIV/Aids modificaram o perfil da epidemia, alcançando a diminuição do número de internações, a redução significativa da mortalidade e a melhora na qualidade de vida das pessoas. Esta situação demarcou a transição da Aids de uma condição aguda para a condição de cronicidade (SANTOS; LUCENA, 2013).

O paradigma de cronicidade da doença alerta para a necessidade de transformação e aplicação de novas formas de pensar e fazer saúde, de modo que as tecnologias e avanços científicos sejam incorporados para respeitar a integralidade da condição humana, seus direitos e suas potencialidades.

A partir de outubro de 2004, o Programa Brasileiro de DST e Aids estabeleceu novas estratégias de incentivo à inovação e a geração do conhecimento relacionado ao HIV/aids e demais doenças sexualmente transmissíveis, com objetivo de contribuir

para o aprimoramento do conhecimento científico e tecnológico em epidemiologia, assim como para o diagnóstico e assistência, prevenção e direitos humanos. Nesse caminho que surge a tecnologia do teste rápido para diagnóstico do HIV e torna-se um importante instrumento para detectar com rapidez e eficiência a infecção pelo vírus. Um dos primeiros serviços contemplados com essa tecnologia foram as maternidades, com o intuito de acolher as gestantes que não realizaram o exame para diagnóstico do HIV durante o pré-natal (BRASIL, 2006).

A Portaria nº 34/SVS de 28 de julho de 2005 regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais, com vistas na ampliação e qualificação do acesso ao diagnóstico da infecção, bem como oportuniza a introdução, em tempo oportuno, da terapia antirretroviral. São estratégias que recentemente instituídas e que seguem em desenvolvimento e implementação. A intencionalidade dessa tecnologia abarca a ampliação do acesso da população ao teste anti-HIV, a garantia de ações voltadas para o controle da transmissão vertical, e que isso possa ser promovido também por ações articuladas junto à atenção básica (BRASIL, 2005).

Estudo realizado por Araújo et al (2014) sobre o acesso aos serviços para a realização do teste anti-HIV, revela a importância da reflexão dos serviços e profissionais de saúde quanto à definição de diretrizes para o desenvolvimento de estratégias de implementação das políticas públicas voltadas para a ampliação da testagem sorológica para o HIV. E apesar de concluir que o acesso mais fácil e a porta de entrada preferencial do indivíduo à saúde é através da atenção básica, o estudo aponta que é fundamental a organização dos serviços para que a promoção de ações preventivas, individuais e coletivas, sejam incorporadas à rotina profissional.

A despeito das conquistas, novos desafios se apresentam: a tendência de crescimento nas regiões Sul, Nordeste e Norte; as mulheres e a população mais empobrecida persistem como grupos altamente vulneráveis; a sustentabilidade a médio e longo prazo do acesso universal ao diagnóstico precoce e aos medicamentos antirretrovirais, e a meta de ampliação do escopo

de atuação das equipes de atenção básica no acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/aids (BRASIL, 2012).

Os desafios exigem atenção e reorganização dos processos assistenciais, educacionais, bem como estratégias e regulamentação política. O direcionamento de ações de preventivas (teste rápido) para a rede de Atenção Básica requer ampliação das ações profissionais, capacitação das diferentes atividades com a garantia de que sejam efetivas e se distanciem dos estigmas, preconceitos e discriminação na relação do cuidado.

Considerando a riqueza das transformações ocorridas e o pleno desenvolvimento de ações e ferramentas de incentivo ao cuidado, particularmente no âmbito da promoção e prevenção do HIV/aids, torna-se oportuno estudar como os profissionais de saúde da Atenção Básica experienciam esse processo de cuidar das pessoas que (con)vivem com HIV/aids.

4 MÉTODO

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

O presente estudo está caracterizado por pesquisa qualitativa com abordagem sócio histórica, por entender ser possível desvelar as contribuições dos profissionais de saúde que vivenciaram a evolução do cuidado no manejo às pessoas que vivem com HIV/aids após a descentralização do Serviço de Assistência Especializada para a Atenção Básica à Saúde.

A pesquisa qualitativa constitui-se ferramenta importante na investigação do universo subjetivo articulado por questões éticas. Polit e Beck (2011) descrevem que as pesquisas de abordagem qualitativa, baseiam-se na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios atores. Assim, a pesquisa qualitativa é um campo livre e rico de percepções e subjetividades dos seres humanos.

A pesquisa histórica tem como principal objetivo “lançar luzes sobre o passado para que este possa clarear o presente, inclusive fazer perceber algumas questões futuras” (PADILHA; BORENSTEIN, 2005, p. 577). Portanto, utilizou-se o método da história oral, que é um “método de pesquisa histórica, antropológica e sociológica que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam acontecimentos, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo” (ALBERTI, 2004, p.18). Desta forma, a história oral concentra-se na memória dos seres humanos e na sua capacidade de recordar do passado, sendo testemunha dos fatos vividos (MATOS; SENNA, 2011).

Ao utilizarmos o recurso da história oral, caracterizado pelas entrevistas orais e individuais, o estudo possibilitou resgatar detalhes da história vivenciada pelos participantes da pesquisa, permitindo que aspectos relevantes fossem revelados e materializados na forma escrita (MEIHY, 2002).

4.2 CONTEXTO DE ESTUDO

O estudo teve como cenário a Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis/SC, particularmente os Distritos Sanitários, que estão organizados conforme sua localização geográfica. São cinco distritos: **Distrito Sanitário Centro, Distrito Sanitário Continente, Distrito Sanitário Sul, Distrito Sanitário Leste e Distrito Sanitário Norte**, cada qual com um coordenador responsável e profissionais da saúde como apoiadores. Os distritos são responsáveis pela coordenação e gestão das diferentes de serviços de saúde, enfatizando que essa atuação seja configurada através do apoio organizacional, a citar: Centros de Saúde (nacionalmente definidos como unidades básicas de saúde, termo que utilizaremos nesta pesquisa), Unidades de Pronto Atendimento, Policlínicas, Centros de Atenção Psicossociais (Álcool e Drogas, Crianças e Adolescentes), oferecidos à comunidade naquela região determinada.

Justifica-se a escolha intencional pelos Distritos de Saúde por estes serem reconhecidamente setores que agrupam profissionais com experiência profissional prévia na Unidades Básicas de Saúde e que atualmente ocupam cargos de coordenadores e apoiadores dos serviços da rede de Atenção Básica à Saúde. Experiência que está caracterizada pelo eixo da Estratégia Saúde da Família como orientadora do modelo de Atenção à Saúde do município de Florianópolis, conforme explicita a Portaria SS/GAB no 283/2007, da Secretaria Municipal de Saúde-SMS.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes selecionados para este estudo foram profissionais de saúde que atuam como coordenadores ou apoiadores de saúde nos Distritos Sanitários designados para a pesquisa e que tiveram experiência prévia de trabalho nas unidades básicas de saúde no município de Florianópolis-SC. Justifica-se a seleção de diferentes profissionais de saúde por

entender que cada qual, inserido na sua categoria profissional, contribui para um trabalho qualificado na multidisciplinaridade. O trabalho em equipe permite a validação e consolidação de conhecimentos e práticas de cuidado na perspectiva ampliada do olhar à pessoa que (con)vive com HIV/aids.

A seleção inicial dos sujeitos deu-se através do contato com o setor de Pesquisa em Saúde da SMS, que regula e organiza as pesquisas e estudos que pretendem ter como cenário e participantes, os espaços e profissionais da sua rede de saúde. Com a validação da pesquisa por este setor, os coordenadores de cada distrito sanitário foram convidados via endereço eletrônico e/ou telefônico para participarem da pesquisa.

O número de participantes foi delimitado, pois devido as circunstâncias de enfrentamento do período de greve universitária, o parecer do comitê de ética demorou para deliberar o resultado da autorização para a pesquisa, ocasionando a redução no tempo para coleta de dados. Portanto, a pesquisa selecionou intencionalmente representantes de cada distrito sanitário, como objetivo de contemplar todas as regiões distritais. Os critérios de seleção dos participantes também estão baseados nos seguintes itens: ter atuado diretamente no cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids na Atenção Básica, no período de 2005 a 2014; possuírem boa memória sobre o desenvolvimento e transformações das suas práticas laborais no manejo junto às pessoas que vivem com HIV/aids, e terem interesse e disponibilidade em participar, posteriormente ao esclarecimento da pesquisa e dos seus respectivos fundamentos éticos, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Assim os participantes da pesquisa foram sete profissionais de saúde representando todos os distritos sanitários do município.

Quadro 1 – Relação dos entrevistados, com categoria profissional, idade e tempo de atuação na Atenção Básica à Saúde, Florianópolis, 2015.

Entrevistas	Categoria Profissional	Idade	Tempo de atuação na Atenção Básica	Tempo de cuidado direto à pessoa que convive com HIV/aids
Distrito Leste	01 Médico	35 anos	2007-2015 = 8 anos	5 anos
Distrito Sul	01 Enfermeira	36 anos	2004-2015 = 11 anos	8 anos
Distrito Norte	02 Enfermeiras	31 anos	2009-2015 = 6 anos	2 anos
		36 anos	2001-2015 = 14 anos	8 anos
Distrito Continente	02 Enfermeiras	38 anos	2001-2015 = 14 anos	9 anos
		29 anos	2008-2015 = 7 anos	2 anos
Distrito Centro	01 Médico	54 anos	1991-2015 = 24 anos	15 anos

A quase totalidade dos participantes da pesquisa iniciou a carreira profissional na Atenção Básica na primeira década dos anos 2000, e segue inserido na rede básica de saúde nos dias atuais. Apesar da metodologia da pesquisa histórica permitir e valorizar a identificação dos sujeitos, esta pesquisa optou por manter o anonimato dos entrevistados, considerando a vontade dos mesmos. Assim, os participantes foram identificados com a letra P seguidos de números: P1 ao P7.

4.4 COLETA E REGISTRO DOS DADOS

A coleta de dados foi composta por entrevistas individuais e semiestruturadas, com um roteiro previamente elaborado com questões norteadoras para que atendesse rigorosamente ao objetivo da pesquisa e guiadas na perspectiva da História Oral (Apêndice B).

A entrevista semiestruturada é utilizada como um instrumento orientador de uma “conversa” que tem a finalidade de facilitar a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação. O roteiro permitiu apreender tanto os eventos previamente pensados como aqueles que poderão surgir durante o diálogo, corroborando com a liberdade de expressão de cada participante (MINAYO, 2013).

Conforme Alberti (2013, p. 26), fazer pesquisa oral é “ampliar o conhecimento sobre acontecimentos e conjunturas do passado por meio do estudo aprofundado de experiências e visões particulares”. Entende-se que para compreender a sociedade como um todo, precisamos buscar o olhar daquele que vive nela, que experienciou situações registradas no passado, de modo a compreender a relação do geral e do individual. Conhecer como os indivíduos interpretam o passado e quais os significados que apresentam para determinado fato do passado.

A metodologia da História Oral para coleta de dados pretende alcançar uma reflexão mais ampla do contexto estudado, de modo a aproximar-se dos fatos a partir dos sujeitos, através de um trabalho de reflexão crítica sobre o passado. Isso exige que a participação do pesquisador seja de extrema honestidade e competência, pois ele é considerado um coagente na criação do documento de história oral. Não se trata de apenas reunir arquivos orais e realizar a transcrição. Trata-se de uma postura ética que deve ser de autêntico respeito pelo outro, por sua percepção de mundo e seus modos de viver e se posicionar diante da mesma (ALBERTI, 2013).

Após explicitar o conteúdo pesquisa, foi acordado o dia para entrevista conforme disponibilidade do participante. Todas

as entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho dos participantes do estudo. Dentre os participantes da pesquisa, dois participantes fizeram referência ao colega de trabalho, mencionando a experiência com a temática de estudo e foram convidados a participar. Estes dois membros ocupam o cargo de apoiadores da rede de Atenção Básica à Saúde lotados nos Distritos Sanitários.

Entende-se que o coletivo de trabalho se reconhece através dos relacionamentos e que são indicados porque foram partícipes de determinado fato e vivência (GIL; CAMELO; LAUS, 2013).

Desta forma, as entrevistas tiveram duração média de 30 a 40 minutos, ocorridas no período de julho a outubro de 2015. Todas as entrevistas foram gravadas por gravador digital e transcritas na íntegra. Após a consolidação dos dados, as transcrições foram disponibilizadas aos participantes para que pudessem validá-las. O número de sujeitos do estudo não atingiu na sua totalidade a saturação dos dados, devido a limitação do tempo que tivemos para desenvolver a coleta de dados e proceder a finalização da dissertação.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a organização e análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2009) com o auxílio de um software para análise de dados qualitativos, o Atlas.ti (*Qualitative Research and Solutions*), e os relatos dos participantes da pesquisa acerca do cuidado aos pacientes com HIV/aids foram codificados de acordo com os significados emergentes nas falas, para enfim, identificar temas de maior significância e agrupá-los de acordo com as suas semelhanças.

A análise de conteúdo temática é uma das técnicas que melhor se adequa as investigações qualitativas, composta por três etapas descritas a seguir:

1. Pré-análise: deu-se início à análise com a realização leitura flutuante das entrevistas, com a finalidade de tecer impressões iniciais acerca do material a ser analisado (Bardin, 2009). Após a leitura, o material foi organizado com o auxílio do

Atlas.ti (*Qualitative Research and Solutions*), em que cada entrevista constitui um *primary document* (denominação do *software*) dentro de uma *hermeneutic unit* (unidade hermenêutica composta pela pesquisa completa).

2. Exploração do material: Essa etapa consistiu em ler em profundidade o material e codificar as informações com vistas a alcançar o núcleo de sentido do texto de cada trecho de entrevista, foram feitos os recortes do texto (*quotations*), gerando unidades de registro pré-estabelecidas na pré-análise (*codes* na linguagem do *software*). Por fim, os recortes com as referidas codificações foram organizados em macro categorias temáticas (*families*), orientados pelas questões incluídas no instrumento de coleta de dados.

3. Tratamento dos resultados e interpretação: Segundo Bardin (2009, p. 101), para analisar os dados obtidos, “o analista [...] pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas”.

Sendo assim, a partir da análise, surgiram as categorias temáticas que foram agrupadas conforme os objetivos iniciais deste estudo, ou seja, conhecer o processo de cuidado às pessoas que (con) vivem com HIV/aids pelos profissionais da atenção básica.

