

Aline Daiane Colaço

**A INTEGRALIDADE NO CUIDADO À PESSOA COM HIV/AIDS
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS
ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas situações agudas e crônicas de saúde
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Florianópolis,

2016.

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

Colaço, Aline Daiane

A integralidade no cuidado à pessoa com HIV/aids na
Atenção Básica à Saúde : a percepção dos enfermeiros / Aline
Daiane Colaço ; orientadora, Betina Hörner Schindwein
Meirelles - Florianópolis, SC, 2016.
145 p.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Assistência de Enfermagem. 3. Aids.
4. Integralidade em Saúde. 5. Atenção Básica a Saúde. I.
Hörner Schindwein Meirelles, Betina. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

Aline Duiane Colaço

**A INTEGRALIDADE NO CUIDADO À PESSOA COM HIV/AIDS
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS
ENFERMEIROS**

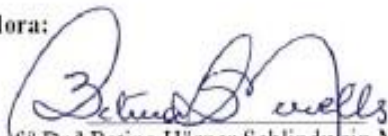
Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Florianópolis, 15 de fevereiro de 2016.



Prof.^a Dr.^a Vânia Marli Schubert Backes
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:



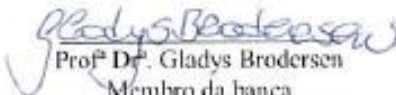
Prof.^a Dr.^a Betina Hörner Schlindwein Meirelles
Orientadora e presidente da banca



Prof.^a Dr.^a Ivone Pereira Schüller Buss Heidemann
Membro da banca



Dr.^a Mariana Vieira Vilarinho
Membro da banca



Prof.^a Dr.^a Gladys Brodersen
Membro da banca

AGRADECIMENTOS

A Deus e à Nossa Senhora Aparecida por conceder sabedoria na escolha dos melhores caminhos, pela coragem para lutar e pela força para nunca desistir.

A minha mãe, Solange, pela paciência, conselhos, amor incondicional e por compreender minhas escolhas e estar sempre presente em cada uma delas.

A meu pai, Adenir, que muitas vezes foi herói diante das dificuldades da vida. Agradeço pelo amor incondicional, por acreditar na força que eu nem sabia que tinha, por apostar nos meus sonhos e estar presente no caminho pela conquista de cada um, pelo exemplo de dignidade e retidão de caráter. Você é meu espelho e meu orgulho.

Aos meus irmãos, Mariane e Denis, que compreendem a distância e a ausência em tantos momentos importantes.

A minha grande família, que me alegra e me apoia.

Aos amigos e colegas de trabalho que têm caminhado ao meu lado no trabalho e na vida. Agradeço os ensinamentos, os conselhos, as longas conversas e a presença de espírito.

À prof^a Betina H. S. Meirelles pela confiança, apoio e por compartilhar comigo todo seu conhecimento. Agradeço o acolhimento e a tranquilidade com que direcionou esse processo de busca pelo conhecimento e de crescimento profissional.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e a todos os professores pelo ensino de excelência e conhecimento compartilhado.

A todos os enfermeiros que participaram da minha pesquisa, pela disponibilidade e confiança.

Às professoras membros da banca de qualificação e sustentação, Dr^a Ivonete Terezinha S. Buss Heidemann, Dr^a Mariana Vieira Vilarinho, Dr^a Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Dr^a Gladys Brodersen, bem como às doutorandas Veridiana Tavares Costa e Valdete Meurer Kuehlkamp, pela disponibilidade e contribuições.

À vocês meu Muito Obrigado!

RESUMO

Os padrões da epidemia da aids modificaram-se significativamente ao longo dos anos, caracterizando-se hoje como uma condição crônica de saúde. Essa perspectiva requer um olhar ampliado para o processo saúde-doença, levando-se em consideração a promoção da qualidade de vida e as vulnerabilidades sociais fortemente associadas aos perfis populacionais de maior incidência da infecção. Logo, é um campo propício para a discussão da integralidade da atenção em saúde, uma vez que essa compreende a discussão das práticas de cuidado desde a relação profissional-usuário até a formulação das políticas públicas de saúde. O objetivo dessa pesquisa foi compreender o processo de cuidado à Pessoa que Vive com HIV/aids, na perspectiva da integralidade, na percepção dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, alicerçada no referencial teórico da Integralidade em Saúde, que teve como cenário de estudo cinco Centros de Saúde, divididos pelos cinco distritos sanitários do município de Florianópolis. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, entre março e agosto de 2015, com 16 enfermeiros que atuavam nos respectivos Centros de Saúde. A análise dos dados foi realizada por meio da Análise Comparativa, proposta por Strauss e Corbin, com auxílio do *software* NVivo® para organização dos dados. Os resultados foram apresentados em forma de dois manuscritos, intitulados: “O Cuidado à Pessoa que Vive com HIV/Aids na Atenção Básica à Saúde”, respondendo ao primeiro objetivo da pesquisa, e, “A Integralidade no cuidado à Pessoa que Vive com HIV/Aids na Atenção Básica à Saúde”, respondendo ao segundo objetivo. No primeiro manuscrito os resultados evidenciaram que não existe um fluxo formal de atendimento à Pessoa que Vive com HIV/Aids na Atenção Básica; os enfermeiros tem dificuldade para atuar no momento de revelação do diagnóstico; o manejo do HIV/aids nos Centros de Saúde é caracteristicamente médico centrada; porém, os enfermeiros apontam que a centralização do manejo do HIV/aids na Atenção Básica é um estratégia potencialmente eficaz para organização da Rede de Atenção em Saúde e para a condução de uma atenção mais integral diante da complexidade do cuidado a essa população. No segundo manuscrito os resultados demonstraram que a integralidade no cuidado à Pessoa que Vive com HIV/Aids compreende o olhar ampliado para o processo saúde-doença e a continuidade do cuidado, na perspectiva da Rede de Atenção; a Atenção Básica tem potencial para ampliar a qualidade do

cuidado em HIV/aids, na perspectiva da integralidade da atenção; para tanto, deve superar as fragilidades do processo de trabalho, como: déficit de recursos humanos e baixa articulação dos serviços. Os resultados reforçam a proposta do Ministério da Saúde de centralizar o manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica, promovendo ampliação do diagnóstico e tratamento precoce. Conclui-se que a integralidade é uma perspectiva que sustenta essa proposta de mudança, e este estudo fornece subsídios para um olhar reflexivo sobre as potencialidades e fragilidades dessa proposição, pretendendo assim contribuir para o processo implementação do cuidado a pessoas com HIV/aids nos Centros de Saúde.

Palavras-chave: HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Atenção Básica à Saúde. Integralidade em Saúde. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Aids epidemic' patterns changed across the years, and today show characteristics of a chronic health condition. This situation requires an expanded perspective of process health-disease, considering the promotion of quality of life and the social vulnerabilities that are associated with population profile who present higher incidence of infection. So, this is an important area to discuss the comprehensive health care because this term comprises care quality and effectiveness from individual practices of health professionals to a creation of a public health system. The objective of this study was to understand how attention to people living with HIV/aids happens, in the perspective of the comprehensive health care, in nurses's perception who act in Primary Care in Florianópolis, Santa Catarina. This qualitative research, descriptive and exploratory, was supported by the theoretical framework of the comprehensive health care, and was conducted in five Primary Care services of Florianópolis. The data were collected through semi-structured interviews between March and August of 2015, with 16 nurses who worked in these services. The data analysis was performed through the constant comparative analysis by Strauss and Corbin, with NVivo[®] software, to organize the data. The results were presented in two manuscripts, called: "The care to the person living with HIV/aids in Primary Care" answering the first objective of this study, and "The comprehensive health care in the attention to people living with HIV/aids, in Primary Care" answering the second objective of this research. The first manuscript results showed that there wasn't a formal care model to attend people living with HIV/aids in the Primary Care' services; nurses has difficulties to act in the moment of diagnosis disclosure; the Primary Care of HIV/aids is centered on medical practice; nurses argued that Primary Care centralization on HIV/aids is a strategy that is potentially effective to organize the Health Care Network in HIV/aids, also to conduct an attention more qualified concerning the complexity which is living with HIV. The second manuscript showed that comprehensive health care in attention to people living with HIV/aids refers to an expanded process health-disease perspective and the continuity care in Health Care Network perspective; Primary Care has potential to enlarge the quality of care in HIV/aids in comprehensive health perspective; but, to make this happen it's necessary overcome the weaknesses in the work process, like deficit of human resources and poor coordination of health services. This research supports the proposal of Brazilian government that want to centralize attention people living

with HIV/aids in Primary Care and promote diagnose expansion and early treatment. This study also highlight that comprehensive health care is a perspective which supports the change proposal in care model to provide attention in HIV/aids. This research also provide subsidies to think about strengths and weaknesses of government's proposal, supporting the Primary Care implementation as the center of care in HIV/aids.

Keywords: HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Primary Health Care. Comprehensive Health Care. Nursing Care.