A sistematização dos dados visou identificar/caracterizar:

- a) as ações de cuidado realizadas;
- b) as mudanças no processo de cuidado e de trabalho;
- c) os desafios diante de novas propostas e as percepções do cuidar do paciente com HIV/aids.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

A realização do presente estudo teve como pressuposto a prévia aprovação do mesmo pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos em Saúde (CAPPs) da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, tanto quanto, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CESP/PH da Universidade

Federal de Santa Catarina, sob número 1238401/2015 (ANEXO A). Os TCLE foram disponibilizados em duas vias, sendo que uma ficou sob domínio do participante e outro sob a responsabilidade da pesquisadora junto ao GEHCES.

Toda a pesquisa esteve vinculada à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. O pesquisador disponibilizou aos participantes do estudo a apresentação dos objetivos da pesquisa e suas características, por meio do termo consentimento livre e esclarecido, garantindo-lhes o anonimato e o livre acesso aos dados e aos resultados da pesquisa, bem como a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa, não ocasionando nenhum dano ou prejuízo de qualquer natureza (CNS, 2012).

O estudo ofereceu risco mínimo aos participantes, podendo ser caracterizado por algum tipo de estresse ou desconforto ao ser entrevistado. Todas as entrevistas transcorreram dentro da normalidade esperada de cordialidade e confiança, não havendo razão para interrupções.

Os dados obtidos nas gravações e transcrições estão mantidos em sigilo e foram manuseados somente pelos envolvidos na pesquisa, de maneira a preservar a identidade e privacidade dos participantes.

5 RESULTADOS

Em atendimento à instrução normativa do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados desta dissertação estão estruturados no formato de dois manuscritos:

5.1 MANUSCRITO 1: O CAMINHO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE (CON)VIVEM COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE (2005-2014).

O CAMINHO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE (CON)VIVEM COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE (2005-2014).

Luana Nickel
Maria Itayra Padilha

Resumo: Estudo qualitativo com perspectiva sócio histórica, com o objetivo de conhecer a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica no que se refere às ações de promoção, prevenção e tratamento às pessoas que (con)vivem com HIV/aids, no período de 2005 a 2014. Para coleta de dados foram realizadas sete entrevistas com profissionais de saúde segundo o método da História Oral. Os resultados foram analisados segundo análise de conteúdo, obtendo três categorias: ações realizadas pelos profissionais, dificuldades encontradas no trabalho e a temática do HIV/aids nas práticas em saúde. Dentre as ações realizadas, destacamos o acolhimento, o acompanhamento, orientações, a importância do trabalho multiprofissional, a prevenção compartilhada com outros setores do território e a promoção da saúde. Também foi possível depreender que as ações estão constantemente em transformação, pois acompanham as mudanças advindas das políticas públicas e novas tecnologias. Conclui-se que a experiência de lidar com as pessoas que (con)vivem com

HIV/aids na Atenção Básica à Saúde passa por grandes transições, ao mesmo tempo que enriquece os profissionais de saúde ao aprenderem a lidar com seus próprios desafios, laborais e pessoais, e com os pré-conceitos ainda arraigados nas práticas assistenciais cotidianas.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Prestação de Cuidados de Saúde; Profissionais da saúde; História da Saúde.

INTRODUÇÃO

Os modelos de cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids passaram por sucessivas mudanças em consonância ao próprio desenvolvimento tecnológico e científico referente a doença. Após a consolidação das vias de transmissibilidade, as ações de cunho preventivo se fortaleceram e a assistência às pessoas foi descentralizada do ambiente exclusivamente hospitalar. Atualmente, estima-se que 798.366 mil indivíduos vivem com HIV/aids no território brasileiro (BRASIL, 2015).

O acesso universal ao tratamento antirretroviral instituído no Brasil, desde 1996, possibilitou a significativa queda dos índices de mortalidade, bem como a diminuição do número de internações hospitalares, contribuindo para o aumento da expectativa de vida. A simplificação do tratamento antirretroviral – menor número de medicamentos e acesso facilitado – também contribuíram para alterar o paradigma do HIV de uma condição aguda para uma condição de saúde crônica. O manejo do HIV/aids sofre transformações para qualificar a assistência tendo em vista a perspectiva de um cuidado ampliado (MENDES, 2012).

Neste sentido, os municípios brasileiros vêm desenvolvendo significativas mudanças na rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para qualificar a assistência e ser resolutivo nas suas ações. Os modelos de atenção à saúde estão estruturados a partir das realidades locais, mediante acordos e diretrizes traçadas no coletivo formado por gestores, profissionais da saúde, entidades

governamentais e não governamentais e a sociedade civil (PEREIRA; 2015).

De tal modo, considerando a complexidade dos desafios que suscitam o paradigma de cronicidade do HIV, é inevitável que as ações de cuidado e vigilância sejam potencializadas na Atenção Básica à Saúde (ABS). Esse novo modelo de atenção é composto por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde relevantes da população, bem como a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2015).

A ABS é um modelo descentralizado de atenção à saúde, realizado em todo o País, que apresenta como características singulares a proximidade ao usuário, sua família, seu território e suas condições de vida. Busca atuar e inferir no contexto local das realidades adscritas e preza pelo atendimento integral ao processo de saúde-doença. O trabalho deve ser realizado por equipe multiprofissional e ser entendido como porta de entrada preferencial do sistema e o ponto primário de contato do usuário (BRASIL, 2012).

Com o objetivo de criar alternativas para melhorar a qualidade e ampliar o acesso ao diagnóstico de HIV, o Ministério da Saúde promulgou, em 28 de julho de 2005, a Portaria n° 34/SVS que regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais, como: serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizada em regiões de difícil acesso; segmentos populacionais móveis (flutuantes) ou mais vulneráveis a infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST); parceiros de pessoas vivendo com HIV/aids; pessoas que apresentem diagnóstico estabelecido de tuberculose; e outras condições correlacionados ao perfil epidemiológico local (BRASIL, 2005). Essa medida reafirma o compromisso do Brasil com as metas nacionais e internacionais para minimização dos impactos do HIV/aids, bem como no cumprimento aos princípios da equidade, da integralidade da assistência e da universalidade de acesso aos serviços de saúde do SUS.

É importante salientar que a oferta de testes rápidos para diagnóstico do HIV está inserida na diversidade dos cenários e situações dos serviços de saúde. Esse contexto de trabalho da Atenção Básica é caracterizado por uma pluralidade de condições que exigem não só o atendimento individualizado e integral, mas o compartilhamento de ações com os demais níveis de atenção. Por isso, o cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) não é tarefa simples. As novas estratégias estão redirecionando o processo de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais de saúde.

No Brasil, as ações de tratamento estão configuradas para atender e fortalecer a reestruturação da atenção à saúde, através do incentivo de ações focadas no âmbito da Atenção Básica e baseadas nas constantes mudanças sociais, políticas e culturais. Assim como as estratégias de promoção e prevenção estão definidas como política e prática voltada à atenção integral e intersetorial (LIMA et al, 2011).

Com base no exposto, o objetivo deste estudo foi conhecer a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica no que se refere às ações de promoção, prevenção e tratamento de pessoas que (con)vivem com HIV/aids, no período de 2005 a 2014.

MÉTODOS

Estudo qualitativo de abordagem sócio-histórica realizado com profissionais da rede de Atenção Básica à Saúde do município de Florianópolis/SC. A escolha dos distritos sanitários e dos participantes que compuseram a amostra deste estudo se deu de maneira intencional. Foram selecionados representantes (coordenador e/ou apoiadores) de cada Distrito Sanitário que compõem a Secretaria de Saúde de Florianópolis: Distritos Sanitários Centro, Continente, Sul, Leste e Norte.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas com sete profissionais da saúde (dois médicos e cinco enfermeiras) que compartilharam suas experiências e memórias do cuidado prestado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids durante sua

prática laboral nas Unidades Básicas de Saúde, no intervalo de tempo de 2005 à 2014.

Como critérios de inclusão dos participantes adotaram-se: profissionais de saúde que atuaram em Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família e que atualmente estão como coordenadores/apoiadores nos referidos distritos.

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina sob número 1238401/2015 e posterior apresentação desse documento ao setor de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, foram disponibilizados os contatos eletrônicos e telefônicos dos coordenadores dos distritos sanitários. Mediante acordo prévio como o potencial entrevistado, foram agendadas as entrevistas que aconteceram no ambiente de trabalho dos mesmos, sendo que todos foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Optou-se pela metodologia da História Oral para coleta de dados, com a finalidade de proporcionar uma reflexão mais ampla da temática a partir dos participantes da pesquisa, refletindo criticamente sobre o passado. Isto requer do pesquisador uma ampla percepção de mundo, modos de viver e de se posicionar diante da das diferentes realidades (ALBERTI, 2013).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e posteriormente transcritas. Foram realizadas leituras exaustivas das entrevistas transcritas e composição de unidades gerais dos temas que representavam as falas dos entrevistados. Através de releituras do material, foi possível utilizar o programa para pesquisa qualitativa, o Atlas.ti 7.0 (*Qualitative Research and Solutions*) para uma melhor visualização do ordenamento dos temas encontrados sob a luz da análise proposta por Bardin (2009), a Análise de Conteúdo Temática.

Por meio do cumprimento das fases de análise preconizadas por Bardin (2009) composta por pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, emergiram três macro categorias, sendo elas: **ações efetivadas pelos profissionais de saúde, dificuldades laborais junto às**

peças que (con)vivem co HIV/aids e a temática do HIV/aids nas práticas em saúde. As categorias contemplam os desafios e oportunidades vivenciadas durante o processo de trabalho às pessoas que (con)vivem com HIV/aids.

Todas as prerrogativas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, foram obedecidas com rigor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

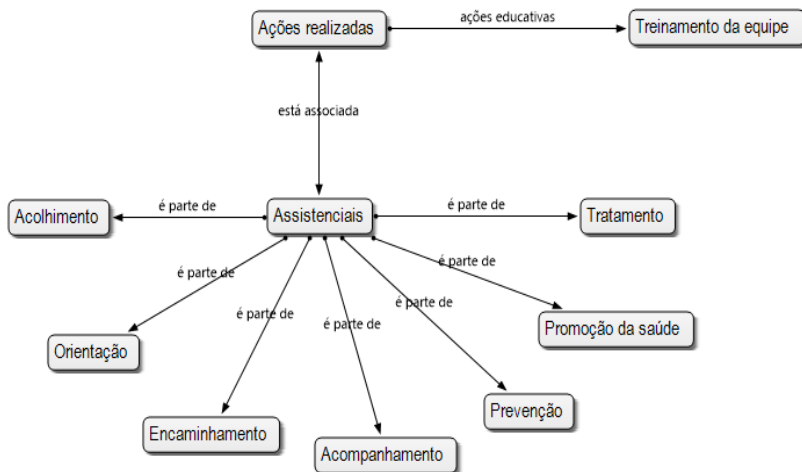
Ações efetivadas pelos profissionais da saúde às pessoas (con)vivendo com HIV/aids

Particularmente a partir dos anos 2000, as ações de prevenção foram potencializadas com o intuito de abarcar a população em todos os seus ciclos de vida, considerando o potencial de vulnerabilidade como fator de maior risco de contaminação pelo HIV (MALISKA, et al; 2011). A promulgação da Portaria nº 34/SVS de 28 de julho de 2005, que regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em determinadas situações, principia novas estratégias para ampliação e qualificação do diagnóstico da infecção, influenciando nas práticas assistenciais da Atenção Básica de Saúde.

Assim, nesta categoria destacamos as atividades rotineiramente desenvolvidas pelos profissionais de saúde da Atenção Básica, no período de 2005 até 2014, no atendimento a pessoa (con)vivendo com HIV/aids, apresentando os principais aspectos que influenciaram mudanças importantes na assistência à saúde desse público específico.

O estudo mostra que as ações realizadas pelos profissionais, em sua maioria, são de cunho assistencial, caracterizando-se em atividades executadas diretamente à pessoa que (con)vive com HIV/aids. A figura a seguir demonstra essas ações.

Figura 1 – Ações efetivadas pelos profissionais da Atenção Básica de Saúde no atendimento à pessoa (con)vivendo com HIV/aids, Florianópolis, 2015.



Fonte: Resultados da pesquisa gerados no Atlas.ti. Florianópolis, 2015

Dentre as ações assistenciais, houve predomínio das atividades de prevenção da doença, acolhimento, orientação e encaminhamento dos pacientes, como mostram as falas a seguir.

Normalmente, ainda você encaminha para o infectologista, o infectologista inicia o tratamento e a unidade de saúde dá suporte (P5).

Dentro da anamnese, da consulta de saúde da mulher, que você está fazendo o preventivo, que foi esse o objetivo da paciente, você identifica os comportamentos de risco, ou pelas próprias queixas do paciente, ou pelo exame físico e o que você faz e vê que pode ter alguma evidência. Eu sempre tive essa prática de solicitar as

sorologias em concomitância. E mesmo que não houvesse nenhuma evidência, mais clínica, ainda ofertava (P7).

A prevenção ainda é o melhor caminho e a unidade básica como ela está muito dentro das escolas, das igrejas, ela pode contribuir muito (P2).

A gente conversa com o paciente tentava esclarecer, desmistificar a situação, a doença (P3).

Falar na consolidação da AB como referência no cuidado primário, e que a medida que o governo, através das políticas públicas, descentraliza o cuidado do especialista, as unidades básicas de saúde (UBS) passam a ter mais atribuições a serem realizadas. No período de 2005 a 2011, a centralidade do cuidado à PVHA estava vinculada ao especialista. Por isso as falas dos entrevistados confirmam que o papel da AB como suporte para outras demandas da pessoa que não fossem especificamente da doença em si.

A partir do ano de 2010 o município de Florianópolis inicia a promoção de ações assistenciais relacionadas especificamente ao manejo do HIV/aids na ABS, favorecendo o desenvolvimento de outras ações como a adoção do protocolo para solicitação de carga viral nas UBS pelos médicos e capacitações aos enfermeiros da rede para realização do teste rápido anti-HIV. Essas duas estratégias especificamente dão início às mudanças no trajeto terapêutico dos usuários que antes eram encaminhados diretamente para o infectologista, e começam a serem atendidos quase que na sua totalidade pelos os profissionais da UBS.

À medida que o cuidado à PVHA se cronifica, por não se tratar mais de uma doença terminal quando diagnosticada precocemente e tratada, e com os incentivos governamentais focados na Atenção Básica, os profissionais passaram a ser exigidos para novas atribuições no manejo desse cuidado.

Passou-se a instituir gradativamente o acompanhamento pelos profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde.

O aumento significativo das doenças crônicas amplificou os problemas de saúde pública que colocam em constante debate as práticas de saúde, especialmente, na atenção primária, pois, ao que tudo indica, essas práticas de saúde ainda estão centradas no modelo biomédico que pouco se adequa às reais necessidades da população. A Saúde da Família é entendida como uma inovação no sentido de inserir novas práticas como a promoção da saúde, tanto na dimensão individual como coletiva, com a finalidade de incentivar mudanças comportamentais, de hábitos e estilos de vida de todos os indivíduos (MEDINA et al; 2014).

As ações assistenciais estão entrelaçadas como uma teia, inferindo que uma ação realizada, como o acolhimento, induz a outra, como um procedimento ou encaminhamento. Dessa forma, fica evidente nas falas que os profissionais não realizam atividades estritamente isoladas, mas entendem que a ação de acolher prediz um momento educativo, uma oportunidade de esclarecer e reafirmar conceitos e modos que promovam o empoderamento desse usuário para qualificar sua vida.

Esse entendimento de teia explicita que no momento do agir assistencial o profissional já está atento para a complexidade que se esconde, principalmente no que se refere à condição de viver com HIV/aids, numa consulta de rotina ou preventivo, por exemplo. Portanto, os profissionais demonstram um olhar antecipado do cuidado a ser prestado, atuando na perspectiva da integralidade da assistência. É importante ressaltar que essa afirmação não pretende validar que todos os atendimentos são realizados de modo a contemplar a integralidade do usuário, até porque seria pretencioso considerar que o novo modelo de orientação do cuidado esteja, em sua totalidade, internalizado no cotidiano das práticas profissionais.

Em consonância a essas transformações, são necessários investimentos, tanto na infraestrutura instalada nos serviços de saúde quanto nos recursos humanos existentes na rede pública de saúde do país, afim de que os profissionais estejam trabalhando em locais organizados, sejam apoiados e

estimulados, e dessa forma possam contribuir para reverter os indicadores atuais das DST/HIV/AIDS no Brasil (ARAÚJO et al; 2014).

Assim, é oportuno referenciar que a pesquisa possibilitou o emergir do cuidado como oportunidade de desmitificar a condição de viver com HIV/aids. Historicamente, os profissionais vivenciaram etapas de manejo da epidemia da aids de maneira sustentada pela concretização das pesquisas e lidam atualmente com essa problemática sob novo paradigma. Mas, apesar das conquistas realizadas, como o aumento da expectativa e a qualidade de vida, ainda nos deparamos com preconceito, discriminação, estigma, ignorância e demasiados receios na convivência com as pessoas que (con)vivem com HIV/aids.

O fato da atenção básica estar mais próxima estimula o vínculo e atenção, por estar dentro do território traz outras necessidades que não somente as relacionadas ao diagnóstico do HIV, e ele volta para a enfermeira da área, para o médico (P1).

A atenção básica tem a oferecer: o vínculo, a conveniência de ser perto da casa dela, a conveniência de ter o profissional, dois, três profissionais que não te olham como um diagnóstico de HIV, mas como esse indivíduo, essa pessoa que tem família, que tem um contexto comunitário, enfim, que não é as medicações ARV que precisa [...] é a facilidade de você ter acesso a diversos recursos ali naquele local, então quer dizer que não só na direção do HIV (P5).

Eu acho que o impacto do diagnóstico e tratamento é atenuada pelo suporte dos profissionais da Atenção Básica (P7).

Ademais, é reconhecido que a aids alcança a todos os grupos sociais, independente de classe, sexo, raça ou etnia,

orientação sexual e faixa etária. Portanto, a relação entre a saúde e a doença não se dá só em função das atitudes das pessoas, mas está diretamente relacionada ao ambiente e como as pessoas se relacionam (BRASIL, 2015).

Em relação às ações de promoção de saúde, os sujeitos deste estudo reafirmam que a demarcação de datas comemorativas é indutora de atividades e propagação de informações através das campanhas, favorecendo a disseminação do conhecimento. Alusivo ao tema HIV/aids temos o dia 1º de dezembro para comemorações do Dia Mundial de Luta Contra a Aids. As campanhas têm como objetivo dar maior visibilidade às questões do viver com HIV/aids, consoante às políticas públicas brasileiras que propõem a importância do teste e o tratamento como prevenção. Ao mesmo tempo, o objetivo também é estimular a reflexão sobre a falsa impressão de que HIV/aids afeta apenas o outro, distante da percepção de que todos estamos vulneráveis (BRASIL, 2015).

Em especial, sempre tem o '1º de dezembro' (Dia Mundial de Luta Contra a Aids) que a gente fazia alguma coisa. Colocávamos imagens, passava o dia divulgando informações, orientando. Havia panfletos, cartazes (P6).

Cumprе referir, a partir das falas dos profissionais de saúde, que as ações de prevenção efetivadas para o manejo do HIV/aids são entendidas como uma das formas de atingir o público alvo, considerando que essas ações devem ser construídas e compartilhadas com outros setores, em especial, com as escolas e igrejas. Essa consideração é reiterada pelo resultado do Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, que foi instituído em 2007, fortalecida nos dias atuais pela articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações de promoção à saúde e atividades preventivas (BRASIL, 2016).

A camisinha está sempre posta, as

abordagens nas escolas, as sensibilizações em grupos que a gente já tem de DST/aids, então, esses pontos de prevenção, de estímulo, e principalmente, as crianças e adolescentes (P1).

O próprio processo informativo, dar informação ainda também é o primeiro passo, não é tudo, a gente sabe que apesar das informações, muitas pessoas se expõem da mesma forma, mas é o cultural, porque é uma sementinha que a gente lança (P2). As ações de prevenção eram mais envolvendo adolescentes (P4).

As abordagens de Promoção da Saúde, Saúde do Adolescente, então, por exemplo, grupos que a gente faz nas escolas, eventualmente a gente faz um curso na escola, mostra as DST's, deixa camisinhas disponíveis e faz rastreio na consulta (P5).

Durante alguns anos, conseguimos fazer, nas escolas, a 'Semana da Saúde na Escola' e abordávamos também o tema HIV/aids, junto com as DST's (P6).

A gente trabalhou muito com Saúde na Escola, nesse projeto a gente tinha oficinas de sexualidade, até tu entra entra em DST, em promoção, prevenção, e o HIV é uma das DST que a gente aborda. E fora isso, na Unidade, nos grupos de educação em saúde. Você acaba incluindo o tema (HIV/aids) nos encontros e debates dos grupos de idosos, gestantes (P7).

Dessa maneira, a educação sexual dos adolescentes requer uma articulação entre as equipes de saúde, a família e a escola, a fim de adotar um olhar diferenciado e multidisciplinar, reduzindo os riscos (OLIVEIRA et al; 2009).

Nota-se nas falas dos entrevistados que a busca ativa aparece como uma ação vinculada ao acompanhamento do tratamento da pessoa que está vivendo com HIV/aids. Assim, a equipe de saúde se utiliza dessa ferramenta para manter a continuidade do cuidado, assegurando a cobertura do tratamento e vigilância para as intercorrências. Igualmente acessado para qualificação da assistência, a equipe busca trabalhar com os diferentes profissionais da saúde. É perceptível nas falas que a complexidade da temática HIV/aids, principalmente “o dar o diagnóstico”, prediz o envolvimento multidisciplinar na tentativa de ser o mais resolutivo possível e comprometido com a situação de vida daquele usuário em atendimento e seu seguimento terapêutico.

E quando você tem resultado positivo, a gente fazia uma busca ativa, chamava ele por telefone, se não desse o agente de saúde visitava, mas não revelando o porquê, mas que tinha uma consulta agendada, que a gente precisava conversar. Assim já marcava o atendimento conjunto (P7).

Se dava para chamar alguém do NASF, envolver um psicólogo, porque afinal, você vai dar um diagnóstico, que ainda tem todo um estigma, bem ou mal, ainda tem tudo isso. Então assim, a gente tentava acionar esses dispositivos, ou fazia consulta médico-enfermeiro, para proceder com os encaminhamentos necessários (P5).

Ademais, percebe-se que para romper com as práticas fragmentadas de cuidados em saúde, buscando considerar as múltiplas dimensões envolvidas nos sistemas de cuidado, no processo saúde-doença e na própria condição humana, exige dos profissionais atitudes que ultrapassam o assistencialismo técnico, porque a condição de vida da pessoa (con)vivendo com HIV/aids prediz uma complexidade na elaboração e execução de

estratégias capazes de integrar as múltiplas facetas envolvidas neste cuidado (SILVA, et al; 2015).

Eles fizeram acompanhamento com os especialistas e conosco na Atenção Básica (P4).

Normalmente, ainda você encaminha para o infecto, o infecto inicia o tratamento e aí você dá suporte (P5).

O casal foi encaminhado aos especialistas, mas o que eu me lembro eles não precisaram de medicação, pois tinham carga viral baixa. O exame de laboratório para acompanhamento do casal era solicitado pela unidade básica. Com relação ao HVI, assim como a tuberculose, ele recebeu os encaminhamentos para a rede de atendimento para especialidades na Policlínica (P6).

De acompanhar tratamento, que eu me recorde, a gente acabava não seguindo direto. O acompanhamento era saber se foi na consulta com o especialista, pois era muito natural essa dinâmica do encaminhamento (P1).

Os fluxos de encaminhamentos estão mais claros para os profissionais. Como a gente está ampliando o serviço, de certa forma, provavelmente a gente amplia o número de usuários, tanto de HIV como de outros testes que estão sendo realizados (P4).

Os encaminhamentos para o atendimento com o infectologista aparecem como diretriz do processo de cuidado à pessoa (con)vivendo com HIV/aids, confirmando o seguimento terapêutico instituído pelas políticas públicas, que iniciaram através dos serviços especializados, nos ambulatórios e

posteriormente também em centro especializados, como o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

O sucesso desses serviços está consolidado nos dias atuais e representa grande aporte de conhecimento e vivência no acompanhamento, tratamento, prevenção, aconselhamento e promoção da saúde no manejo do HIV/aids. Essa conquista apresenta dois lados: confirmação de uma estratégia de qualidade, e a centralização do cuidado especializado.

No entanto, com o crescimento da demanda para atendimento do seguimento terapêutico, o serviço não consegue dar conta do contingente de atribuições necessárias para diminuição e minimização dos riscos da temática HIV/aids. Por isso, o Brasil inicia a descentralização das atividades e metas, outorgando a Atenção Básica como parceira para cuidado dessa população. Assim, o que se percebe nos discursos dos profissionais é a confluência do modelo antigo (baseado apenas no encaminhamento para o especialista) com as falas que já estão aderindo ao movimento de transição da atenção à saúde às pessoas vivendo com HIV/aids (busca ativa, acolhimento, consultas para avaliação da carga viral, entre outras).

Dessa forma, destacamos que há coerência dos discursos dos participantes com a organização das práticas de saúde na Atenção Básica, quando afirmam que o acolhimento é uma das formas de concretizar a humanização. As ações de cuidado realizadas estão baseadas em processos de trabalho em saúde que buscam dar atenção a todos que procuram os serviços. Os profissionais estão atentos não somente a queixa verbal, mas percebem as demandas para além da fala ou expressão verbal. A partir dessa postura que consideramos o início das etapas mais difíceis diante da complexidade do fazer saúde: assumir uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas com as pessoas (BRASIL, 2015).

O acompanhamento dos pacientes, as atividades realizadas pela equipe multiprofissional juntamente com as atividades de promoção à saúde também tiveram destaque nas falas dos profissionais.

Porque a gente fazia os pedidos para exame e quando vinha o resultado eu sempre olhava. Mas o positivo eu nunca dava sozinha, sempre estava com o médico da unidade junto. Até porque como enfermeira a gente não pode diagnosticar. Mas todos os resultados de exames que vinham eu olhava e dividia com o médico que estava na unidade (P6).

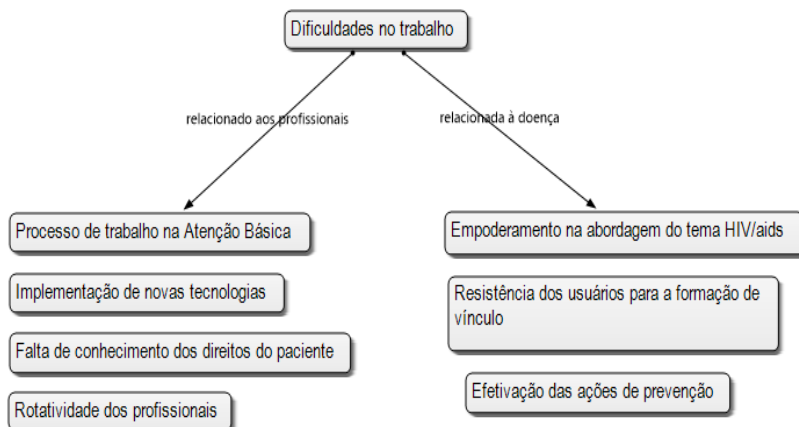
Os depoimentos dessa categoria revelaram o estágio atual da reflexão e empoderamento dos profissionais de saúde. Fica evidente que as novas demandas de saúde e de cuidados à PVHA requerem conexões entre saberes, habilidades e atitudes, de modo que possibilitem a compreensão do indivíduo e da coletividade em uma perspectiva multidimensional, perpassando, desse modo, as ações mecanicistas e isoladas, que estão sendo transformadas de modo processual, junto à academia e aperfeiçoamento dos recursos humanos na atenção básica (SILVA, 2015).

Dificuldades laborais junto às pessoas que (con)vivem com HIV/aids

Com relação às dificuldades encontradas no trabalho dos profissionais da atenção básica, esta categoria trata de aspectos comuns do processo de trabalho em saúde que evidenciam situações que requerem enfrentamento por parte destes.

Na figura a seguir, as dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde com relação ao atendimento ao paciente com HIV/aids foram subdivididas em duas categorias.

Figura 2 – Dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde da Atenção Básica no atendimento ao paciente com HIV/aids, Florianópolis, 2015.



Fonte: Resultados da pesquisa gerados no Atlas.ti.

Em relação à doença, os profissionais falam com maior veemência da questão da prevenção e da resistência para a formação de vínculo com a atenção básica.

O desafio da prevenção é colocar essas questões para a comunidade (P1).

Alguns ainda se mostram resistentes, porque tem algum conhecido na unidade, tem medo que o diagnóstico seja de conhecimento de outras pessoas. Então, o próprio usuário, ele se sente mais seguro e prefere manter uma vinculação somente com o especialista (P4).

Porque na mente deles (pacientes), eles vão lá (nos infectologistas) para cuidar o HIV. Então quando eles têm outras coisas que não é o HIV, eles vão na Atenção Básica (P5).