RESÚMEN

Los padrones de la epidemia del Sida cambian significativamente al cabo de los años, caracterizándose hoy como una condición crónica de salud. Esta perspectiva requiere un mirar ampliado para el proceso salud-enfermedad, llevando en consideración la promoción de la calidad de vida y las vulnerabilidades sociales herméticamente asociadas a los perfiles de las poblaciones de mayor incidencia de la infección. Por lo tanto, es un campo propicio a la discusión de la integralidad de la atención en salud, puesto que esa comprende la discusión de las prácticas de cuidados desde la relación profesional – usuario hasta la formulación de políticas públicas de salud. El objetivo de esta encuesta fue comprender como ocurre el proceso de cuidado con la Persona que Vive con HIV/Sida, en vista de la integralidad en la salud, en la percepción de las enfermeras que trabajan en la Atención Básica a la Salud de Florianópolis, Santa Catarina. Trata de una encuesta cualitativa, descriptiva y exploratoria, apoyado en el marco teórico de la integralidad en la salud, que tuvo como escenario de estudio cinco Centros de Salud de la ciudad de Florianópolis. Los datos fueron colectados por medio de entrevista semiestructurada, entre marzo y agosto de 2015, con 16 enfermeros que actuaban en los respectivos Centros de Salud. El análisis de los datos fueron realizados por medio de El Análisis Comparativa, propuesta por Strauss e Corbin, con ayuda del software NVivo® para organización de datos. Los resultados fueron presentados en forma de dos manuscritos intitolados: “El cuidado con la Persona que vive con HIV/SIDA en la Atención Básica a la Salud” contestando a los primeros objetivos de la encuesta, y “La Integralidad en el cuidado con la Persona que Vive con HIV/SIDA en la Atención Básica a la Salud” respondiendo al segundo objetivo. En el primer manuscrito los resultados evidenciaron que no existe un flujo formal de atendimento a Persona que vive con Sida; los enfermeros tienen dificultades para actuar en el momento de revelación del diagnostico e manejo del HIV en los Centros de Salud; és una atención característicamente medico centrada; los enfermeros apuntan que la centralización del HIV/SIDA en la Atención Básica es una estrategia potencialmente eficaz para organización de la Rede de Atención en Salud y para la conducción de una atención más integral delante de la complejidad del cuidado a esa población. En segundo momento los resultados demuestran que la integralidad en el cuidado con la Persona que Vive con HIV /Sida comprende un modo más amplio para ese proceso salud – enfermedad y a continuidad del cuidado en la

perspectiva de la Rede de Atención; la atención Básica tiene potencial para ampliar la cualidad del cuidado en HIV/Sida, en la perspectiva de la integralidad, pero para este debe superar las fragilidades del proceso de trabajo, como el déficit de recursos humanos y baja articulación de los servicios. Esa encuesta va al encuentro de propuesta del Ministerio de la Salud de centralizar el manejo de la infección pelo HIV, promoviendo ampliación del diagnostico y tratamiento prematuro. O sea, este estudio también refuerza que la integralidad es una perspectiva que sustenta esa propuesta de cambio y contribuye forneciendo subsidios para una reflexión sobre las potencialidades y fragilidades de esta proposición, pretendiendo de este modo contribuir para un proceso de implementación del manejo del HIV/Sida en los Centros de Salud.

Palabras clave: VIH. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Atención Primaria de Salud. Integralidad en Salud. Atención de Enfermería

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
ARV	Antirretroviral
AZT	Azidotimidina
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CS	Centro de Saúde
CNS	Conselho Nacional em Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DUM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia da Saúde da Família
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da Aids
GCC	Gestão Compartilhada do Cuidado
Grupo pela VIDDA	Grupo pela Valorização, Integridade e Dignidade do Doente de Aids
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSB	Homens que fazem Sexo com Homens
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas de Integralidade em Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNDST/Aids	Política Nacional de DST/Aids
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de DST e AIDS
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
PST	Projeto Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVHA	Pessoa que Vive com HIV/Aids
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SC	Santa Catarina
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS.....	25
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
3.1 Políticas públicas em HIV/aids	27
3.2 Atenção Básica à Saúde	31
3.3 O cuidado de enfermagem a Pessoa que Vive com HIV/Aids no contexto da Atenção Básica à Saúde.....	38
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	45
4.1 Integralidade.....	45
4.1.1 <i>Uma construção histórica</i>	45
4.1.2 <i>Desvelando a integralidade</i>	48
4.1.3 <i>Panorama atual e perspectivas políticas para a consolidação da integralidade no SUS</i>	52
4.1.4 <i>Desafios para a implementação da integralidade nas práticas de saúde</i>	54
5 METODOLOGIA	59
5.1 Cenário do estudo.....	59
5.2 Participantes do estudo.....	62
5.3 Coleta de dados	65
5.4 Análise dos dados.....	67
5.5 Considerações éticas	69
6 RESULTADOS	71
6.1 Manuscrito I.....	73
6.2 Manuscrito II.....	93
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS.....	115
APÊNDICE A.....	133

APÊNDICE B.....	135
APÊNDICE C	139
ANEXO A.....	141
ANEXO B.....	142

1 INTRODUÇÃO

Os serviços públicos de saúde no Brasil são estruturados sob a égide de princípios constitucionais e organizativos que regulam a atenção em saúde no país sob as três esferas de governo (municipal, estadual e nacional), com vistas à promoção, proteção e a recuperação da saúde (BRASIL, 1990a). No que diz respeito aos princípios constitucionais e/ou doutrinários, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) se dá através da: universalidade, equidade e integralidade. Já acerca dos princípios organizativos, o SUS é regido pela: regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização e participação dos cidadãos (BRASIL, 1990a).

Portanto, a integralidade é um eixo ordenador do sistema de saúde. Porém, muito mais que um conceito constitutivo do arcabouço do SUS, a integralidade é uma bandeira de luta, pois agrega em sua essência a busca pela transformação da realidade ainda fragmentada da produção de saúde (MATTOS, 2006).

A integralidade é compreendida, para fins desse estudo, como um termo definido a partir de três sentidos (MATTOS, 2006). O primeiro sentido diz respeito à integralidade com ênfase nas práticas profissionais, ou seja, o embate a visão reducionista do indivíduo e do processo saúde doença, buscando a compreensão do ser em sua totalidade. Já, o segundo sentido da integralidade diz respeito às práticas de saúde nas organizações do setor. Isto é, a integralidade desvelada na configuração dada à rede de serviços de saúde e sua interface para com o acesso do indivíduo a esses espaços. Sendo assim, a integralidade é exemplificada por uma atenção em saúde coordenada e uma rede de serviços efetivamente comunicante e acessível ao usuário (MAGALHÃES JR; OLIVEIRA, 2006; MATOS, 2006).

E por último, o terceiro sentido, como eixo político da atenção em saúde. Isto é, a integralidade no desenho das respostas governamentais à saúde. Nesse contexto, a integralidade é afirmada pelo embate ao recorte e objetivação dos sujeitos perante a política, ampliando o horizonte de atenção para as necessidades do indivíduo para além da doença com que vive. Além disso, diz respeito também ao escopo de atuação dentro dos limites específicos das políticas governamentais, contemplando em seu elenco de ações as medidas que vão do espectro preventivo ao assistencial (MATTOS, 2006).

No sentido de aproximar a discussão teórica da integralidade para com o contexto prático do SUS, cita-se aqui a o processo de reordenação do modelo atenção em saúde através da consolidação da Atenção Básica

à Saúde (ABS) como eixo ordenador de todo o Sistema. Nesse caso, a integralidade assume papel de destaque uma vez que esse princípio resgata, em pelo menos uma de suas interfaces, a importância da coordenação dos estabelecimentos em saúde, a organização e alinhamento das práticas de saúde, promove o acesso universal e igualitário, afirma o direito à saúde como um bem comum, e, promove a intersetorialidade.

Assim como o processo de consolidação da consolidação da ABS como eixo ordenador e porta de entrada preferencial do SUS, a Política Nacional de DST/aids (PNDST/Aids) também passou a suportar o desenvolvimento de modelos matriciados onde os Serviços de Atenção Especializada (SAE) abrem espaço para estratégias a serem desenvolvidas no âmbito da ABS. Nesse sentido, o enfoque terapêutico da infecção transita da média complexidade em saúde para a ABS, segundo proposta do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2014a).

Essa mudança vai ao encontro da proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS), que incentiva o manejo da aids nos serviços primários de saúde. Posicionamento esse que decorre das mudanças no perfil da epidemia ao longo dos anos, urgindo, por consequência, o reordenamento do sistema de saúde frente a infecção pelo HIV (OMS, 2014).

A OMS estima que anualmente mais de dois milhões de pessoas são infectadas pelo HIV no mundo, embora tenha ocorrido uma queda de 25% nas mortes relacionadas a doença na última década, assim como a taxa de incidência que diminuiu 20% desde 2006. Outra característica é o fato da doença permanecer ainda fortemente associados às populações vulneráveis, como Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e usuários de drogas injetáveis (OMS, 2014).

Já no Brasil, o último Boletim Epidemiológico do MS (2015) estima que aproximadamente 781 mil pessoas vivem com a doença, ou seja, 0,39% da população. Nesse cenário, as regiões sudeste e sul do país aparecem na dianteira dos casos notificados desde 1980, com 53,8% e 20%, respectivamente. Santa Catarina (SC), aliás, foi o quinto estado brasileiro em casos detectados de HIV, desde 1980 (40.307 casos), atrás somente dos estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Enquanto isso, a capital do estado, Florianópolis, apresentou uma taxa de notificação de 53,1/100.000 habitantes em 2014, sendo assim, a quinta capital brasileira em taxas de notificação para a doença (BRASIL, 2015a).

Por meio do mesmo Boletim percebe-se que a taxa de detecção em homens voltou a ser crescente enquanto para as mulheres as taxas se

mostram em queda, aumentando a razão entre os sexos. Além disso, a maior concentração dos casos de aids encontra-se entre a faixa etária da população economicamente ativa (25 a 39 anos), destacando-se ainda que a taxa de infecção de jovens entre 15 e 19 anos mais que triplicou em relação a 2005 (2,1 a 6,7/100 mil habitantes) e quase dobrou na população entre 20 e 24 anos (16 a 30,3/100 mil habitantes) (BRASIL, 2015a).