A resistência estaria relacionada a não ter tanto conhecimento científico. Porque como depende muito de como está a carga viral, de como a pessoa está, muda uma coisa ou outra, acho que tem um pouco disso. E como muito tempo só passou pelo infectologista, ainda é uma fase que está sendo ajeitada na unidade (P6).

A resistência para formação do vínculo é observada tanto dos usuários (acostumados com o atendimento do especialista, valorização do “meu médico”) quanto dos profissionais (insegurança quanto ao conhecimento científico para abordagem do tema, problemática ainda envolta de preconceitos). Por se tratar de um tema tão complexo, desde o diagnóstico ao cuidado crônico, é relevante ressaltar que as transformações dos serviços de saúde encontrem barreiras, pois qualquer mudança exige a superação do que está posto (atendimento focado na especialidade) para a construção do que se almeja (atendimento focado na integralidade).

Estudos apontam que as políticas de promover o diagnóstico por especialidades apresentam resultados muito tímidos, pois esse modelo de saúde está mais centrado no enfrentamento e no controle da epidemia. Assim, as ações de prevenção devem ultrapassar os muros das instituições de saúde e a imagem dos exames e embalagens de medicamentos. Essa associação entre qualidade na assistência e insumos na assistência biomédica prejudica a integralidade proposta e requerida às PVHA (GRANGEIRO et. al., 2009; RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Os participantes ressaltam ainda, as complicações no momento de abordar o tema com os pacientes, pelos aspectos éticos envolvidos e o empoderamento que o profissional de saúde precisa dispor para melhorar a assistência a esse público tão singular.

Por causa da questão histórica do HIV/aids e muito está relacionado com o passado a usuários de drogas, a homossexualidade, eu acho que isso ainda infere no momento de

abordar esse tema com o paciente. Isso é um reflexo da história que a gente viveu do HIV/aids (P1).

Desconhecimento desses pontos específicos, do que o HIV/aids me proporciona, de que forma posso abordar (P1).

Novamente as falas demonstram que apesar dos avanços advindos das políticas públicas para qualificação da assistência às pessoas que (con)vivem com HIV/aids, ainda é extremamente difícil para as equipes de saúde o trabalho com esse público, visto a magnitude do processo saúde-doença que deve ser abordado e cuidado. Quando rotineiramente as pessoas eram encaminhadas ao infectologista, os profissionais das unidades básicas de saúde estavam resguardados da necessidade de abordar a pessoa que estava vivendo com HIV/aids em sua totalidade. Os aspectos mais ressaltados para seu tratamento (diagnóstico, medicamentos antirretrovirais, contagem da carga viral) eram realizados com o especialista (BRASIL, 2015).

A transição do caminho terapêutico, ao longo de 2005 para 2014, é percebida na ampliação do direcionamento dessas pessoas para os profissionais da Atenção Básica, através de novos protocolos de atendimentos, novas tecnologias para o diagnóstico precoce que fomentam o desenvolvimento de novas atribuições aos profissionais de saúde. Mas para tal dificuldade, o Ministério da Saúde propõe como enfrentamento a simplificação das recomendações, sem a incorporação de novos medicamentos ou outras tecnologias em saúde, para que os profissionais possam qualificar seu envolvimento nos serviços da atenção básica, justamente por não serem especialistas no tema, ou centros de referência (BRASIL, 2015).

Referente às dificuldades provenientes dos próprios profissionais de saúde, a significância maior está no processo de trabalho em saúde que se conjuntura em uma trama de problemáticas que dificultam a assistência em saúde, especialmente, pela rotatividade dos profissionais na atenção básica.

A imaturidade do processo como um todo, porque é uma rede muito grande, são muitas pessoas, a formação dos profissionais (P7).

Esse contexto está em plena transição. Você ainda não tem isso tão normal na vida da Estratégia Saúde da Família. Ainda não está inserido no cotidiano do trabalho, até porque tem e terão resistências pela insegurança dos profissionais, ou muito pela falta de vínculo, ainda a gente tem muita rotatividade de profissionais (P5).

Nossa rede até hoje é muito variável, porque você tem funcionários que são treinados, mas se desvinculam, mudam a lotação. A dinâmica de rede é intensa (P7).

Por se tratar de uma dinâmica nova, há a necessidade de se adaptar a novas formas de organização do processo de trabalho, que envolvem profissionais de diferentes áreas, mas inseridos em um mesmo contexto, a Atenção Básica. Adaptar-se à rotatividade dos profissionais e à necessidade de constantes treinamentos da equipe, são demandas que vão além do cuidado diário, sobrecarregando a equipe.

Somado a isso, ainda presenciamos a fragmentação e a especialização nos serviços de saúde, fundamento que corrobora na manutenção de posições hierárquicas entre os diversos saberes disciplinares, dificultando o trabalho em equipe e sua qualificação (MESQUITA, TORRES; 2013).

A implementação de novas tecnologias, iniciadas no ano de 2005 com a incorporação do teste rápido para diagnóstico do HIV, aparece como um empecilho para a realização das atividades, pois se configura como uma atividade extra para os profissionais se adequarem, sobrecarregando a equipe como um todo. E, talvez essa sobrecarga não colabore para que os profissionais busquem conhecimentos pertinentes à essa clientela específica, como relatado por eles.

A resistência dos profissionais está muito centrada no acúmulo de atividades, na organização de agenda, na dificuldade de agregar mais esta tarefa (P7).

A gente não tem conhecimento da amplitude das questões de legislação específica, do que esse paciente tem de direitos, como o passe-livre, acho que isso é falho (P1).

Por muito tempo as ações de cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids estiveram centralizadas em unidades de atendimento especializado. Foi a partir dos anos de 2005 e 2006 que Florianópolis começa a reorganizar suas metas e pactuação nos planos de ação das políticas públicas em saúde. A própria configuração da atenção à saúde centralizada para atenção básica é recente, movimento este que exige tempo para consolidação. Sendo assim, esforços continuados são necessários para a ruptura de velhos paradigmas e reestruturação das atividades nos serviços de saúde, com a redefinição das relações sociais e técnicas sob as quais se realizam o processo de trabalho (MITRE; ANDRADE; COSTA, 2012).

Nesta perspectiva, trabalhar pela prevenção do HIV/aids, bem como as demais doenças sexualmente transmissíveis, determina que os profissionais de saúde estejam capacitados para conduzir o cuidado para além de intervenções de caráter apenas biologicista, mas que possam também desenvolver formas assistenciais que possibilitem as pessoas de se protegerem durante as relações sexuais, utilizando o preservativo, usando seringas descartáveis e os cuidados necessários na hora da gravidez, do parto e da amamentação – vias de contaminação do vírus (BRASIL, 2015). Fica evidente nas falas que os profissionais têm conhecimento das condutas para prevenção e se compreendem, enquanto equipe de saúde na Atenção Básica, como melhor espaço para que isso ocorra.

No entanto, é notável que apesar dos avanços conquistados em 2005, a efetivação das práticas de prevenção esbarra em muitos desafios atuais: permanece a centralidade do

cuidado no especialista, tempo para atendimento reduzido visto a crescente demanda populacional, dificuldades na abordagem do tema, tanto com os usuários quanto com a própria equipe em relação aos aspectos estigmatizantes, de sexualidade, e principalmente, de confidencialidade.

A confidencialidade permeia a temática do HIV/aids desde sempre, pois o diagnóstico carrega o estigma de ser uma doença terminal, altamente associada a uma sentença certa de morte, o que estimula o sigilo sobre a doença (REIS et al., 2011). Além disso, há o receio das reações que a família e a sociedade terão diante do diagnóstico, receio este relacionado com atitudes de rejeição e discriminação (VILLARINHO et al, 2015).

E com relação a confidencialidade do resultado, principalmente com as gestantes, quando parceiro não sabe, não é o primeiro parceiro, é o segundo, ele não sabe que eu tenho, como que vou abordar isso. É um dilema bastante importante na prática e que eu considero que não estamos capacitados idealmente. A gente procurava discutir esses casos (HIV/aids) mais entre o enfermeiro e o profissional médico (P1).

Na questão do sigilo, eu sinto bastante segurança nesse sentido, não tenho dúvida nenhuma de que as pessoas (profissionais) tem uma relação crítica em referente a isso. Então não é uma preocupação nossa, aqui da gestão, mas, imagino que exista sim uma troca de informações entre a própria equipe, médico, enfermeiro, principalmente (P4).

O cuidado também significa preservar o sigilo dela. Então, sabemos que as coisas não funcionam muito bem, as pessoas que falam, que rompem sigilo ético inadequadamente ainda existe, é o fluxo inadequado de exames que passam por pessoas que não são da saúde para marcar, com o diagnóstico, com descrição de dados,

administrativamente várias coisas erradas (P5).

Dentre os desafios, a rotatividade também é um fator que dificulta a efetivação das práticas de cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids. Fato esse ressaltado pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que aponta a significativa evasão de profissionais para diversas redes públicas e privadas de saúde, em função da perda progressiva dos valores salariais e da pouca flexibilidade da carga horária exigida. Esse contexto sempre esteve presente no processo de implantação das estratégias na Atenção Básica, característica nacional que determina o comprometimento da qualidade e do acesso aos serviços de saúde (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Assim, as tecnologias ofertadas para qualificação do acesso aos serviços de saúde, ao invés de serem absorvidas com facilidade, são tidas como mais uma tarefa a ser realizada. O objetivo de potencializar os serviços de saúde fica prejudicado. Um exemplo disso seria a realização do teste rápido para diagnóstico do HIV nas unidades de saúde. As falas representam o desconforto dos profissionais em se adequarem a mais uma atividade e não terem o suporte de tempo e capacitação dos aspectos legais do atendimento a esse público específico.

A oferta de educação permanente aos profissionais também se constitui em uma ferramenta potente de gestão do trabalho, contribuindo não apenas para valorização e satisfação do trabalhador como também para maior qualificação do processo de trabalho.

A temática do HIV/aids nas práticas de saúde

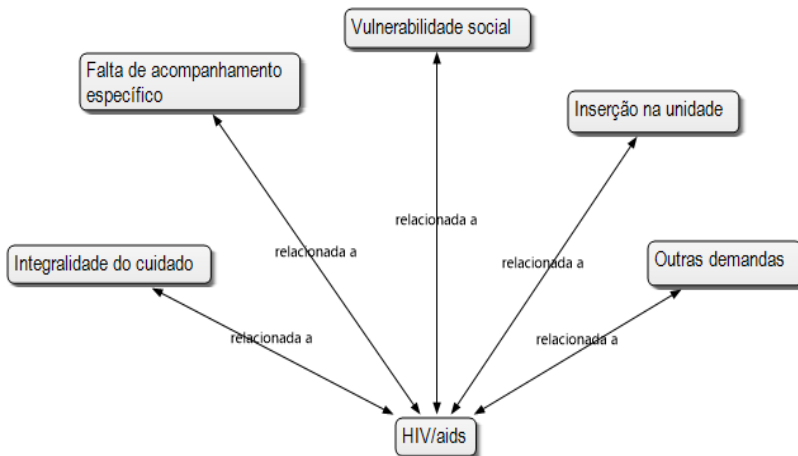
Abordar o tema HIV/aids exige uma postura reflexiva que procure compreender a dinamicidade da doença e o contexto na qual está inserido, bem como ser compreensível com os

profissionais de saúde que levam em consideração os seus próprios valores, justamente pela dificuldade de se conseguir ficar totalmente neutro diante desse tema que ainda se faz complexo devido suas multiplicidades e transformações epidemiológicas ocorridas no decorrer do tempo (ALENCAR, CIOSAK; 2014).

O cuidado em saúde está configurado em relações estabelecidas entre pessoas, com a finalidade de alcançar a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida. Dessa forma, as práticas de cuidado realizadas pelos profissionais não estão reduzidas apenas à técnica, mas se expressam através de atitudes e do relacionamento com o outro a quem o cuidado é ofertado (NOGUEIRA; GOMES; MACHADO, 2015).

Os profissionais de saúde relatam diferentes questões de enfrentamento na prática assistencial ao abordarem a temática do cuidado à pessoa com HIV/aids. As características encontradas estão expressas pela figura abaixo.

Figura 3 – Aspectos relacionados ao HIV/aids referidas pelos profissionais da atenção básica, Florianópolis, 2015.



Fonte: Resultados da pesquisa gerados no Atlas.ti.

Nesta categoria de análise, foram abordados os aspectos relacionados a temática HIV/aids, na qual os profissionais apresentaram que o paciente com HIV/aids vem acompanhado de outras demandas, ou seja, é a partir de outra situação de saúde/doença ou de âmbito social que se diagnostica e trata o HIV/aids.

E muitas vezes eles nos procuram para outras questões, por exemplo, para questão de transporte, de orientação sobre direitos, dúvidas sobre efeitos colaterais. Sobre outras doenças, sobre dúvidas corriqueiras (P4).

Difícilmente a pessoa já vai com esse enfoque. Ela vai por outro problema de saúde e no meio você descobre, ou a pessoa acaba falando (P6).

É que ele não seja visto só como HIV, na verdade essa pessoa pode ter 'n' outras circunstâncias de saúde e geralmente tem. São 'n' outras situações de saúde e vulnerabilidades envolvidas com esse diagnóstico que deve ser acompanhado por essa equipe de saúde da família (P7).

O entendimento da inserção desse usuário, não pela patologia diagnosticada, mas por outras demandas de caráter diversos, demonstra que a Atenção Básica está configurada como a porta preferencial para abordagem do contexto de vida. As falas evidenciam o entrelace atual dos serviços da atenção básica na prevenção e assistência, não se restringindo somente aos aspectos biológicos, mas instituídos de uma abordagem que lidem com a característica cultural e os limites socioeconômicos, bem como a necessidade de potencializar as ações intersetoriais (ARAÚJO et al; 2014).

Devemos considerar outras questões relacionadas com a doença, levantadas pelos profissionais, que foram a cronicidade da doença, a integralidade do cuidado, a vulnerabilidade social e a inserção na unidade.

É aquela história, o HIV em si não mata, o que mata são as outras doenças e comorbidades, então eu preciso melhorar a imunidade dele... Então preciso que ele venha aqui todo ano para fazer o preventivo, preciso que faça as vacinas, inclua ele dentro das rotinas da unidade em grupos específicos, tenho eu deixar ele ciente da situação e que ele tenha autonomia para fazer o que é melhor para ele mesmo para uma qualidade de vida (P1).

Acho que o desenho para o HIV como para qualquer outra patologia hoje, é a equipe saúde da família se envolver amplamente, porque quem coordena o cuidado da pessoa é a equipe de saúde da família (P7).