Outra ênfase dessa publicação foi a tendência de crescimento na proporção de casos de HSH notificados com HIV nos últimos dez anos (34,9 a 44,9/100 mil habitantes), embora haja predomínio de exposição entre homens heterossexuais, e o crescimento das taxas entre indivíduos autodeclarados pardos, frente a uma queda na proporção de casos entre brancos. Dados esses que chamam a atenção para a vulnerabilidade social associada a infecção pela HIV (BRASIL, 2015a).

Nesse aspecto vale salientar que o reconhecimento da vulnerabilidade para o HIV assume uma mudança no olhar sob a aids, uma vez que se assume que os modos de transmissão da doença, por vezes, têm mais razões sociais do que individuais. Logo, as condutas profissionais em saúde devem exprimir uma atitude que busque compreender e trabalhar com os motivos que condicionam pessoas e grupos a estarem em situação mais vulnerável à infecção pelo HIV, ao invés de simplesmente assumir o contágio como consequência de um modelo de comportamento, ou seja, uma ótica culpabilizante sobre o problema (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

O desafio da doença agora demonstra a necessidade de ampliar o acesso à prevenção e tratamento para diferentes públicos, facilitar o diagnóstico precoce e a adesão a Terapia Antirretroviral (TARV), bem como buscar tecnologias de saúde que respondam também às demandas sociais, políticas, econômicas, culturais, psicológicas e espirituais que se expressam na vulnerabilidade social dos sujeitos que vivem com HIV/aids (BARRA et al., 2010).

Essas estratégias parecem obter maior êxito quando desenvolvidas no âmbito ABS, uma vez que esta se propõe a desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. E para tanto, faz uso de ferramentas essenciais para a integralidade do cuidado, à saber: acessibilidade, vínculo, longitudinalidade do cuidado, responsabilização, humanização, equidade e participação social. (BRASIL, 2012).

Ao passo que a Estratégia da Saúde da Família (ESF), que instrumentaliza dos princípios e diretrizes da Política Nacional de

Atenção Básica (PNAB), perpassou um processo intenso de ampliação da cobertura nacional, consolidando-se, portanto, como um ponto de atenção estratégico para ações no campo de HIV/aids (ZAMBENEDETTI; BOTH, 2012).

Ademais, deve-se destacar que a introdução da TARV no tratamento das Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA) foi uma marco para a modificação dos padrões da epidemia, tornando-a uma condição crônica, que se manejada adequadamente, diminui consideravelmente a probabilidade de adoecimento e morte (FIUZA et al., 2013; UNAIDS, 2013). Portanto, viver com HIV/aids é também viver como uma condição crônica de saúde, que necessita, invariavelmente, de adaptações no estilo de vida, logo, uma atenção em saúde do tipo contínua, próxima e promotora de saúde e qualidade de vida, otimizados pela ABS (BRASIL, 2013a).

Enfrentar essa condição (HIV/aids) aliando-a a qualidade de vida é um desafio para os modelos de atenção em saúde estabelecidos, uma vez que ainda se estruturam sob a égide do cuidado em situações agudas e curativas de saúde, ou ainda, compartimentalizados em especialidades médicas. Além disso, torna-se cada vez mais perceptível e necessária a condução de ações de aspecto subjetivo que envolvam a adesão à TARV, como as questões culturais, sociais, econômicas, afetivas e relacionais, que sofrem ainda grande interferência da discriminação que vivenciam as PVHA (GUEDES; SOUZA, 2009; SANTOS; DEVEZA, 2012).

Discriminação essa advinda principalmente de uma característica histórica da doença, uma vez que acometia, sobretudo, populações vulneráveis, ou ditas populações de risco, como homossexuais, Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) e profissionais do sexo. Aliado a isso, o destaque dado pela mídia foi marcado por medo e fantasias negativas associadas ao fato de caracterizar-se como uma doença incurável, para o qual não se tinha clareza da forma de transmissão e de alta taxa de mortalidade (VILLARINHO, PADILHA, 2010).

Dessa forma o estigma associado a doença perpetuou-se ao longo do anos e tem sido uma das principais frentes de combate nas políticas de HIV/aids. Portanto, os novos reordenamentos em saúde devem levar em consideração a importância desse aspecto no cotidiano e na terapêutica das PVHA, propiciando espaços, cenários e atores realmente comprometidos com a proposta de um cuidado mais humano e integral.

Assim, o modelo de cuidado centrado unicamente nos SAE tem-se se mostrado obsoleto (BRASIL, 2014a). Isso não significa dizer que a SAE não desenvolva ou tenha potencialidade para aprimorar práticas

integrals, mas defende que a centralidade do manejo do HIV/aids nesse âmbito já não mais corresponde aos padrões da epidemia no Brasil. E é nesse contexto que a ABS se destaca.

Corroborando com isso, o MS publicou no início de 2014 um manual intitulado “Cinco passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica”, que prevê a consolidação de uma rede de serviços e suporte técnico as Unidades Básicas de Saúde (UBS), prevendo a incorporação do manejo terapêutico da população com HIV/aids na ABS, em âmbito nacional (BRASIL, 2014a).

Dessa forma, entende-se que a ABS passa a ter um grande potencial para redução da transmissão e combate a vulnerabilidade em HIV/aids (SILVA; VAL; NICHATA, 2010). Uma vez que, além de se mostrar com uma estratégia potencialmente eficaz para a ampliação do diagnóstico, o início precoce do tratamento e a retenção dos indivíduos na TARV, a ABS congrega ações de Promoção da Saúde e qualidade de vida, focaliza seu espectro de ação na família, território e ambiente, e, utiliza ferramentas tecnológicas que instrumentalizam uma prática integral em saúde.

Nesse tocante, a atuação do enfermeiro da ABS é providencial para a efetivação de um cuidado integral, uma vez que seu trabalho representa a reorientação das ações em direção às necessidades dos usuários, e não para a racionalização do trabalho médico (MATUMOTO et al., 2011).

Backes et al. (2012, p. 224) vão mais além, definindo a atuação do enfermeiro na ABS “como a ciência do cuidado integral e integrados em saúde, tanto no sentido de assistir e coordenar as práticas de cuidado, quanto no sentido de promover e proteger a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades”. Ou seja, argumenta-se que a enfermagem possui uma formação e uma prática interativa, multidimensional e interdisciplinar, associado a sua capacidade de promover o diálogo entre os diferentes profissionais, e entre profissionais e usuários. Bem como, tem a habilidade de transitar pelos diversos campos de conhecimentos, o que contribui para a construção de um saber interdisciplinar e possibilita a condução de estratégias de saúde mais eficazes e resolutivas para o usuário.

Portanto, a proposta de trabalho do enfermeiro na ABS possui grande inferência sobre as questões que envolvem a atenção em saúde às PVHA. Isso porque cuidar em enfermagem no contexto do HIV/aids é primar pela atenção centrada na pessoa que vive com uma condição crônica, em que se cria uma longa relação com a equipe e destacam-se

os determinantes sociais para a condição de vida e saúde (FIUZA et al., 2013).

Diante disso, o enfermeiro que atua na ABS faz uso de tecnologias de cuidado (acolhimento com escuta qualificada, Projeto Saúde no Território (PST), visita domiciliar, clínica ampliada, grupos terapêuticos, Projeto Terapêutico Singular (PTS), matriciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), etc.) que possibilitam a valoração da totalidade do ser e a condução de ações que extrapolam a sintomatologia e a morbimortalidade (FIUZA et al., 2013). Isto é, o trabalho do enfermeiro na ABS utiliza tecnologias que são permeadas por aspectos imprescindíveis para a integralidade e humanização do cuidado, bem como, para o manejo terapêutico da doença. Aspectos esses que vão desde a troca de informações até o enfrentamento da discriminação e preconceito, perpassando as questões de risco e da sobrecarga de trabalho (FIUZA et al., 2013; FORMOZO; OLIVEIRA, 2010; LUZ; MIRANDA, 2010; VILLARINHO; PADILHA, 2014).

Já no que diz respeito às publicações sobre o HIV/aids na ABS, pouco evidenciou-se acerca da abordagem do referencial teórico da integralidade. Em uma busca realizada nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Base de dados da Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Web of Science*, utilizando-se os descritores do assunto (Integralidade em saúde e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, e seus respectivos sinônimos) num escopo de investigação entre 2004 e 2014, poucas referências foram levantadas sobre a temática.

Os artigos selecionados circundavam as questões referentes ao cuidado multidimensional na atenção individual à PVHA, revelando a importância da comunicação, do acesso aos serviços de saúde e TARV, do cuidado multiprofissional e interdisciplinar, do reconhecimento dos determinantes socioeconômicos para a condição de saúde e adesão ao tratamento, da caracterização epidemiológica da doença, e, algumas poucas menções a respeito das ações governamentais para efetivação da integralidade do cuidado às PVHA, entre outros tópicos abordados (SANT'ANNA; SEIDL, 2009; ARRIVILLAGA et al., 2009; BALDERSON et al., 2013; BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012; BRASILEIRO; CUNHA, 2011; FIUZA et al., 2013; GRANGEIRO et al., 2012; LOPERA; EINARSON; BULA, 2011; RAMOS et al., 2011; SAMPAIO FILHO et al., 2013).