Além da questão técnica no manejo do HIV, há as outras questões de entorno. A gente ficava com esse paciente em seguimento, porque, é o que eu te falei, geralmente é um paciente que vai ter no mínimo alguma vulnerabilidade pelo menos temporal (P7).

São situações de vulnerabilidade social mesmo, dificuldade de provimento, de renda, de acesso, às vezes, de elementos básicos de vida (P7).

A gente inseria o usuário dentro do processo de cuidados que tínhamos na unidade, como preventivo, consultas de rotina, as imunizações, os encaminhamentos para as outras redes, média e alta complexidade, como o infectologista (P1).

Nos relatos acima os entrevistados reconhecem a necessidade de uma abordagem integral à pessoa que convive com HIV/aids, buscando contemplar as diferentes necessidades

dessa pessoa, e não somente uma assistência focada na patologia. Conforme Mesquita e Torres (2013), a integralidade do cuidado só acontece mediante a incorporação e redefinição dos valores da equipe de saúde e dos seus processos de trabalho. Esse fato exige a articulação da assistência e convergência de ideias entre os profissionais para que se efetive práticas compartilhadas do cuidado, por meio da promoção de uma assistência de qualidade, com prioridade de atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Também foi suscitada a questão da vulnerabilidade social que entendemos estar relacionada à estrutura econômica, às políticas públicas, em especial às de educação e saúde. A cultura, a ideologia, as relações de gênero, raciais e entre gerações, as crenças religiosas e a religiosidade viva, a pobreza, a exclusão social, ou mesmo os modos de inclusão que mantenham a desigualdade são fatores que predisõem os indivíduos a vivenciar quadros de vulnerabilidades (ALENCAR; CIOSAK, 2014).

Os profissionais devem reconhecer essas características, bem como seus próprios limites, rever seus conceitos e preconceitos, sabendo que também estão vulneráveis a não terem respostas a tudo que lhes é requisitado. É fundamental que a organização dos serviços de saúde promova um melhor acesso àqueles que buscam o serviço a partir do empoderamento dos profissionais de saúde (ARAÚJO et al, 2014).

Infere-se de tais fatos que o acesso mais fácil e a porta de entrada preferencial do indivíduo a saúde é, atualmente, através da atenção básica, a unidade de saúde mais próxima a sua casa. Local onde a pessoa que (con)vive com HIV/aids não apenas tem acesso a assistência terapêutica, mas é acolhida e contemplada no seu contexto de vida. Portanto, acreditamos que diante dos relatos expressos pelos profissionais de saúde que muitas conquistas foram exitosas, como ter a Atenção Básica como referência no cuidado, mas que ainda há muitos desafios postos na ampliação da assistência às PVHA (ALENCAR; CIOSAK, 2014).

É necessário que as instituições de ensino e os treinamentos oferecidos aos profissionais de saúde que atuam na atenção básica abordem conteúdos sobre a saúde desse público específico, enfocando não apenas os protocolos assistências, mas tão relevante quanto os aspectos sociais, psicológicos diante das vulnerabilidades por elas vivenciadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu conhecer as ações de promoção, prevenção e tratamento realizadas por profissionais de saúde no âmbito da Atenção Básica de Saúde às pessoas que (con)vivem com HIV/aids, no período de 2005 a 2014. As ações executadas que se destacaram incluem o acolhimento, o acompanhamento, orientações, importância do trabalho multiprofissional, a prevenção realizada com outros segmentos do território e a promoção da saúde, que embora ainda seja incipiente, mostra-se como ferramenta importante para qualificação da assistência a esse público específico, assim como para o empoderamento dos profissionais de saúde.

A despeito dos avanços tecnológicos adquiridos para o cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids como a promulgação de protocolos e diretrizes operacionais para diagnóstico e tratamento, cabe ressaltar que as mudanças são processuais e demanda adaptação e avaliação. No marco inicial do estudo (2005), os profissionais apresentaram que a dinâmica de cuidado era especialmente baseada nos encaminhamentos ao especialista infectologista, e que o atendimento específico às pessoas com HIV/aids era demarcado por questões outras daquelas referentes ao seu diagnóstico.

O estudo revelou que, concomitante ao desenvolvimento e consolidação da Atenção Básica à Saúde como eixo prioritário no cuidado à família em território adscrito, a equipe de saúde enfrenta, atualmente, diversas dificuldades para inclusão do cuidado específico à pessoa que (con)vive com HIV/aids nas unidades básicas de saúde, a citar: a constante rotatividade dos profissionais, as modificações do processo interno de trabalho, a inclusão de novas atribuições, a carência de conhecimentos

específicos para abordagem do tema e, por fim, a resistência dos usuários para a formação do vínculo e cuidado na Atenção Básica.

Muito embora exista grandes obstáculos para a concretização do cuidado à pessoa com HIV/aids na unidades básicas de saúde de modo integral e resolutivo, o período estudado retifica que os profissionais de saúde demonstram que a temática HIV/aids já é entendida como esfera de cuidado da rede básica de saúde e revelam preocupações relacionadas às questões de vulnerabilidade, a cronicidade da doença e a necessidade de integralidade nas ações de prevenção, promoção e tratamento, no entendimento do trabalho em rede.

Ademais, conclui-se que a vivência do cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids na Atenção Básica de Saúde encontra-se permeada por inúmeras transformações. Participar desse movimento enriquece o profissional da saúde à medida que ele é convocado a trabalhar e repensar seus desafios laborais e pessoais, perante a magnitude de pré-conceitos presentes nas práticas assistenciais cotidianas.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, R. A; CIOSAK, S. I. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 229-235, 2014.

ARAÚJO, C. L. F. et al. A testagem anti-HIV nos serviços de ginecologia do município do Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 82-89, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Departamento DST, aids e hepatites virais. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. **Dia Mundial de Luta Contra a Aids**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/campanhas/2014/dia_mundial_de_luta_contra_aids2014> Acesso em: 03 nov. 15.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 13 jan. 16.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília**. Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Portaria nº. 34, de 28 de julho de 2005**. Regulamenta o uso dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo_3_4_002.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. Cogestão e prevenção das DST/Aids na atenção primária: contribuições desde o referencial dos direitos humanos e da vulnerabilidade. **Temas psicol.**, v. 21, n. 3, p. 735-749, 2013.

LIMA, I. C. V et al. Ações de promoção da saúde em serviço de assistência ambulatorial especializada em hiv/aids. **Cienc Cuid Saude.**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 556-563, Jul./Set. 2011.

MALISKA, I.C.A. et al. A AIDS em Santa Catarina, no Brasil: um histórico dos 25 anos da epidemia. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 147-156, 2011.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 69-82, out. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600069&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MESQUITA, N. F.; TORRES, O. M. A equipe de saúde da família na atenção integral ao adolescente vivendo com HIV/aids. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 730-739, out./dez. 2013.

NOGUEIRA, V.P.F; GOMES, A.M.T; MACHADO, Y.Y. Cuidado em saúde à pessoa vivendo com HIV/AIDS: representações sociais de enfermeiros e médicos. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):331-7.

OLIVEIRA, D. C. et al. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 833-841, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 dez. 2015.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília v. 66, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2015.

PEREIRA, F.W. et al. Transformação das práticas profissionais de cuidado diante da AIDS: representações sociais dos profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 455-460, jul./ago. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos. Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde. Programa Planeja Floripa. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Florianópolis/SC: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de DST. Coordenação Estadual de Atenção Básica. **Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras DST**. 2014.

SILVA, I. R. O pensamento complexo subsidiando estratégias de cuidados para a prevenção das DST/Aids na adolescência. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 859-866, jul./set. 2015.

YURI, C. **Sentidos atribuídos por adultos com HIV/AIDS à doença e ao cuidado que recebem de familiares**. Dissertação de Mestrado. Psicologia. Ribeirão Preto: USP, 2014.

5.2 MANUSCRITO 2: (CON) VIVER COM HIV/AIDS: GERENCIANDO SENTIMENTOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

(CON) VIVER COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE (2005 – 2014)

Luana Nickel
Maria Itayra Padilha

Resumo: Estudo sócio histórico de abordagem qualitativa que teve por objetivo conhecer as percepções vivenciadas pelos profissionais da Atenção Básica à Saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids no período de 2005 a 2014. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas com sete profissionais de saúde utilizando o método da História Oral. Os resultados foram obtidos através da análise de conteúdo, obtendo assim duas macro categorias: a percepção dos profissionais da Atenção Básica à Saúde e; as relações de trabalho na Atenção Básica à Saúde. A percepção dos profissionais demonstra o quanto esse público é diferenciado, especialmente pela criticidade do tema, pelo cuidado específico na atenção básica e pelos riscos para o paciente. As relações de trabalho mostram aspectos peculiares desse público na atenção básica, como a confidencialidade, os riscos para os profissionais, o vínculo com o usuário e os sentimentos vivenciados durante a prática. Conclui-se que houve uma transformação nas práticas dos profissionais de saúde da atenção básica em relação ao HIV/aids. Essas mudanças vem operando de maneira a introduzir novas possibilidades de convivência com a doença, tanto por parte das pessoas que (con) vivem com o HIV/aids, quanto pelos profissionais da atenção básica.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Prestação de Cuidados de Saúde; Profissionais da saúde; História da Saúde.

INTRODUÇÃO

Ser diagnosticado com aids representava, no início da epidemia, algo fatal, o que atestava muitas transformações e um forte impacto na vida dos indivíduos. Essas transformações ainda ocorrem nos dias atuais, mas, tendo em vista a cronicidade da doença, torna-se importante conhecer essas dificuldades pós diagnóstico, com a finalidade de tornar o tratamento mais eficaz. Essa eficácia está diretamente relacionada à qualidade da comunicação do paciente e sua família com a equipe de saúde (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2015).

Mesmo diante dos avanços da epidemia de aids, assim como das formas de tratamento e atenuação do vírus, essa condição de saúde continua sendo um importante problema de saúde pública, que exigiu dos profissionais de saúde e dos poderes executivo e legislativo o desenvolvimento de novas estratégias de cuidado, com vistas a repensar as práticas de saúde e melhorar a assistência a pessoa vivendo com HIV/aids (MALISKA et al., 2011; VILLARINHO et al, 2015).

No Brasil essas mudanças de paradigma de cuidado às pessoas com HIV/aids tiveram como eixo principal as ações de prevenção combinadas, com maior destaque para os protocolos voltados ao diagnóstico e tratamento da doença. Portanto, a Atenção Básica à Saúde no Brasil foi de fundamental importância nesse processo, a fim de estimular o uso das terapias antirretrovirais e realizar o acompanhamento desses usuários (BRASIL, 2013).

A Atenção Básica à Saúde é entendida como a principal porta de entrada para o Sistema de Saúde do país e conta com a descentralização e a capilaridade para permanecer o mais próximo possível das pessoas que necessitam dos serviços de saúde. Assim, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, a atenção básica presta cuidados contínuos à população em condições crônicas de saúde (BRASIL, 2012).

Formada por um ambiente multiprofissional, em que há articulação de saberes e poderes, a atenção básica possibilita uma prática de saúde mais integral e resolutiva (BRASIL, 2014). Entretanto, a assistência à saúde na atenção básica requer dos profissionais habilidades para assistir pessoas que (con)vivem com HIV/aids, sendo esta uma condição que envolve questões como o difícil prognóstico, o sigilo e o estigma.

Alan Whiteside (201-) em documento da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) afirma que os centros de saúde são os locais em que as pessoas que vivem com HIV/aids carecem de um tratamento de qualidade já no início da doença, e que, para isso, a equipe de saúde precisa ter recursos suficientes e conhecimentos necessários para evitar ao máximo a hospitalização.

O processo de trabalho dos profissionais que atuam com pessoas que vivem com HIV/aids se torna diferente do trabalho com outros indivíduos em condição crônica em virtude de aspectos muito específicos como o risco de “transmissão, a imprevisibilidade do prognóstico, sentimentos de impotência, desesperança, agressividade, negação e outras questões emocionais que invadem o profissional” (CAMPOS; NERY NETO, 2015, p. 97). À vista disso, o trabalho com esse público tão específico pode se tornar fonte de impactos na esfera psíquica dos profissionais, especialmente, nos sentimentos vivenciados durante a assistência.

Logo, conhecer como os sentimentos são gerenciados pelos profissionais de saúde da atenção básica, frente às pessoas que (con)vivem com HIV/aids, pode contribuir para uma assistência mais humanizada e menos impactos na psique dos profissionais.

Este estudo tem por objetivo conhecer os sentimentos vivenciados pelos profissionais de saúde da Atenção Básica no cuidado às pessoas com HIV/aids no período de 2005 a 2014.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa de abordagem sócio histórica realizado nos preceitos da História Oral, que teve como cenário

de estudo os distritos sanitários de saúde do município de Florianópolis/SC, definidos em: Distrito Sanitário Sul, Distrito Sanitário Norte, Distrito Sanitário Leste, Distrito Sanitário Centro e Distrito Sanitário Continente. A seleção dos participantes do estudo se deu de forma intencional, ao escolher profissionais que tivessem atuado diretamente no cuidado às pessoas com HIV/aids em Unidades Básicas de Saúde, que possuíssem boa memória para recordar percepções e situações vivenciadas durante esse cuidado e que atualmente ocupassem cargos de coordenação ou apoio da Atenção Básica a Saúde, somando ao final, sete participantes.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas norteadas por um roteiro previamente elaborado, durante os meses de setembro e outubro de 2015. Utilizou-se como instrumento qualificador da coleta de dados a técnica de História Oral, onde os entrevistados foram convidados e estimulados a (re)visitar o passado das suas atividades laborais junto às pessoas que (con)vivem com HIV/aids, baseadas no objetivo do estudo.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente validadas pelos participantes da pesquisa. A organização e análise dos dados seguiu a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2009) com o auxílio de um software para análise de dados qualitativos, o Atlas.ti 7.0 (*Qualitative Research and Solutions*), em que as falas dos participantes da pesquisa acerca dos sentimentos vivenciados durante a sua prática foram codificados de forma semântica, com vistas a destacar os relevantes aspectos de linguagem presentes nos relatos que compunham temas maiores, agrupando-os em famílias.

A categorização dos dados buscou conhecer as percepções dos profissionais da atenção básica em relação ao cuidado de pacientes com HIV/aids, aspectos das relações de trabalho e os sentimentos vivenciados durante a assistência, bem como o gerenciamento realizado a partir de questões tão peculiares nesse tipo de atendimento.

Os resultados sinalizam duas categorias importantes para compreender os sentimentos vivenciados pelos profissionais durante a assistência, são elas: **a percepção dos profissionais**

da atenção básica e as relações de trabalho na atenção básica.