Evidenciou-se uma ênfase no aspecto do atendimento integral ao indivíduo em detrimento da integralidade como um princípio para a

organização do Sistema e das redes de cuidado (FRACOLLI et al., 2010; MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011). Um exemplo disso é o estudo de Andrade et al. (2013), em que as tecnologias de saúde componentes do espectro de ação da ABS (visita domiciliar, busca ativa, acolhimento, etc.) e as respostas governamentais foram mencionadas como exemplos de melhores práticas de integralidade em saúde na ABS. Entretanto, o aspecto organizacional da integralidade, no que diz respeito a conformação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), ainda é ofuscado pelos demais sentidos do termo, ou pouco reconhecido pelos profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Sendo assim, a relevância para o desenvolvimento desta pesquisa se dá pela necessidade de problematizar o conhecimento em saúde acerca do construto teórico da integralidade, da exploração do modo pelo qual se dá a concretização desse princípio nas práticas de saúde e, a emergência da mudança do modelo de atenção às PVHA para a ABS.

Ainda sobre a integralidade, permeia as discussões atuais acerca da resolubilidade do sistema de saúde, do desempenho da ABS, da qualidade e humanização da atenção, do acesso aos diferentes níveis de complexidade da atenção, etc. Porém, a discussão do conceito é menos visível em avaliação técnicas e na perspectiva dos usuários do sistema, circundando ainda ações pontuais e discussões acadêmicas, necessitando, portanto, de maior visibilidade e reflexão (MAGALHÃES JR; OLIVEIRA, 2006).

Ou seja, apesar da relevância desse princípio no modelo de saúde brasileiro, bem como, as diversas iniciativas que veem sendo implantadas pelo MS ao longo dos anos, na busca pelo fortalecimento dessa concepção nas práticas de saúde, a integralidade permanece como um objetivo de difícil apreensão e operacionalização (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

No que diz respeito ao modelo de atenção em HIV/aids, é importante salientar que a resposta governamental à aids foi uma das primeiras políticas a elucidar efetivamente a importância de integralidade na formulação das suas estratégias de ação, uma vez que propunha componentes que transitavam da prevenção à reabilitação (MATTOS, 2006). Inversamente a esse vanguardismo, as publicações no âmbito de HIV/aids pouco tratam da temática da integralidade propriamente dita, tornando esse assunto pouco explorado no contexto da ABS.

Até mesmo as iniciativas no campo do HIV/aids e sua interface com a ABS são recentes no modelo de saúde brasileiro, tendo em vista o trajeto histórico-epidemiológico da doença, como anteriormente

sustentado. Portanto, essa pesquisa propõe um grande desafio, o de problematizar a atenção em saúde em HIV/aids, sob referencial teórico da integralidade, no contexto da ABS.

Mesmo tendo reconhecido a importância da centralização da RAS ao HIV/aids a partir da ABS, muitos empecilhos para sua implementação tem sido apontadas por pesquisadores e trabalhadores da área. Dentre eles, a falta de capacitação das equipes da ESF, a inexistência de uma rede consolidada de referência e contra referência, o estigma reproduzido pelos próprios profissionais da saúde, a dinâmica do segredo/confidencialidade do diagnóstico perante os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (também membros dessa comunidade), o baixo financiamento de ações descentralizadoras em HIV/aids, entre outros fatores (GRANGEIRO et al., 2012; ZAMBENEDETTI; BOTH, 2013).

Sendo assim, entende-se que a discussão da integralidade no contexto da ABS precisa ser aprofundada a fim de compreender como esse fato político se dá na factualidade de profissionais e usuários do Sistema. Porém, é impossível dissertarmos sobre tal perspectiva sem que antes aconteça uma exploração do processo de cuidar em HIV/aids na ABS, de como essa atenção se efetiva e qual é a perspectiva dos profissionais envolvidos nessa conjuntura. Além disso, muito se fala na possibilidade da expansão das ações em HIV/aids na ABS, porém, questiona-se se tal ampliação vem acompanhada de qualidade e resolutividade no cuidado (ZAMBENEDETTI; BOTH, 2012).

Portanto, para condução deste estudo traçou-se a seguinte pergunta de pesquisa: *“Como acontece o processo de cuidado em HIV/aids, na perspectiva da integralidade, na ótica dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica de Florianópolis, Santa Catarina?”*.

Vale salientar ainda que esta dissertação origina-se de um macro projeto intitulado “A gestão do cuidado para a promoção da saúde de pessoas com HIV/aids” desenvolvido no grupo de pesquisa denominado Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON), associado ao Programa de Pós Graduação de Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender o processo de cuidado à Pessoa que Vive com HIV/aids, na perspectiva da integralidade, na ótica dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina.

2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o processo de cuidado à Pessoa que Vive com HIV/aids, na Atenção Básica à Saúde de Florianópolis;
- b) Conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da integralidade no cuidado à Pessoa que Vive com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na pesquisa qualitativa a fundamentação teórica, ou revisão da literatura, varia consideravelmente, dado os diversos métodos de pesquisa existentes. Apesar disso, essa seção apresenta um significado comum a todos os tipos de investigação, que diz respeito a determinação do potencial pesquisável do tópico de escolha e a aquisição de um referência para comparar os resultados de estudos prévios que possuem similaridade com a temática de pesquisa que será conduzida (CRESWELL, 2010a).

Sendo assim, essa seção apresenta alguns eixos de discussão que fundamentaram teoricamente a construção da proposta de pesquisa. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa de livros, artigos científicos, portarias, decretos, leis e políticas governamentais que possuem inferência sobre os tópicos apresentados.

Vale ressaltar que foi priorizada a utilização de referências atuais, preferencialmente dos últimos dez anos, porém, resguardando-se a importância da utilização e citação de obras primordiais à temática independente da sua data de publicação.

Para a apresentação da fundamentação teórica organizou-se o texto em três tópicos principais: Políticas públicas em HIV/aids; Atenção Básica à Saúde, e; O cuidado de enfermagem à Pessoa que Vive com HIV/aids no contexto da Atenção Básica à Saúde.

3.1 Políticas públicas em HIV/aids

A trajetória das políticas públicas em HIV/aids inicia-se de forma tardia ao aparecimento da doença no Brasil, que teve o primeiro caso notificado em São Paulo em 1982. E isso só se deu a partir de um envolvimento direto da sociedade civil e dos governos estaduais, que impulsionaram, e principalmente, pressionaram um posicionamento do governo federal e seus órgãos representativos na formulação e execução de estratégias que previssessem o combate a epidemia da aids (FARIAS et al., 2007; MALISKA, 2012; SOUZA et al., 2010; VILLARINHO et al., 2013).

Essas características definem o que foi a primeira etapa do panorama das políticas e estratégias em HIV/aids no país, com o grande envolvimento da sociedade civil e dos estados da federação em oposição a apatia do MS (VILLARINHO et al., 2013).

Foi também nessa época que surgiram as primeiras Organizações Não Governamentais (ONG), como foi o caso do Grupo de Apoio à

Prevenção da Aids (GAPA), em 1985, em São Paulo, que tinha como propósito maior a proteção dos direitos das PVHA e a mobilização social para uma pressão política sobre o governo na promoção de ações de prevenção e assistência à aids. Já no Rio de Janeiro, em 1986, nasce a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), através da mobilização dos pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, criminalistas, jornalistas, bispos e figuras conhecidas como Herbert Viana (o Betinho) e Herbert Daniel. Vale destacar que esse movimento não foi de base estritamente comunitária e voluntarista, mas sim, uma união de agentes profissionalizados servindo, inclusive, de modelo para outras agências internacionais, como nos Estados Unidos e Europa (FARIAS et al., 2007; PEREIRA; NICHATA, 2011).

Com o avançar da década de 1980 a aids passou a se disseminar pelo país, com notificações já em 22 estados e exigindo ações imediatas do MS. Em resposta a isso, em 1986 é criado o Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS), que tinha o intuito de desenvolver ações em resposta à infecção. Além disso, a aids passa a ser incluída no *roll* das doenças de notificação compulsória em território nacional (FARIAS et al., 2007; VILLARINHO et al., 2013).

Ressalta-se que esse período também ficou conhecido pela realização da VII Conferência Nacional de Saúde, marco histórico de implantação das bases políticas do SUS. Ao passo que também ocorria o processo de redemocratização do país com o fim da ditadura militar (SOUZA et al., 2010).

Nesse cenário o PN-DST/AIDS passou a assumir uma posição muito centralizadora, distanciando-se da sociedade civil e dos estados. Paralelamente a isso, iniciou-se uma grande crise institucional no governo federal em decorrência do fim da ditadura, eleições presidenciais e novas representações políticas. De forma reflexa a essa mudança, o PN-DST/AIDS desestruturou-se e desarticulou-se significativamente, fragilizando as ações no campo de HIV/aids e desenvolvendo campanhas moralistas e discriminatórias pelo país (FARIAS et al., 2007; PEREIRA; NICHATA, 2011; VILLARINHO et al., 2013).

Após esse período conturbado deu-se uma nova mudança na direção do PN-DST/AIDS e um processo intenso de organização interna do departamento. Com isso houve uma reformulação de estratégias em HIV/aids, uma ampliação das ações nacionais, a retomada da relação com estados e sociedade civil, e, articulações internacionais do programa (FARIAS et al., 2007; MALISKA, 2012; VILLARINHO et al., 2013).