Destaca-se que a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob número 1238401 e que todos os participantes entrevistados consentiram sua participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, serviu como base ética para o delineamento e concretização desta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

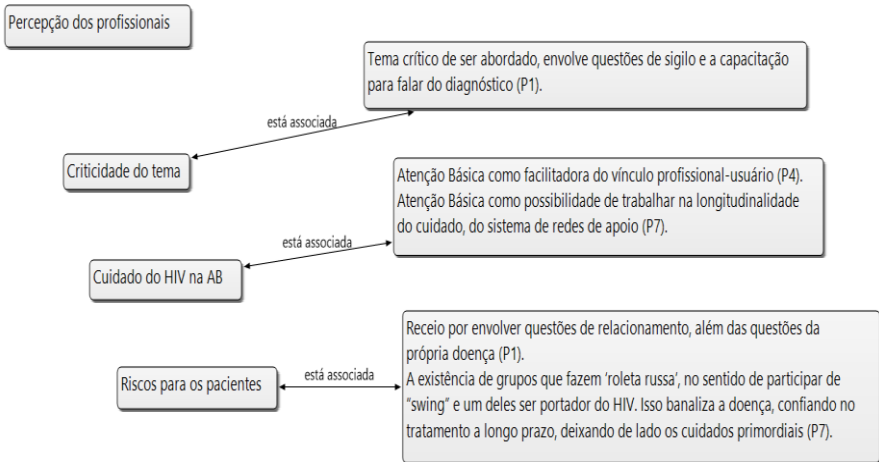
Os profissionais da atenção básica vivenciam diferentes situações durante a assistência à saúde de pacientes com HIV/aids, e trazem em seus relatos essa problemática de uma forma que torna possível a reflexão do adoecer com HIV/aids na ótica de quem protagoniza a assistência na atenção primária à saúde.

A porta de entrada do sistema de saúde brasileiro serve também como entrada de várias inquietações das equipes de saúde que estão à frente do cuidado. Essa porta de entrada mudou com o passar dos anos, antes o hospital era entendido como a entrada do sistema de saúde, e com a reformulação da atenção básica, que tem como primeiro acesso ao serviço as equipes de saúde da família, as percepções dos profissionais também passaram por significativas mudanças.

A percepção dos profissionais da atenção básica

A percepção dos profissionais da atenção básica demonstra o quanto esse público é especial e merece atenção diferenciada, especialmente, por três fatores discriminados a seguir.

Figura 1 – Percepção dos profissionais de saúde em relação ao cuidado do paciente com HIV/aids, Florianópolis, 2015.



Fonte: Resultados da pesquisa retirados do Atlas.ti

Os participantes deste estudo ainda entendem o HIV/aids como um tema crítico, principalmente, por envolver questões de sigilo e confidencialidade, como demonstrado nas falas dispostas na figura 1. Além do receio das pessoas que (com) vivem com HIV/aids de que suas informações sejam reveladas, os próprios profissionais de saúde têm dificuldades em tratar de um assunto considerado muito delicado.

Me frustra em toda consulta fica essa minha impressão de incompletude. É como se eu sempre estivesse devendo alguma coisa para o paciente. E ele quer resgatar isso de mim, e eu não posso. Eu não consigo alcançar tudo que ele precisaria. Na verdade, precisaria de um acompanhamento (P3).

Como os cursos, você se sente pior e melhor ao mesmo tempo. Bate aquele 'medinho' [...] atender aquela pessoa que tem e temos que dar o diagnóstico (P6).

Estudos diversos enfatizam a questão do estigma e da discriminação em torno do HIV/aids (ZUCCHI et al, 2010; GUERRA; SEIDL, 2009; SEOANE; FORTES, 2009), o que faz com que a convivência com a doença seja prejudicada pelo medo de serem identificadas e discriminadas por familiares e pessoas da comunidade e do ambiente de trabalho.

A PVHA vivencia que não só o adoecimento do corpo, mas fatores que interferem no plano social, cultural e psíquico, portanto, o profissional de saúde tem que aprender a lidar com isso, o que exige formação adequada e suporte profissional. Há, hoje, maior preparo para as questões de âmbito emocional, tanto para o profissional quanto para a PVHA.

Normalmente, a atenção básica é vista como porta de entrada preferencial do usuário do serviço público de saúde, quesito este estipulado pela Política Nacional de Atenção Básica, a fim de favorecer o acesso da população ao serviço de saúde. Entretanto, no caso do HIV/aids, nem sempre a proximidade do usuário com a comunidade é vista como uma facilitadora do acesso, o que demanda atenção redobrada dos profissionais de saúde, especialmente pelas questões éticas suscitadas durante o atendimento a esse público (ZAMBENEDETTI; BOTH, 2013).

O cuidado do HIV na atenção básica teve uma recente inserção. O que antes era centralizado no especialista passou, por intermédio dos incentivos das políticas públicas para ampliação do diagnóstico e descentralização do cuidado, a ser uma demanda necessária na atenção básica, requerendo capacitação e suporte de recursos humanos, físicos e logísticos.

A importância estratégica do PSF reside na sua vocação para substituir o antigo modelo, predominantemente assistencial, por um conjunto de ações preventivas, terapêuticas e de promoção de uma vida mais saudável e menos dependente do hospital como foco

central dos serviços públicos de saúde. (MERCADANTE, 2015, p. 28).

Destacam-se, ainda, as vulnerabilidades e os riscos dos usuários. Taquette, Rodrigues e Bortolotti (2015) afirmam que o tema do HIV, já consolidado nas formas de transmissão e tratamento gratuito, colaborou para que alguns grupos de pessoas estejam despreocupados com a doença. Antes, havia grupos específicos estigmatizados, no presente há certa banalização das formas de contágio, uma falta de autocuidado, que pode estar relacionada à disponibilidade de tratamento medicamentoso gratuito.

Muito embora, haja divulgação em massa sobre métodos de prevenção, testagem e aconselhamento gratuitos, a aids continua sendo uma doença de rápida transmissão entre mulheres e jovens (OLIVEIRA et al, 2009). No caso dos mais jovens, a vulnerabilidade é decorrente da própria idade (inexperiência, inabilidade para a tomada de decisões e sentimentos conflituosos) (OLIVEIRA et al, 2009).

As relações de trabalho na Atenção Básica à Saúde

A atenção básica tem como característica principal do processo de trabalho, o trabalho em equipe, com isso a assistência se dá por meio de relações entre diferentes profissionais de saúde. Para prestar assistência de saúde adequada, as equipes de saúde passam por diversas adequações.

As equipes de saúde já existiam antes da reformulação da atenção básica, entretanto, os profissionais coexistiam no mesmo espaço com atividades distintas entre eles exercendo um modelo de atenção curativista e centralizado nas especialidades da medicina. Com as inovações da Política Nacional de Atenção Básica, o processo de trabalho das equipes passa a ser centralizado no usuário, com uma metodologia de assistência que requer um trabalho interdisciplinar eficaz.

No entanto, essas relações de trabalho nem sempre são vistas como positivas, há que se considerarem as singularidades

de cada profissional e de cada usuário atendido. Singularidades estas muito mais acentuadas quando o usuário (con)vive com HIV/aids.

As relações de trabalho são descritas pelos profissionais em quatro eixos principais que se traduzem no quadro a seguir:

Quadro 1 – Aspectos das relações de trabalho dos profissionais da Atenção Básica no que se refere à pessoa que (con)vive com HIV/aids e as falas dos participantes que marcam este contexto, Florianópolis, 2015.

Eixos principais da categoria	Relatos dos participantes
<p>Confidencialidad e</p>	<p>A gente procurava discutir esses casos [HIV/DST] mais entre o enfermeiro e o profissional médico [...] a preocupação de discutir os casos junto com o agente de saúde, por estar inserido na comunidade (P1).</p> <p>A discussão do paciente soropositivo e com aids era muito sigilosa, a gente não discutia com outros profissionais [agentes comunitários], então, as discussões de casos clínicos desses pacientes eram realizadas basicamente entre médico e enfermeiro (P2).</p> <p>O que diferencia o cuidado dele é o sigilo em relação a questão específica, a informação específica. Se o paciente diz que gostaria que você não falasse para o enfermeiro ou que ninguém mais na unidade saiba, ninguém mais vai saber [...] o cuidado também significa preservar o sigilo (P5).</p> <p>Porque tem esse tabu e também a pessoa tem o direito de dizer se tem ou não a diferentes profissionais. Nem todos os casos eram compartilhados com a equipe toda. Alguns casos ficavam restritos a alguns profissionais, porque a reunião de equipe tem os agentes comunitários de saúde, por mais que eles saibam que devem cuidar da família e saber tudo, algumas coisas não</p>

precisavam saber (P6).

Riscos da assistência

Com relação aos riscos, durante minhas atividades era a proteção padrão conforme a abordagem que eu iria fazer com esse paciente. Não havia grandes procedimentos que exigem grande aporte de equipamentos de segurança (P1).

Quanto mais você é resolutivo, você faz mais procedimentos na AB, intervém mais e consequente a isso se envolve em riscos (P3).

Eu nunca tive muita preocupação, preconceito [em relação aos riscos]. Como sempre fomos informados que devemos ter os cuidados básicos, utilizar os EPI's (equipamentos de proteção individual) para qualquer pessoa, isso nunca foi preocupação. Até porque nas unidades não havia um volume importante de procedimentos invasivos (P6).

Na unidade básica, nunca presenciei situações de risco iminente, mas na minha experiência hospitalar sim. Não é porque tem o diagnóstico, mas porque já está na minha rotina (P7).

Vínculo com o usuário

A atenção básica estimula um monte essa questão da proximidade do paciente com o profissional, o vínculo. Por estar mais próxima estimula o vínculo e a atenção, por estar dentro do território traz outras necessidades que não somente as relacionadas ao diagnóstico do HIV e eles voltam para a enfermeira da área, para o médico (P1).

A contribuição da atenção básica é como porta de entrada, à medida que o relacionamento vai se fortalecendo, essa vinculação e a confiança também (P4).

A atenção básica tem a oferecer o vínculo, a conveniência de ser perto da casa dela, a conveniência de ter o profissional, dois, três profissionais que não te olham como um diagnóstico de HIV, mas como esse indivíduo, essa

pessoa que tem família, que tem um contexto comunitário, enfim, que não é as medicações ARV que precisa [...] é a facilidade de você ter acesso a diversos recursos ali naquele local, então quer dizer que não é só na direção do HIV (P5).

**Sentimentos da
prática
profissional**

O que eu sinto é empatia, tentar me colocar no lugar dessa pessoa, não dá para fazer julgamentos, em hipótese alguma [...] isso não cabe no acolhimento (P1).

O que sinto é medo, medo de se lidar com paciente soropositivo, medo por não ter conhecimento que dê segurança para lidar com aquele paciente e com as intercorrências que acontecem. Na verdade é uma gama de sentimentos [risos contidos] porque eu tenho um perfil mais humanizado, não só pela minha qualificação profissional, mas por eu ser cristã, eu sou praticante do cristianismo, eu sou luterana, então eu tenho essa visão da parte da religião também. Eu tenho de certa forma tenho um pesar muito grande, até porque, por saber a evolução daquela patologia (P2).

Teve histórias assim que nos mobilizaram a se sensibilizar com as estórias de vida desses pacientes (P4).

De uma forma geral, eu acabo ficando penalizado, por saber que a pessoa vai ter aquilo para o resto da vida, pois terá que se preocupar muito mais que outras pessoas. Mesmo sabendo que é uma doença crônica como qualquer outra, mas sabemos que é crônico e transmissível. Então tem que cuidar. É muito diferente, pois existem pessoas e pessoas. Conforme você vai descobrindo o jeito que ela pegou, você tem um sentimento diferenciado, querendo ou não, somos humanos, não queremos ficar julgando, mas somos passíveis ao pré-julgamento, tenho uma empatia melhor ou maior em alguns casos. Querendo ou não tem isso. Mas sempre as situações exigem uma atenção a mais, gera uma tensão, uma preocupação a mais (P6).

Fonte: Relatos dos participantes codificados na pesquisa.

Nos relatos apresentados, verificamos a complexidade e singularidades do cuidado a um público demasiadamente específico e repleto de desafios. Os profissionais de saúde demonstram reconhecer a amplitude da tarefa de inclusão dessa assistência na Atenção Básica ao reconhecerem a potencialidade para a formação do vínculo e, por consequência, maiores possibilidades de intervenções de cuidado. Confirma ademais a confidencialidade como característica indispensável no atendimento de qualidade e respeitosa à pessoa, entendida no seu ciclo de vulnerabilidades.

Ser portador do HIV/aids traz consigo uma situação comum de ter o estigma de ser visto como portador de uma doença terminal, como uma sentença de morte. Esse estigma estimula a negação e o segredo sobre a doença (REIS et al., 2011). O fato de (con)viver com o HIV/aids força os indivíduos a optarem pelo sigilo, pois apenas algumas pessoas de seu convívio são eleitas como conhecedoras de seu diagnóstico, e isso faz com que os profissionais de saúde estejam entre esses eleitos, criando uma esfera de confiança com o usuário dos serviços de saúde.

O receio da reação da família e da sociedade perante o diagnóstico, como atitudes de rejeição e discriminação, fazem com que as pessoas com HIV/aids omitam o diagnóstico (VILLARINHO et al, 2015).

Neste contexto, é fundamental a importância da atuação dos profissionais de saúde para que a compreensão das pessoas que (con)vivem com o HIV/aids acerca da doença ultrapasse o estigma a ela configurado, entendendo a evolução crônica e levando em consideração aspectos como a possibilidade de tratamento e a maior sobrevida com qualidade de vida dos portadores do vírus.

Os comportamentos de risco durante a assistência em saúde na atenção básica aparecem nas falas dos participantes como inerentes à assistência, diferente do que acontecia no início da epidemia. Assim como a noção do que é um comportamento de risco foi modificada no decorrer dos últimos

anos, em que se destaca com mais veemência a busca por ações de prevenção ao invés da prescrição de normas, pois se entende toda a sociedade como vulnerável à infecção (VILLARINHO et al, 2015).

Neste contexto, os profissionais de saúde tiveram que se adaptar a essa nova realidade investindo em ações mais amplas de prevenção para os usuários do serviço e desmistificando as ações voltadas para sua própria proteção. E, foi com base nos conhecimentos adquiridos acerca da doença, que esses profissionais puderam modular sua forma de pensar o HIV/aids.