Esse período ficou marcado também pela fundação do Grupo pela Valorização, Integridade e Dignidade do Doente de Aids (Grupo pela VIDDA). Movimento esse que ficou conhecido por estimular a participação ativa das PVHA nas políticas públicas em HIV/aids, abandonando qualquer posição passiva (PEREIRA; NICHATA, 2011).

Essa nova era, que teve início nos primeiros anos da década de 1990, foi de grande investimento em capacitação das equipes estaduais e municipais e de abertura do programa para financiamentos internacionais do Banco Mundial, ampliando a capacidade de resposta brasileira à aids (FARIAS et al., 2007).

Inclusive, no ano de 1992, após grande pressão da sociedade civil que requeria o acesso universal ao tratamento da aids, o Brasil passa a fornecer de forma gratuita a Azidotimidina (AZT) ou Zidovudina e demais medicamentos utilizados na quimioprofilaxia da doença. Porém, a lei que sustentava a distribuição gratuita de medicamentos para as PVHA veio a ser promulgada somente em 1996, através da Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996.

Entre 1994 e 1998 deu-se o primeiro acordo realizado entre o Banco Mundial e o governo brasileiro, denominado “Projeto AIDS I”, que priorizou a implantação e estruturação de serviços assistenciais. Além disso, esse acordo proporcionou um compromisso formal do governo brasileiro no repasse de recursos para ações nesse campo (FARIAS et al., 2007; VILLARINHO et al., 2013).

Já em 1998 dá-se início ao segundo convênio entre Banco Mundial e governo brasileiro, o “Projeto AIDS II”, que se desenrolou até o ano de 2003. Nesse segundo projeto os objetivos maiores foram a redução da incidência de casos de HIV e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), e a expansão e aprimoramento do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com DST/HIV/aids (MONTEIRO E VILLELA, 2009).

E por fim, entre 2003 e 2006 firmou-se o terceiro pacto, o “Projeto AIDS III”, que tinha como propósitos: o aprimoramento dos processos de gestão dos órgãos envolvidos no controle da doença em território nacional, o desenvolvimento tecnológico e científico, a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e a melhoria da atenção prestada em HIV/aids/DST no Brasil (MONTEIRO E VILLELA, 2009; VILLARINHO et al., 2013).

Portanto, se reconhece que as parcerias entre o Banco Mundial e o governo brasileiro foram determinantes para a estruturação de uma rede de serviços em território nacional, para a promoção de ações governamentais em prevenção e tratamento da aids e outras DST, bem

como, para a redução da morbimortalidade associada a doença. Entretanto, vale ressaltar que o Banco Mundial tinha a lógica dos seus projetos pautada na economia de custos diretos e indiretos que eram destinados ao tratamento das pessoas infectadas. E por esse mesmo motivo o Banco Mundial mostrou-se contrário a distribuição gratuita dos Antirretrovirais (ARV) pelo governo brasileiro, considerando essa estratégia extremamente dispendiosa economicamente (FARIAS et al., 2007; VILLARINHO et al., 2013).

O Brasil, por sua vez, motivado por uma grande mobilização civil, assumiu uma postura menos mercantilista e investiu pesadamente nas questões da aids, tornando seu programa inovador e vanguardista no cenário mundial, uma vez que adotava um abordagem baseada em comprometimento político, evidências científicas e respeito aos direitos humanos (UNAIDS, 2013).

Ainda hoje o Brasil destaca-se por suas estratégias no enfrentamento a aids, servindo de modelo as demais sistemas de saúde do mundo, inclusive para os países desenvolvidos. Um exemplo disso foi a implementação do novo protocolo de tratamento brasileiro, lançado em 2013, que prevê o tratamento de todos os diagnosticados com HIV, independente dos níveis de CD4, superando assim a meta indicada pela OMS, que indica o início do tratamento com a TARV para pessoas que apresentam CD4 abaixo de 500 (BRASIL, 2015b).

Outro dado positivo é também o desempenho do Brasil no alcance de Meta 90-90-90, estabelecida pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) em 2014, que prevê que 90% das pessoas vivendo com HIV tenham sido diagnosticadas, que 90% das pessoas diagnosticadas sejam tratadas com TARV e que 90% das pessoas tratadas apresentem carga viral suprimida, até 2020. Nesse sentido o Brasil demonstra-se avançado no cumprimento da meta, uma vez que até 2015, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), estimava-se que das 734 mil PVHA no Brasil, 589 mil foram diagnosticadas (80%); entre os diagnosticados, 404 já aderiram a TARV (68%); e dentre as PVHA em TARV, 338 mil encontram-se com carga viral indetectável (83%) (BRASIL, 2015b).

Isso sem esquecer que o Brasil destaca-se também pela cooperação internacional para o enfrentamento da aids, em parcerias realizadas com França, 21 países da América Latina e Caribe, e países do eixo Sul, tornando-se também um grande formador de opinião pública global. Portanto, evidencia-se o protagonismo brasileiro na resposta à epidemia da aids, e as experiências exitosas que o país acumula em mais de 20 de enfrentamento ao HIV/aids, principalmente

no que diz respeito a integração de ações de prevenção e assistência, a incorporação da perspectiva dos direitos civis e a universalidade (LIMA; CAMPOS, 2010).

3.2 Atenção Básica à Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) (denominação utilizada pela terminologia internacional para definir o que nós brasileiros cognominamos como ABS) foi definida, por umas das mais conceituadas pesquisadoras da área, como um serviço de saúde que funciona como porta de entrada do sistema e busca atender todas as condições de agravo a saúde mais incidentes na população. Para isso desenvolve também um papel de coordenação e integração das outras formas de atenção, que são conduzidas por terceiros, de forma a ofertar um cuidado horizontal e contínuo, prevendo ações de prevenção, cura e reabilitação (STARFIELD, 2002).

Apresentada a primeira definição do termo, retorna-se ao processo histórico que criou e consolidou esse ideário nos sistemas de saúde do mundo para compreender a evolução do ideário da APS ao longo dos anos.

O primeiro traço histórico se remete a publicação do Relatório *Dawson*, no Reino Unido, na década de 1920. Esse Relatório defendia a construção de um modelo de saúde que previsse a adscrição territorial e a criação de Centros de Saúde (CS), que seriam, por sua vez, responsáveis pela organização da saúde de forma regionalizada e hierarquizada (LUPPI et al., 2011). Sendo assim, um pontapé inicial na construção de um modelo de saúde pública que viria a se fortalecer na criação do sistema de saúde do Reino Unido, em 1948, e que passou a reorganizar os demais sistemas de saúde pelo mundo (LAVRAS, 2011).

Entretanto, o maior destaque desse processo histórico é a Conferência Internacional de Alma Ata, realizada no Cazaquistão, em 1986, co-organizada e financiada pela União Soviética (LUPPI et al., 2011). A declaração de Alma Ata, a qual teve vários signatários e dentre eles o Brasil, apontou metas para os governos com vistas a “Saúde para todos no ano 2000” (*slogan* da Conferência). Dessa maneira, definiu a APS como a principal estratégia para o alcance das metas e conceituou-a, como:

cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e

famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter. [...] Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-3).

Já no Brasil, o início da organização da APS se deu através da criação dos Centros de Saúde Escola na década de 1920, propostos pelo sanitarista Geraldo Horácio de Paula Souza¹, em São Paulo. Tais equipamentos propunham a ação integral com ênfase em educação sanitária e prevenção (LAVRAS, 2011; LUPPI et al., 2011). Ou seja, mantinham o cunho biomédico e higienista da atenção em saúde.

Posteriormente, destacou-se a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), na década de 1940, que propunha expansão da educação sanitária, a integração e organização das unidades de saúde de um mesmo território, a difusão das unidades de saúde pelo Brasil e o treinamento profissional para atuação sob o novo modelo de saúde (MELLO; VIANA; 2011).

Porém, somente com o advento do SUS é que se iniciou um movimento mais incisivo pela consolidação, descentralização das ações e municipalização da APS, agora denominada, após a Constituição de 1988, como Atenção Básica à Saúde (PAIM et al., 2011).

De forma concomitante a consolidação do SUS, intensificou-se o debate e o empenho para implementação da ABS no novo modelo socio-sanitário brasileiro. Processo esse acompanhado de muitas outras iniciativas ministeriais que previam a sustentação e organização de um

¹Geraldo Horácio de Paula Souza foi um sanitarista brasileiro, doutor em Higiene e Saúde Pública pela Universidade John Hopkins. No Brasil assumiu o cargo de diretor do Serviço Sanitário em São Paulo, em 1927 e ganhou visibilidade por suas ações nessa instituição, responsável por todas as medidas sanitárias na cidade, inclusive o fim do surto de febre tifóide, pautando-se, primordialmente, sobre a educação sanitária (CAMPOS, 2000).

modelo que priorizasse o contato dos usuários para com os serviços primários como porta de entrada do Sistema de saúde.

Nesse sentido, em 1991 é criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que primariamente propôs a extensão de cobertura da ABS através de ações focalizadas para imunização e controle da diarreia. Porém, ao longo do tempo seu escopo de atuação foi ampliado e incorporou ações mais abrangentes através da articulação com as unidades de saúde dos municípios e sob supervisão dos enfermeiros (LUPPI et al., 2011).

Devido aos bons resultados do PACS no Brasil, nasce em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), marco referencial para a consolidação da ABS no Brasil, sendo definida, posteriormente, em 1997, como Estratégia Saúde da Família (LAVRAS, 2011; PAIM et al., 2011).

Vale ressaltar que na sua mais recente configuração, a equipe mínima da ESF é composta de um médico generalista ou especialista em saúde da família, ou ainda, médico de família e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Podendo ainda acrescentar-se a essa composição a equipe de saúde bucal, constituída de um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2016a).

Sendo que, cada equipe ESF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, assumindo a corresponsabilidade no cuidado com a saúde. Ao passo que, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de ESF (BRASIL, 2016a).

O pressuposto da ESF é reorganizar a ABS do país atuando de forma alinhavada com os princípios do SUS. Para isso prevê o enfoque na família, adscrição territorial, atuação e responsabilização sanitária territorial, diagnóstico situacional, longitudinalidade, resolutividade, participação comunitária, planejamento e avaliação das ações, constituição de parcerias institucionais, intersectorialidade, e, promoção da cidadania (BRASIL, 2012).

Dessa forma, a atuação das ESF tem se caracterizado como o principal instrumento de aplicação do ideário de ABS no Brasil através um intenso processo de priorização dessa política. Percebe-se também que, quando plenamente implantada, apresenta uma relação custo-efetividade positiva, obtendo, inclusive, melhores avaliações que as UBS tradicionais (LUPPI et al., 2011).

Exemplificando isso, destaca-se a abrangência do PACS e, principalmente da ESF, que cresceu de forma vertiginosa no país. Em julho de 2003 havia 180.106 ACS em 5.098 municípios brasileiros, com uma cobertura populacional estimada de 92.933.588 pessoas. Já em julho de 2013 eram 255.772 ACS em 5.417 municípios brasileiros, proporcionando uma cobertura estimada de 125.584.425 pessoas (BRASIL, 2003; 2013d).

Enquanto isso, a ESF proporcionava em julho de 2003, 18.207 equipes implantadas em 4.349 municípios, estimando-se uma cobertura populacional de aproximadamente 59.717.825 habitantes. Ao passo que em julho de 2013, havia 34.185 equipes implantadas em 5.309 municípios, estimando-se uma cobertura populacional de 108.096.363 pessoas (BRASIL, 2003; 2013d).

Portanto, a cobertura do PACS elevou-se de aproximadamente 10% em 10 anos, enquanto a cobertura da ESF elevou-se 20%, levando-se em consideração que a população residente no Brasil em julho de 2003 era de 172.385.826 habitantes, e, em julho de 2013 de 201.032.714 (BRASIL, 2003; 2013d; 2013e).

Ao passo que se destacam os bons resultados, também é importante ressaltar que o impacto da ESF é muito variável entre os municípios brasileiros devido a sua característica municipalizadora e as diversas realidades que compõe o cenário brasileiro (LAVRAS, 2011).

Nesse íterim, o protagonismo da ABS frente ao modelo de atenção em saúde ganhou destaque na divulgação do Pacto pela Saúde, em 2006, resultando na promulgação da PNAB, que posteriormente foi atualizada, em 2012 (BRASIL, 2006a; 2012).

Essa política prevê, entre outros pressupostos, a definição de responsabilidades de cada esfera de governo para com a ABS, a infraestrutura e recursos necessários para sua implantação, o delineamento do processo de trabalho das equipes da ESF, as atribuições e conformação das equipes profissionais, as regras de financiamento e demais especificidades relacionadas a ESF (BRASIL, 2012).

Além disso, a partir da PNAB, a ABS passa a ser definida, em âmbito nacional, como:

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, a 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

peças e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária [...] É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se 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 considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2012, p. 18-19).

Portanto, percebe-se que a integralidade é uma forte perspectiva na ABS. Seja pelo sentido organizacional da integralidade, que nos remete a conformação da rede de serviços e ordenamento do itinerário terapêutico do usuário a partir da ABS, seja pelo sentido pessoal da mesma, que se remete às práticas profissionais que tem por fundamento o olhar ampliado para as necessidades do indivíduo e seu contexto.

O modelo de organização da APS nos moldes do PSF [*abreviação do autor*] apresenta, em tese, melhores condições para a efetivação dos princípios da integralidade, uma vez que baseia as ações em um território estruturado, permitindo um planejamento das ações a partir das condições de vida e saúde da população adscrita, e não a partir da demanda por assistência. A equipe do PSF [*abreviação do autor*] é, nesse contexto, responsável e gestora do cuidado (SALA et al., 2011, p. 959).

Então, o desenvolvimento de um cuidado integral que impacte na situação de saúde da população, na autonomia dos sujeitos envolvidos no processo (usuários, profissionais e gestores) e nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), passa obrigatoriamente pela ABS como centro magnetizador dessas preposições (BRASIL, 2013b).

Porém, em termos práticos a ESF ainda não conseguiu alcançar plenamente seus objetivos, como o alinhamento com a proposta política

da integralidade. Ao contrário, elucida cotidianamente seus problemas estruturais e em muitas realidades ainda se fundamenta no modelo médico-centrado, com enfoque na doença e com atenção fragmentada (VIEGAS; PENNA, 2013).

À exemplo disso, um estudo que buscou analisar a implantação da ESF em Santa Catarina, entre 2004 e 2008, apresentou resultados satisfatórios, mostrando uma cobertura considerada alta nos municípios catarinenses (83,2%). Entretanto, os pesquisadores ressaltam uma visão importante, que pode ser estendida para todo o contexto nacional, de que seria esperado uma cobertura de 100% da população através da ESF, uma vez que só dessa maneira estaria se garantindo o acesso universal defendido pela Constituição (COSTA; CALVO, 2014).

Borges e Baptista (2010) defendem ainda que há um conjunto de circunstâncias complicadoras entre a eleição de uma prioridade governamental e a construção da viabilidade de uma proposta, caso esse da ABS via ESF.

Entre as fragilidades encontradas na implementação da ESF, pode-se citar, a partir da realidade retratada na literatura científica: a falta de apoio gestor, a gestão municipal centralizadora e normativa que confronta a participação democrática, a manutenção de um modelo de medicina assistencialista e curativo em detrimento de ações de promoção e prevenção, a falta de valorização a atuação profissional e iniciativas de sucesso, a estrutura física deficitária das UBS e o financiamento insuficiente (NASCIMENTO; SANTOS; CARNUT, 2011).

Corroborando com isso, na pesquisa de Costa e Calvo (2014), que também avaliou os indicadores de mudança do modelo assistencial (número visitas domiciliares do profissional médico, os exames de patologia clínica solicitados, os encaminhamentos ao especialista e o atendimento individual do enfermeiro), evidenciou-se uma melhora desse aspecto, porém, ainda incipiente. Concluiu-se que os serviços parecem não estar de acordo com os preceitos da ESF, possivelmente pela valoração dos atendimentos de demanda espontânea e consultas médicas em detrimento de ações integrais e de longitudinalidade.

Apesar dos entraves significativos encontrados no processo de trabalho na ABS, é possível afirmar que boas tendências se apontam nessa conjuntura, uma vez que é também corrente na literatura as experiências exitosas nesse âmbito. Além disso, vale ressaltar que, embora deva se buscar o utópico ideal de perfeição do funcionamento do sistema, há de se considerar que fragilidades serão inerentes ao SUS, devido a magnitude do sistema. Afinal, o Brasil é o único país do mundo

com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito (BRASIL, 2012).

Mas, retornando as experiências exitosas no SUS, a literatura mostra que a característica municipalizadora, por exemplo, é apontada como um fator favorável e mais adequado para o funcionamento dos sistemas de saúde, pois além de propiciar maior cobertura populacional, oportuniza um escopo e quantitativo maior de profissionais se comparado ao modelo tradicional, logo, melhorando a desempenho sanitário (COSTA; CALVO, 2014; NASCIMENTO; SANTOS; CARNUT, 2011). Além disso, outro estudo aponta o impacto positivo da cobertura da ESF na redução de internações por doenças sensíveis à atuação da ABS, como: asma, insuficiência cardíaca, pneumonia, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (COSTA; CALVO, 2014).

Além das equipes básicas da ESF, destaca-se também que a atuação do NASF, primordial para o alcance da integralidade, uma vez que tem a finalidade de ampliar a abrangência e o escopo de ações da ABS, logo, possibilitando maior resolutividade a esse nível de atenção, o que incide diretamente na diminuição do número de encaminhamentos (BRASIL, 2012).

A atuação dos profissionais do NASF está diretamente relacionada às equipes de ESF e seus respectivos territórios de abrangência. Além disso, desenvolve atividades de forma integrada aos demais serviços componentes da rede de ABS, bem como, alta e média complexidade, como os SAE. Sendo assim, oportuniza o compartilhamento de casos, a responsabilização das equipes, a longitudinalidade do cuidado, a ampliação da clínica (capacidade de análise e intervenção sobre as necessidades de saúde, tanto no âmbito das questões clínicas quanto sanitárias), e claro, a integralidade da atenção (BRASIL, 2012).

Portanto, o desafio das equipes de ABS, através da ESF e NASF, é garantir o gozo do direito à saúde de forma integral e equânime, bem como, construir e solidificar um sistema homogêneo no território brasileiro que respeite a autonomia do indivíduo assistido, do profissional e do gestor, potencializando uma ação em saúde de qualidade, resolutiva e regionalizada (LAVRAS, 2011).

Além disso, é necessário promover a remodelação de práticas com vistas ao embate ao modelo ainda hegemônico de ações assistenciais *versus* preventivas. Bem como, ampliar a abordagem para condução de projetos terapêuticos realmente integrados, e não simplesmente somados, promovendo ambientes saudáveis e um cuidado

centrado nas necessidades do usuário e não nas demandas dos serviços de saúde.