A proximidade do usuário com a atenção básica é valorizada nas falas dos participantes, especialmente, pelo fato de estar inserida na comunidade. A fim de estabelecer um vínculo com a pessoa que (con)vive com HIV/aids, o acolhimento merece destaque especial nesse processo em que é estabelecida a relação profissional de saúde e paciente, e tem a finalidade de esclarecer dúvidas e incentivar a adesão ao tratamento. Quaisquer falhas no acolhimento podem comprometer todo o tratamento e prejudicar o vínculo com a equipe (BRASIL, 2008).

A abordagem multidisciplinar colabora em muito para descompartmentalizar o atendimento centrado no modelo biomédico de assistência, evitando atitudes preconceituosas e discriminatórias, pois o vínculo favorece o respeito e a confiança da pessoa para expressar suas dúvidas e sentimentos relacionados à doença (BRASIL, 2008; MORENO; REIS, 2013).

Dentre os sentimentos que permeiam os profissionais de saúde no atendimento à pessoa com HIV/aids, a empatia tem se mostrado uma condição *sine qua non* para obter uma boa escuta e oferecer o apoio necessário aos usuários. Moreno e Reis (2013) destacam que os profissionais de saúde só conseguem oferecer o devido suporte quando tem a capacidade de se colocar no lugar do usuário.

Há ainda, o sentimento de medo por parte dos profissionais de saúde que se materializa pelo medo do desconhecido, por não saber lidar com a situação. Em relação aos cuidados com o contágio, o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) apresentou duas fases distintas. No início da epidemia, as

precauções eram realizadas de forma exagerada, por desconhecer as reais formas de transmissão. Atualmente, há certa negligência com as precauções, entendendo que a precaução deve ser utilizada para todos os pacientes, independentemente (PEREIRA et al, 2015).

Os julgamentos, muito embora, pensados como atitudes errôneas, foram levantados pelos participantes da pesquisa como inevitáveis, muitas vezes, e estão diretamente vinculados à forma como o usuário contraiu o HIV/aids. Os profissionais de saúde devem ter cuidados redobrados para não reforçar alguns estigmas relacionados ao HIV/aids, especialmente, no que diz respeito com a associação aids-morte (ZAMBENEDETTI; BOTH, 2013).

Diante disso, a assistência à saúde relacionada ao HIV/aids ainda apresenta-se aos profissionais de saúde como um grande desafio, face a necessidade de manejo não somente das informações relativas à doença, mas também, com as crenças e valores, que influenciarão no comportamento de cada um, revelando vulnerabilidades importantes (VILLARINHO et al, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se, no presente estudo, que houve uma transformação nas práticas dos profissionais de saúde da atenção básica em relação ao HIV/aids. Essas mudanças vêm operando de maneira a introduzir novas possibilidades de convivência com a doença, tanto por parte das pessoas que (con) vivem com o HIV/aids, quanto pelos profissionais que as assistem na atenção básica.

O período da pesquisa estudado, 2005 a 2014, demonstra que os profissionais de saúde, atuantes na Atenção Básica, foram convocados a se (co)responsabilizar pelo cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids, alterando os posicionamentos profissionais centralizados no encaminhamento e apenas suporte avaliativo da regularidade das consultas ao infectologista, para um postura ativa e comprometida com a integralidade do cuidado.

O intervalo de tempo estudado apresenta que os sentimentos advindos da prática de cuidado requerem dos profissionais de saúde uma preocupação maior com as relações sociais e não com a morte. Ainda, o cuidado é promovido pela atenção básica pela forma como está conjunturada, ao facilitar o acesso ao serviço de saúde e o vínculo de confiança com os usuários. Todavia, aspectos como o medo, o julgamento e os riscos que decorrem da assistência levantados por meio da análise dos depoimentos, devem ser trabalhados por meio de educação permanente em saúde, fornecendo subsídios para lidar com as diversas situações do cotidiano.

O tema continua sendo um nó crítico da assistência em saúde pelo estigma que carrega juntamente com as questões éticas que o permeiam. O sigilo e a confidencialidade são desafios a serem superados todos os dias pelos profissionais de saúde, em particular, para identificar a linha tênue que separa as informações que podem e devem ser compartilhadas.

Com este estudo foi possível conhecer algumas percepções dos profissionais de saúde no cuidado às pessoas que (con)vivem com o HIV/aids, as implicações nas relações de trabalho, tanto na perspectiva do cuidado a essas pessoas, quanto do cuidado de si mesmos. Em adição, podem-se apontar futuras pesquisas que possam explorar os sentimentos vivenciados pelos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série E. **Legislação em Saúde**. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**. Ano II - nº 1 - até semana

epidemiológica 26ª - dezembro de 2013. Brasília: MS, 2013.

Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. _____. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, A. E. R.; NERY NETO, J. S. Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem durante o processo de cuidar de pacientes portadores do Hiv/aids. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 2, n. 2, jul./dez. 2015. Disponível em:

<<http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Sentimentos-vivenciados-pela-equipe-de-enfermagem-durante-o-processo-de-cuidar-de-pacientes-portadores-do-hivaidsv.2-n.2.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2015.

GUERRA, C.P.P; SEIDL, E.M.F. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. **Paideia**. v. 19, n. 42, p. 59-65, jan./abr. 2009.

MALISKA, I.C.A. et al. A AIDS em Santa Catarina, no Brasil: um histórico dos 25 anos da epidemia. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 147-156, 2011.

MORENO, D.M.F.C.; REIS, A.O.A. Revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento: a versão do usuário. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, dez. 2013. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2015.

OLIVEIRA, D. C. et al. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de

Janeiro, v. 13, n. 4, p. 833-841, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 dez. 2015.

PEREIRA, F.W. et al. Transformação das práticas profissionais de cuidado diante da AIDS: representações sociais dos profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 455-460, jul./ago. 2015.

REIS, R.K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/aids. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 565-575, jul./set, 2011.

SEOANE, A. F.; FORTES, P. A. C. A percepção do usuário do programa saúde da família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 42-49, 2009.

TAQUETTE, S.R.; RODRIGUES, A.O.; BORTOLOTTI, L.R. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 37, n. 4-5, p. 324-329, maio 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 dez. 2015.

VILLARINHO, M.V. et al. Percepção dos trabalhadores da saúde acerca da prevenção da epidemia de aids em Florianópolis-SC, Brasil (1986-2006). **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 72-79, jan./mar. 2015.

WHITESIDE, A. **Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)** [Internet] 201-. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/Aaa38.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N.S. "A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 41-58, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2015.

ZUCCHI, E.M. et al. Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por Aids. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 719-734, set./dez. 2010.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu conhecer as ações de promoção, prevenção e tratamento realizadas por profissionais de saúde no âmbito da Atenção Básica de Saúde às pessoas que (con)vivem com HIV/aids, no período de 2005 a 2014. As ações executadas que se destacaram incluem o acolhimento, o acompanhamento, orientações, importância do trabalho multiprofissional, a prevenção realizada com outros segmentos do território e a promoção da saúde, que embora ainda seja incipiente, mostra-se como ferramenta importante para qualificação da assistência a esse público específico, assim como para o empoderamento dos profissionais de saúde.

A despeito dos avanços tecnológicos adquiridos para o cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/aids como a promulgação de protocolos e diretrizes operacionais para diagnóstico e tratamento, cabe ressaltar que a evolução das práticas de cuidado são processuais e demandam adaptação e avaliação. O estudo revelou que a equipe de saúde enfrenta diversas dificuldades para inclusão desse serviço nas unidades básicas, a citar: a constante rotatividade dos profissionais, as modificações do processo interno de trabalho, a inclusão de novas atribuições, a carência de conhecimentos específicos para abordagem do tema e, por fim, a resistência dos usuários para a formação do vínculo e cuidado na Atenção Básica.

Muito embora existam grandes obstáculos para a concretização do cuidado à pessoa com HIV/aids nas unidades básicas de saúde de modo integral e resolutivo, os profissionais de saúde demonstraram que a temática HIV/aids já é entendida como esfera de cuidado da rede básica de saúde e revelam preocupações relacionadas às questões de vulnerabilidade, a cronicidade da doença e a necessidade de integralidade nas ações de prevenção, promoção e tratamento, na perspectiva do trabalho em rede.

Ademais, conclui-se que a experiência de lidar com as pessoas que (con)vivem com HIV/aids na Atenção Básica está sob grandes transições e que participar desse momento enriquece o profissional da saúde à medida que ele é convocado

a trabalhar com seus próprios desafios, profissionais e pessoais, entendendo que somente seu fazer isolado não é eficiente para dar conta do contexto de vida desse indivíduo, bem como lidar com os pré-conceitos ainda tão arraigados (tem um espaço a mais aqui) nas práticas assistenciais cotidianas.

O caminhar da construção deste estudo foi permeado de inúmeras situações de contentamento e angústia. Com um tema que permanece nos inquietando desde os anos de 1980, foram inúmeras descobertas positivas dos avanços advindos do esforço e dedicação dos diversos segmentos da população. O tema HIV/aids não mais circunscrito exclusivamente ao campo biológico, necessidade dos primeiros tempos, repercute acentuadamente em diferentes áreas, exigindo constantes atualizações e renovação de práticas de cuidado.

O estudo revelou que lidar com a pessoa que (con)vive com HIV/aids, para além da oferta do medicamento e do acompanhamento da carga viral, somos advertidos da complexidade diante da vulnerabilidade, dos estigmas, das dificuldades de diagnóstico, prevenção e promoção da saúde, bem como o tratamento com início precoce.

Face a magnitude do tema HIV/aids, nos reportamos aos personagens-chave para o processo de cuidado a esse público: os profissionais de saúde. Personagens que muitas vezes ficam obscurecidos ante a tantas demandas profissionais e falta de oportunidades para desvelarem suas lutas, desejos e conquistas. Objetivando revelar como os profissionais vivenciaram na Atenção Básica de Saúde o processo de cuidar das pessoas que (con)vivem com HIV/aids, este estudo apresenta o resgate da história das práticas de saúde realizadas no período de 2005 a 2014.

Destacamos a importância da metodologia utilizada, História Oral, que possibilitou inquietar os sujeitos da pesquisa de modo que foram convidados a (re)visitar seu passado recente, lembrando e (re)construindo suas práticas assistenciais através do discurso. Materializar essas experiências nas falas, nos gestos foi tarefa mobilizadora das memórias e sentimentos. Algumas vezes, foi necessário o incentivo de pontos demarcadores para impulsionar o acesso às lembranças. Na

maioria das entrevistas foi notável como o assunto mobilizava o entrevistado – além de demarcar sua experiência, ele formava um discurso com pausas reflexivas, olhava os acontecimentos e projetava um futuro promissor devido às sementes que perceberam ter contribuído. Essa constatação da pesquisa gera bons resultados porque é demasiadamente gratificante saber que a pesquisa objetivamente cumpriu com as metas estabelecidas e ainda conseguiu mobilizar memórias tão ricas e fortes, permitindo os profissionais refletirem sobre os avanços e desafios postos no processo de cuidar.

Ao término deste estudo é importante lançarmos um olhar especial sobre a visibilidade concedida aos profissionais de saúde para contarem suas experiências, exporem as fragilidades vivenciadas e presentemente seus desafios futuros.

Ao reconhecer este período histórico (2005-2014), um passado-recente, pelas lentes dos profissionais, este estudo contribuiu para a produção do conhecimento na área da Atenção Básica à Saúde, na linha de pesquisa História em Saúde e Enfermagem, como para o Grupo da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES), do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, sobretudo ao permitir que diferentes perspectivas fossem postas em reflexão, nos provocando a ação de (re)formularmos estratégias que vão além do ato de diagnosticar ou dispensar medicamento, mas sim de promover a qualidade da assistência no contexto de vida o quanto mais próximo e real do processo de (con)viver com HIV/aids.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **História oral**: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

_____. **Manual de História Oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2013.

ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 229-235, 2014.

ARAÚJO, C. L. F. et al. A testagem anti-HIV nos serviços de ginecologia do município do Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 82-89, 2014.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, N.B.; GUIMARÃES, C.M.; BORGES, O.S. Políticas de saúde e prevenção ao HIV/aids no Brasil-1982-2012. **Revista de Estudos**, Goiânia, v. 39, n. 4, p. 537-546, out./dez. 2012.

BASTIANI, J.A.N. **Trajetória histórica da AIDS em Florianópolis (1986-2006)**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

BATISTA, F.E.B.; SOUSA, R.C. **Política pública de saúde: História e perspectivas do Sistema Único de Saúde-SUS**. Palmas-TO: Congresso Norte-Nordeste de Pesquisa e Inovação, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços**. Brasília: MS, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS do Brasil. **Programas nacional, estaduais e municipais**. 2009. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/programas-nacional-estaduais-e-municipais>. Acesso em: 28 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Assistência Domiciliar Terapêutica**. <http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/assistencia-domiciliar-terapeutica>. Acesso em: 27 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Caderno de Boas Práticas**. Brasília: MS, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hivaids-na-atencao-basica>. Acesso em: 24 de abril 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**. Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26^a - dezembro de 2013. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série E. **Legislação em Saúde**. Brasília: MS, 2012. Disponível em:

<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

_____ **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, 20 set. 1990. Seção I, p. 18055-60. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf>. Acesso em: 14 out. 2015.

_____ **Lei nº 9313/96.** Estabelece a garantia do acesso aos medicamentos antirretrovirais pelo SUS para todas as pessoas acometidas pelo HIV/Aids. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf>. Acesso em: 14 out. 2015.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades populares.** Série Manuais n. 83. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília.** Ministério da Saúde, 2012.

_____ **Portaria nº. 34, de 28 de julho de 2005.** Regulamenta o uso dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo_3_4_002.pdf>. Acesso em 15 out 2015.

_____ **Portaria no. 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 14 out. 2015.

_____**Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 14 out. 2015.

_____**Programa Nacional de DST e AIDS. Resposta +.** Experiências do Programa Brasileiro de Aids. Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/resp-posit01web.pdf>>. Acesso 13 out. 2015.

_____**Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. _____. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, A. E. R.; NERY NETO, J. S. Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem durante o processo de cuidar de pacientes portadores do Hiv/aids. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 2, n. 2, jul./dez. 2015. Disponível em: <<http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Sentimentos-vivenciados-pela-equipe-de-enfermagem-durante-o-processo-de-cuidar-de-pacientes-portadores-do-hivaidsv.2-n.2.pdf>>. Acesso em 22 dez. 2015.

COUTO, M. H. **Brasil: a estratégia brasileira de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS e sua integração com o Sistema**

Único de Saúde. 2009. Disponível em:
<file:///D:/Usuario/Downloads/Estudio%20de%20Caso%2003%20-%20Brasil%20VIH-SIDA%20POR.pdf> Acesso em: 27 outubro 2014.