3.3 O cuidado de enfermagem a Pessoa que Vive com HIV/Aids no contexto da Atenção Básica à Saúde

Superadas mais de três décadas desde o primeiro caso de aids registrado no mundo, mais de 2 milhões de pessoas ainda são infectadas a cada ano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (UNAIDS, 2013).

No Brasil, estima-se 781 mil pessoas vivem com a doença, ou seja, 0,39% da população. A região sul do país aparece na dianteira dos casos notificados ao ano, com 31,1 casos por 100.000 habitantes, seguida da região norte com 25,7 casos por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade tendo como causa básica a aids sofreu um grande queda desde a década de 1980, e atualmente corresponde a 5,7 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2015a).

Já Santa Catarina foi o quinto estado brasileiro em casos detectados de aids, desde 1980, somando 40.307 casos, atrás somente dos estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. E no que diz respeito ao índice de casos notificados em 2015, Santa Catarina permanece na 5ª posição, com uma taxa de 946 casos, atrás de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Minas Gerais. Enquanto a capital do estado, Florianópolis, apresentou uma taxa de notificação de 53,1/100.000 habitantes em 2014, sendo assim, a quinta capital brasileira em taxas de notificação para a doença (BRASIL, 2015a).

Além disso, o último Boletim Epidemiológico evidenciou um crescimento na taxa de detecção entre homens, em comparação a uma queda na taxa de detecção entre as mulheres. Outro dado importante foi a constatação da crescente juvenização da doença, com triplicação dos índices entre os jovens de 15 a 19 anos, e a duplicação dos números entre jovens de 20 a 24 anos, num comparativo com 2005 (BRASIL, 2015a).

Também se destaca o crescimento das taxas de infecção, nos últimos 10 anos, entre indivíduos autodeclarados pardos, e uma queda na proporção de casos entre brancos. Bem como, o aumento da proporção de detecção da infecção em HSH, quando comparado aos homens heterossexuais (BRASIL, 2015a).

Diante disso, percebe-se uma grande variabilidade no perfil populacional da epidemia nos últimos anos, além do crescimento das

taxas entre grupos considerados mais vulneráveis. Mas, o dado mais preocupante é a juvenização da doença, o que suscita repensar questões de saúde e a resposta dos sistemas de saúde.

Embora tenhamos vivenciado um aumento de taxas em algumas populações específicas do Brasil, as taxas globais vêm obtendo um avanço para a estabilização de casos. Um exemplo disso é que a incidência do HIV no mundo caiu 20% desde 2006, e as mortes relacionadas a doenças tiveram um declínio de 25% (OMS, 2014).

E isso se deve, principalmente, ao compromisso político internacional no combate a aids, o envolvimento e mobilização comunitária, as inovações em ciência e tecnologia, as abordagens intersetoriais do problema, e, os investimentos substanciais em ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e Promoção da Saúde para PVHA (OMS, 2014).

A introdução da TARV no tratamento das PVHA foi um também um marco histórico para modificação dos padrões da epidemia. No Brasil isso se elucida a partir de 1996, com a garantia do acesso universal e gratuito aos medicamentos ARV no SUS. Desde então evidenciou-se um menor número de internações em decorrência da aids nos pacientes em TARV, uma redução progressiva da mortalidade, bem como, o crescimento da incidência deixou de ser acompanhado pelo número de óbitos (DOURADO et al., 2006).

O MS afirma que após o advento da TARV “a aids passou a ser considerada uma doença crônica, que se manejada e tratada de maneira adequada, diminui, consideravelmente, a probabilidade de adoecimento e morte das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) (BRASIL, 2013c, p. 7). Portanto, se levamos em consideração as mudanças epidemiológicas da infecção pelo HIV (no que tange o controle das taxas de incidência, alta prevalência e queda das taxas mortalidade associada), aliado aos avanços na ciência e tecnologia em saúde, temos como resultado a cronificação dessa condição (UNAIDS, 2013).

Diante disso, enfrentar essa condição de saúde aliando à qualidade de vida é um desafio para os modelos de atenção em saúde estabelecidos, uma vez que ainda se estruturam sob a égide do cuidado em situações agudas e curativas de saúde. A doença crônica é conceituada como uma condição que, dentre outras especificidades:

são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades.

Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013a, p. 5).

Logo, tal conceituação tem estreita relação para com a condição das PVHA atualmente, frente aos avanços científicos em saúde e a mudança do perfil da doença.

Além disso, é perceptível que cada vez mais é necessária a condução de ações de aspecto subjetivo, que envolvam a adesão e abandono da TARV, as questões culturais, o estigma, a relação familiar, a vulnerabilidade, a inferência dos DSS, dentre outros fatores (GUEDES; SOUZA, 2009; SANTOS; DEVEZA, 2012). Ou ainda,

uma concepção de saúde centrada não somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2014b, p. 2).

Portanto, evidencia-se a urgência de propiciar espaços, cenários e atores que estejam comprometidos com a proposta de um cuidado integral às PVHA. E nesse sentido, o modelo de cuidado centrado unicamente nos SAE passou a ser obsoleto. Isso não significa dizer que a SAE não prima pela atenção integral, mas defende que a centralidade do manejo do HIV/aids nesse âmbito já não mais corresponde aos padrões epidemiológicos, sociais e sanitários da população (BRASIL, 2014a).

E é nesse contexto que a ABS, por meio da ESF, se destaca, pois além de propiciar a estruturação de uma rede de referência local, favorece a implementação de um cuidado integral por meio das competências e tarefas técnicas da ABS, como: a adscrição territorial, a responsabilidade sanitária territorial, o acolhimento dos usuários, a promoção dos vínculos de intersubjetividade, a escuta qualificada, a clínica ampliada, o PTS, o matriciamento, e outras tecnologias (ANDRADE et al., 2013; SANTOS; DEVEZA, 2012).

Visando promover esse reordenamento do modelo de cuidado, no início de 2014 o MS lançou um guia para gestores, que visa dar suporte ao processo de implantação do manejo do HIV na ABS, concomitantemente ao estabelecimento de um modelo assistencial

matriciado² e mais resolutivo nos municípios e regionais de saúde (BRASIL, 2014a).

Anteriormente a isso, o Plano Global para o Combate a Aids, lançado em 2014 pela OMS, já previa o fortalecimento das ações em HIV/aids na Atenção Primária, associando-se assim às ações em outras condições crônicas dentro do contexto de cobertura universal em saúde. Isso porque, a descentralização dos programas de HIV/aids, tendo a ABS como protagonista desse processo, propicia o aprimoramento dos mecanismos de acesso da população (UNAIDS, 2011). Mesma proposta expressa na Declaração Política sobre HIV e Aids das Nações Unidas, em 2011, e que prevê o alcance de 10 metas até 2015, dentre elas a de integração programática e operacional de programas em saúde.

Nesse sentido, Mendes (2011) argumenta também que as manutenções de modelos de saúde fragmentárias impactam diretamente no não alcance das metas de controle da incidência de doenças crônicas, bem como, nas complicações advindas das mesmas. Logo, é evidente a insuficiência dessa organização compartimentalizada.

Corroborando com isso, um estudo conduzido em Moçambique evidenciou que a descentralização dos serviços de HIV/aids por diversas regiões do país, estruturando essa descentralização nos próprios estabelecimentos componentes da rede de serviços básicos, obteve resultados excelentes na adesão ao tratamento das PVHA, sendo, portanto, primordial para um ótimo desempenho dos modelos sanitários em HIV/aids (PFEIFFER et al., 2010).

Trata-se, portanto, de um modelo em transição que impõe um grande desafio aos gestores, profissionais e até mesmo às PVHA, dada a complexidade da aids e suas demandas sociais e sanitárias. E nesse espectro destaca-se o trabalho dos enfermeiros que atuam na ABS, uma vez que, quando analisados seu objeto de atenção, finalidade, meios e instrumentos do processo de trabalho, infere-se que este profissional tem seu recorte de trabalho ampliado aos fenômenos que transpõe os conhecimentos biopatológicos para apropriar-se também dos fenômenos sociais e interacionais (FRACOLLI et al., 2011). Proposta essa muito pertinente ao ensejo de rompimento de um modelo hegemonicamente biomédico.

²Um modelo de atenção matriciado corresponde a um suporte técnico especializado em saúde desenvolvido por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para com uma equipe base, a fim de ampliar o campo de atuação e qualificar as ações da equipe básica (BRASIL, 2013f).

A proposta do trabalho do enfermeiro na ABS aliada às necessidades de PVHA pode ser vislumbrada como uma aliança com grande potencial de sucesso. Uma vez que cuidar em enfermagem no contexto do HIV/aids é primar pela atenção centrada na pessoa diante de uma condição crônica, em que se cria uma longa relação com a equipe e figuram determinantes importantes, como: a condição financeira, social e relacional do indivíduo cuidado (FIUZA et al., 2013).

Para tanto, é essencial o conhecimento da rotina do indivíduo assistido, a troca de informações e decisões em saúde, a construção de uma relação de confiança, respeito e empatia (fortalecimento do vínculo), a educação em saúde para o autocuidado e prevenção da transmissibilidade, a promoção da autonomia e autoestima, e, o combate ao preconceito, dentre outros aspectos que emergem do processo de trabalho do enfermeiro (FIUZA et al., 2013; FORMOZO; OLIVEIRA, 2010; LUZ; MIRANDA, 2010).