FERRAZ, D.A.S.; NEMES, M.I.B. Cogestão e prevenção das DST/Aids na atenção primária: contribuições desde o referencial dos direitos humanos e da vulnerabilidade. **Temas psicol.**, v. 21, n. 3, p. 735-749, 2013.

GIL, R.F.; CAMELO, S.H; LAUS, A.M. Atividades do enfermeiro de Centro de Material e Esterilização em instituições hospitalares. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 927-934, dez. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2015.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.493-545.

GUEDES, J.A.D.; BORENSTEIN, M.S.; MEIRELLES, B.S.H. Memórias da enfermagem e AIDS (1986-1996). In: BORENSTEIN, M.S.; PADILHA, M.I.C.S. **Enfermagem em Santa Catarina: recortes de uma história (1900-2011).** Florianópolis (SC): Editora Secco, 2011.

GUERRA, C.P.P; SEIDL, E.M.F. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. **Paideia.** v. 19, n. 42, p. 59-65, jan./abr. 2009.

KLETEMBERG, D.F et al. O fascínio da ciência na área da saúde (1960-1990). In: PADILHA, M.I.C.S.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I. **Enfermagem: história de uma profissão.** São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora, 2011.

MALISKA, I.C.A. **A implantação das políticas públicas de saúde em aids no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MALISKA, I.C.A. et al. A AIDS em Santa Catarina, no Brasil: um histórico dos 25 anos da epidemia. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 147-156, 2011.

MALISKA, I.C.A., PADILHA, M.I.C.S., ANDRADE, S.R. AIDS e as primeiras respostas voltadas para a epidemia: contribuições dos profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2015 jan/fev; 23(1):15-20.

MATOS, J. S.; SENNA, A. K. **História Oral como fonte:** problemas e métodos. *Rev. Historia.* Rio Grande, v. 2, n. 1, p. 95-108, 2011.

MEDINA, M. G. et al . Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 69-82, out. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600069&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2015.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral.** 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

MENDONÇA, P.M.E.; ALVES, M.A.; CAMPOS, L.C. Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/Aids no Brasil. **RAE electron.**, São Paulo, v. 9, n. 1, jun. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482010000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

_____. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2015.

MESQUITA, N. F.; TORRES, O. M. A equipe de saúde da família na atenção integral ao adolescente vivendo com HIV/aids. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 730-739, out./dez. 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.L.G.; COTTA, R.M.. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2015.

MORENO, D.M.F.C.; REIS, A.O.A. Revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento: a versão do usuário. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2015.

NOGUEIRA, V.P.F; GOMES, A.M.T; MACHADO, Y.Y. Cuidado em saúde à pessoa vivendo com HIV/AIDS: representações sociais de enfermeiros e médicos. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):331-7.

OLIVEIRA, D. C. et al. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 833-841, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Doenças não Transmissíveis e Saúde Mental. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2014.

ONUBR. Organizações das Nações Unidas no Brasil. **A ONU e a resposta à aids no Brasil**. Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), 2014. <<http://www.unaids.org.br/documentos/A%20ONU%20e%20a%20resposta%20-%20PORTUGU%C3%8AS.pdf>> Acesso em: 27 fevereiro 2015.

PADILHA, M. I. C. S. de.; BORENSTEIN, M. S. O método de pesquisa histórica na Enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**. Florianópolis, v.14, n. 4, p. 575-584, out-dez, 2005.

PADILHA, M.I.C.S. et al. As fontes historiográficas em pauta: a história oral e a pesquisa documental. In: BORENSTEIN, M.S. **Enfermagem em Santa Catarina**: recortes de uma história (1900-2011). Florianópolis: Secco, 2011.

PARENTI, C.F. et al. Perfil dos pacientes com AIDS acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2003. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, jun. 2005. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679->

49742005000200004&script=sci_abstract&tling=en>. Acesso em: 27 fev. 2015.

PASCHOAL, E.P., et al. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 32-40, Mar, 2014.

PEREIRA, F.W. et al. Transformação das práticas profissionais de cuidado diante da AIDS: representações sociais dos profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 455-460, jul./ago. 2015.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS.
PORTARIA/SS/GAB/Nº 283/2007. **Aprova a Política Municipal de Atenção a Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família**. Florianópolis, 2015. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saud e+da+familia&menu=6>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

RAMOS, L.Q. A cara viva da AIDS pós coquetel: a representação social da doença no século XXI. In: 14º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia. **Anais...** Belo Horizonte, 2014.

REIS, R.K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/aids. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 565-575, jul./set, 2011.

SANTOS, M.S.; LUCENA, A.F. **O Brasil e o regime internacional de combate ao HIV/Aids**. Seminário Brasileiro de Estudos Estratégicos Internacionais (Sebreei). Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível

em:

<http://www.sebreei.eventos.dype.com.br/resources/anais/21/1371512333_ARQUIVO_OBrasileoRegimeInternacionaldeCombateaoHIV_Aids_MichelleSSantos_fundoalterado.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015.

SCHEFFER, M. **Coquetel**: A incrível história dos antiretrovirais e do tratamento da aids no Brasil. São Paulo: Hucitec: Sobravime, 2012.

SEOANE, A. F.; FORTES, P. A. C. A percepção do usuário do programa saúde da família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 42-49, 2009.

SILVA, I. R. O pensamento complexo subsidiando estratégias de cuidados para a prevenção das DST/Aids na adolescência. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 859-866, jul./set. 2015.

Sousa, Adelaine Maria de, et al. A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura. **Journal of Management and Primary Health Care**. V 3. N 1 (2012): 62-66.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Fim da epidemia da AIDS até 2030 é central para a agenda pós-2015**.

<http://www.unaids.org.br/midia/Fim_epidemia_AIDS_2030.pdf> Acesso em: 28 fev 2015.

VILLARINHO, M.V. et al. Percepção dos trabalhadores da saúde acerca da prevenção da epidemia de aids em Florianópolis-SC, Brasil (1986-2006). **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 72-79, jan./mar. 2015.

_____. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 271-277, abr. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2016.

WHITESIDE, A. **Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)** [Internet] 201-. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/Aaa38.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N.S. "A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 41-58, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2015.

ZUCCHI, E.M. et al. Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por Aids. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 719-734, set./dez. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(de acordo a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, Luana Nickel, enfermeira e mestranda do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **O CUIDADO ÀS PESSOAS QUE (CON)VIVEM COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: HISTÓRIA ORAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**, sob orientação da Profª Drª Maria Itayra Coelho de Souza Padilha.

Neste momento estou lhe convidando para participar da pesquisa acima. Sua participação consistirá em responder a entrevista realizada por mim, Luana Nickel.

Sua participação é voluntária, o que significa que o (a) senhor (a) poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, retirando seu consentimento, sem que isso lhe seja imputado qualquer tipo de prejuízo.

Essa pesquisa tem por objetivo geral: Compreender a evolução do cuidado às pessoas que (con) vivem com HIV/aids na Atenção Básica de Saúde, no período de 2005 a 2014, no município de Florianópolis-SC.

Informamos que os benefícios desta pesquisa serão o reconhecimento do cuidado prestado às pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Básica à Saúde do município de Florianópolis/SC, e a contribuição para a visibilidade dos profissionais de saúde.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa de abordagem sócio-histórica, baseada na Nova História que

utilizará a História Oral como técnica para a coleta de dados através da realização de entrevistas semiestruturadas, com roteiro previamente estabelecido.

Sua participação não implicará em riscos à sua integridade física, entretanto poderá lhe trazer algum desconforto diante da abordagem do tema. Caso isso ocorra, a entrevista será interrompida. O entrevistado terá direito a indenização por qualquer dano sofrido, desde que seja comprovadamente vinculado a participação na pesquisa.

As informações obtidas serão tratadas com sigilo e seu nome não será identificado em nenhum momento, se assim o desejar. Tratando-se de uma pesquisa histórica a confidencialidade das informações depende do aceite ou não do participante em ser identificado, haja vista a importância histórica das informações e sendo os sujeitos deste estudo pessoas importantes na história da saúde catarinense.

Os dados serão guardados em local seguro no Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES), Universidade Federal de Santa Catarina, destinando-se exclusivamente a fins acadêmicos.

Sua participação não implicará em custo material, bem como não fornecerá outra vantagem que não seja a contribuição para a construção do conhecimento científico. Será assegurado o recebimento de uma cópia deste Termo. Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas, sendo que a pesquisadora assegura o total anonimato dos participantes, se assim o desejarem. Os procedimentos inerentes à implementação da pesquisa requerem a sua autorização para gravação das falas em gravador digital e obtenção de fotografias ou imagens que possam vir a contribuir com a pesquisa.

Se você se sente plenamente esclarecido sobre as questões que envolvem o estudo e concorda em participar, solicito que você assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Uma das vias ficará com você, participante e outra comigo, pesquisadora.

Os esclarecimentos adicionais a respeito desta pesquisa poderão ser feitos com os responsáveis pela pesquisa através

dos contatos que seguem:

Mestranda: Luana Nickel (luanickel@gmail.com) ou (48) 9656-6149)

Orientadora: Profª Drª Maria Itayra Coelho de Souza Padilha (padilha@ccs.ufsc.br) ou (48) 9962-4510).

Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem:

Campus Reitor João David Ferreira Lima. Bairro Trindade.

Florianópolis/SC - CEP 88040-900. Tel: + 55 (48) 3721-4910 |

Fax: +55 (48) 3721-9921

Contato: ppgen@contato.ufsc.br

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:

Universidade Federal de Santa Catarina Pró-Reitoria de

Pesquisa. Prédio Reitoria II. Rua Desembargador Vitor Lima, nº

222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400.

Contato: (48) 3721-6094. Email: cep.propesq@contato.ufsc.br.

.....
Profª Drª Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

.....
Mestranda Luana Nickel

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu,....., RG, fui informado(a) sobre o objetivo, a justificativa, os benefícios e os riscos de participar desta pesquisa. Afirmando que compreendi os procedimentos quanto à confidencialidade, a guarda, a utilização e a divulgação das informações, por isso autorizo a gravação da entrevista e a utilização de fotografias e/ou imagens por mim disponibilizadas. Declaro, portanto, que estou de acordo em participar, voluntariamente, da pesquisa **O CUIDADO ÀS PESSOAS QUE (CON)VIVEM COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: HISTÓRIA ORAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

Florianópolis (SC), de de 2015.

.....
Assinatura do participante

....., estado civil, RG, CPF, declaro para os devidos fins que abdicoo plenamente dos direitos sobre minha entrevista gravada e transcrita, autorizada para a leitura e inclusão no Projeto de Pesquisa **O CUIDADO ÀS PESSOAS QUE (CON)VIVEM COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: HISTÓRIA ORAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**, de autoria da mestranda Luana Nickel, sob a coordenação da Prof^ª Dr^ª Maria Itayra Coelho de Souza Padilha.

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados Pessoais	
Nome completo:	Procedência:
Data e local de nascimento:	Estado civil:
Formação/ano de formação:	Profissão:
Perguntas orientadoras	
<p>1- Como se deu sua aproximação com a Atenção Primária à Saúde? Em que ano foi? Porque escolheu essa área? Qual foi sua motivação? Você se lembra quando foi que teve a oportunidade de atender alguma pessoa com HIV/AIDS e que tipo de atividade desenvolveu?</p>	
<p>2- Quais são as práticas de cuidado junto às pessoas que vivem com HIV/AIDS? Em termos de PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO que você vem desenvolvendo no seu local de trabalho no período de 2000 a 2014?</p>	
<p>3- Quais foram as mudanças percebidas em relação a PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO às pessoas que vivem com HIV/aids no período de 2000 a 2014?</p>	
<p>4- Você realizou algum tipo de capacitação, treinamento, elaboração de protocolos, rotinas de atendimento e acolhimento para a atenção a esta clientela? Por favor, detalhe o que e partir de quando isso ocorreu.</p>	
<p>5- Ocorreu alguma alteração nas relações de trabalho quando foram convocados a trabalhar com pessoas que (con)vivem com HIV/aids?</p>	

6- Qual sua percepção em relação aos riscos, tratamento e vulnerabilidade diante do cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS no campo da Unidade Básica de Saúde no período de 2000 a 2014?

7- Quais seus sentimentos diante do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids?

8- Como você acha que a pessoa que (con)vive com HIV/aids e/ou sua família percebe o cuidado realizado pela Unidade de Saúde ao longo do tempo (2000-2014)?

9- Como você acha que a AB pode contribuir melhor para o atendimento/cuidado/prevenção da doença?

ANEXO

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO - UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO ÀS PESSOAS (CON)VIVENDO COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTÓRIA ORAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48608115.1.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.238.401

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa de mestrado de Luana Nickel junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O trabalho está sob a orientação da profª. Drª. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha. O estudo parte da hipótese de que a evolução do cuidado à pessoa com HIV/AIDS acompanhou as transformações sociais, políticas e econômicas do país. O estudo será qualitativo com abordagem sócio-histórica, que tem como objetivo compreender o evolução do cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids na Atenção Básica, no período de 2000 a 2014, no município de Florianópolis/SC,

na perspectiva da equipe de saúde. O contexto do estudo será a Unidade Básica de Saúde localizada na região central de Florianópolis. A coleta de dados será realizada através de entrevistas baseadas na metodologia da História Oral. serão entrevistados 30 profissional de saúde com atuação mínima de seis meses na Unidade Básica de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o evolução do cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids na Atenção Básica, no período de 2000 a 2014, no município de Florianópolis/SC.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesa@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.228.401

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

O estudo oferece risco mínimo aos participantes, podendo ser caracterizado por algum tipo de estresse ou desconforto ao ser entrevistado, que ao sinal presente, será oportunizado encaminhamento para atendimento especializado.

Benefícios:

Ampliação do conhecimento científico sobre o tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não tenho comentários extras.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados segundo recomendação da legislação vigente.

Recomendações:

Não tenho recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tole_revisado.pdf	19/08/2015 11:24:18	Maria Itayra Coelho de Souza Padilha	Aceito
Outros	carta_de_pendencias.pdf	19/08/2015 11:25:48	Maria Itayra Coelho de Souza Padilha	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	19/08/2015 11:34:21	Maria Itayra Coelho de Souza Padilha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	19/08/2015 11:35:25	Maria Itayra Coelho de Souza Padilha	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	19/08/2015 16:44:31	Maria Itayra Coelho de Souza Padilha	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_511598.pdf	19/08/2015 16:45:45		Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propeq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.228.401

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 22 de Setembro de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br