Apesar da relevância dessa temática, as publicações ainda são escassas, principalmente no campo da enfermagem. Em uma busca em base de dados, realizada entre 2004 e 2014, utilizando os descritores “Integralidade em Saúde” e “Síndrome de Imunodeficiência Adquirida”, e seus sinônimos, nas bases *Web of Science*, Lilacs, Bdenf e Scielo, não foram encontrados artigos que focalizassem a discussão do cuidado na ABS às PVHA. A partir de então, articulou-se outras estratégias de busca a fim de expandir os achados. Sendo assim, nas mesmas bases de dados e no mesmo período de tempo eleito anteriormente, procedeu-se uma busca pelos descritores “Atenção Básica” e “Aids”, e seus sinônimos, obtendo-se um número razoável de publicações, 22 artigos. A maioria dessas publicações aborda as atividades de educação em saúde, prevenção, diagnóstico, e, aconselhamento na ABS, principalmente no que diz respeito a atuação multiprofissional.

Portanto, infere-se que há ainda um campo incipiente nas publicações acerca do cuidado às PVHA na ABS, principalmente no que diz respeito a atuação dos enfermeiros. Atuação essa que extrapola as perspectivas da sintomatologia, morbimortalidade e os aspectos emocionais resultantes da patologia. Isto é, para a enfermagem, o trabalho na ABS representa a reorientação de “suas ações em direção às necessidades de saúde dos usuários e não para a racionalização do trabalho do profissional médico” (MATUMOTO et al., 2011, p. 3).

Entretanto, para que o cuidado seja efetivo, é essencial a assistência prestada pelo enfermeiro seja partilhada por uma equipe interdisciplinar, que busque incorporar demandas que extrapolem a rotina e considerem as reais necessidades dessa população. Sendo assim,

a integralidade passa a configurar-se com uma expressão da ruptura de valores tradicionais de produção de saúde, como a hierarquia e a compartimentalização por categorias profissionais e do saber (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012; MEIRELLES et al., 2010).

Bem como, é necessário que a enfermagem também encare o desafio de pensar a integralidade da atenção concebida em rede, articulando a integralidade da dimensão pessoal da atenção à dimensão organizacional, expressa nas RAS e nas Linhas de Cuidado. Principalmente por estar previsto, dentro de suas atribuições, não só a realizações de ações clínicas, mas a administração e a organização do serviço de saúde e enfermagem (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012; FRACOLLI et al., 2011; MATUMOTO et al., 2011).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção será apresentada uma breve revisão sobre o conceito da integralidade, sustentado, fundamentalmente, a partir dos textos produzidos pelo Laboratório de Pesquisas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), com destaque para os autores Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos. O LAPPIS se destaca pelo trabalho de ensino e pesquisa na temática da integralidade e reúne um grupo de pesquisadores que contribuem para a identificação e construção de práticas de atenção integral a saúde, repensando e analisado conceito, bem como, divulgando e apoiando experiências de integralidade pelo país (LAPPIS, 2014).

4.1 Integralidade

4.1.1 *Uma construção histórica*

O surgimento do ideário de integralidade (também expresso pelos sinônimos: integração ou ações integrais em saúde) se confunde com a difusão dos CS norte-americanos, na década de 1920 (MELLO; VIANA, 2012). Nesse momento também nasceram os ideários de circunscrição de território em distritos de saúde, educação em saúde, vigilância sanitária, dentre outros termos que se remetiam às estratégias de prevenção e escuta direta das necessidades da população (MELLO, 2011).

E, esse pensamento chega ao Brasil por volta de 1925, através da influência americana, materializando-se por meio da Reforma Social Sanitária Paulista (LANGBECKER; CASTANHEIRA, 2011).

Vale ressaltar que o escopo de atuação dos CS no Brasil não significava atendimento curativo. Diante disso, esse ideário viu-se fadado ao insucesso caso mantivesse seu desempenho limitado às ações preventivas de saúde, uma vez que não correspondia às necessidades mais emergentes das populações assistidas, tampouco se configurava “atraente” aos interesses da classe médica. Portanto, consolida-se, nesse momento, a urgência da coordenação e articulação de serviços sanitários com vistas à integração, sob um mesmo espaço, de ações preventivas e curativas (LANGBECKER; CASTANHEIRA, 2011; MELLO; VIANA, 2011).

Sendo assim, na década de 1930, surge no cenário internacional o conceito *Integration*, que significava a integração dos serviços curativos e preventivos, ou seja, a continuidade do cuidado. Na mesma época

surge também o conceito *Comprehensive*, ou Medicina Integral para o Brasil, esse de cunho assistencial, pois objetivava o embate a crescente especialização da atenção médica (MELLO; VIANA, 2012).

Consecutivamente, a ideia de abrangência clínica (Medicina Integral) e integração de serviços (*Integration*) sedimentam-se no Brasil, com destaque para a atuação do SESP – que defendia o modelo de CS – e que foi o grande responsável pela difusão da integração e coordenação dos serviços de saúde pública no país (MELLO; VIANA, 2012).

Entretanto, no período de 1950, os ideários de integração e coordenação dos serviços passam por um período de invisibilidade nacional, em decorrência das ações varguistas e do plano político-governamental para o campo sanitário do presidente Juscelino Kubitschek (MELLO, 2011). Somente na década de 1970 a integração e coordenação voltam como conceitos à pauta de discussão das ações governamentais brasileira, em decorrência da resistência ideológica do SESP (MELLO; VIANA, 2012). Resistência essa que repercutia a contestação a hegemonia do atendimento médico-hospitalar, em decorrência da criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (LANGBECKER; CASTANHEIRA, 2011).

Já na década de 1980, caracterizada pela influência da abertura política com o fim da ditadura militar, desenhou-se um campo propício para que intelectuais, profissionais do setor saúde e cidadãos promovessem uma mudança no modelo de atenção à saúde vigente, através da Reforma Sanitária (LANGBECKER; CASTANHEIRA, 2011).

Como marcas dessa “década de ouro” para os avanços no campo sanitário, destaca-se a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, em que se elaborou um projeto de modelo de saúde baseado na saúde enquanto direito; a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES), em 1987, que previa, entre outros princípios, a universalidade, resolutividade e integralidade, e por fim; a promulgação da Constituição Federal em 1988, que criou o SUS e homologou os princípios doutrinários que defende-se até hoje (LANGBECKER; CASTANHEIRA, 2011).

Vale ressaltar que, somente com a criação do SUS e as legislações afins é que a integralidade passa a vigorar sob a denominação “integralidade de assistência”, sendo definida, como: a produção de ações em saúde com foco na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo o acesso da população aos serviços

de baixa à alta complexidade, levando-se em consideração o princípio de equidade (BRASIL, 1990b).

A difusão e implantação da PNAB no ano de 2006 é outro marco importante para consolidação da integralidade no SUS. Na publicação da PNAB é possível perceber uma mudança no conceito da integralidade em comparação com a Lei 8.080 de 1990, e um aprofundamento teórico do termo, propondo uma definição composta de uma dimensão pessoal e outra organizacional (BRASIL, 2006b).

A dimensão profissional compreende o reconhecimento e compreensão do indivíduo em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural, e, “busca a promoção de sua saúde, prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos e sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável” (BRASIL, 2006b, p. 10). Já a dimensão organizacional da integralidade compreende a articulação das ações programáticas de saúde de acordo com as necessidades epidemiológicas da população, integrando e inter-relacionando as estratégias de promoção, prevenção, vigilância, tratamento, reabilitação em saúde (BRASIL, 2006b).

Vale a reflexão que ambos os conceitos, pessoal e organizacional, nos remetem aos antigos termos “*Integration*” e “*Medicina Integral*”, que significavam, respectivamente, coordenação de serviços e abrangência clínica (MELLO; VIANA, 2012).

Já na última revisão e publicação da PNAB, em 2012, evidencia-se que a integralidade é descrita em três diferentes (e complementares) aspectos, à saber: articulação das ações programáticas e de demanda espontânea, bem como, coordenação das ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação; trabalho multiprofissional e interdisciplinar, e; coordenação da rede de atenção. Apesar dessa mudança na matriz descritiva, permanece a compreensão desse princípio como máster para o desenvolvimento de um processo de trabalho centrado no usuário, na promoção da sua autonomia e na garantia da direito à saúde (BRASIL, 2012).

A integralidade, esse termo polissêmico, reformulou-se ao longo dos anos tendo por base o panorama político, econômico, social e científico do período histórico perpassado. Esteve presente nos discursos dos organismos internacionais, relacionado aos preceitos de Atenção Primária e Promoção da Saúde, ao passo que no cenário nacional é identificado de forma esparsa na documentação oficial das propostas de programas do MS (MATTOS, 2006).

Apesar disso, a discussão acerca da integralidade ocupou espaço central no debate de saúde no Brasil, sendo um dos poucos ideários que

se constituiu tão presente no discurso sanitário brasileiro (MATTOS, 2006). E foi por meio dessa construção histórica que a integralidade passou a ser tomada como bandeira política para a saúde, sendo materializada através de práticas de gestão, cuidado e participação social, produzindo espaços de diálogo, negociação e pactuação entre os sujeitos imbricados no processo de produção de saúde (SILVA JUNIOR et al., 2006).

4.1.2 *Desvelando a integralidade*

Conceituar integralidade é uma tarefa árdua, uma vez que o termo agrega diferentes significados para com os sujeitos e contextos em que é analisado. Diante disso, Camargo Junior (2006, p. 12) defende que a integralidade é na verdade um “agregado semântico”, uma vez que carrega diferentes valores e sentidos.

Xavier e Guimarães (2005, p. 137) apresentam ainda outra possibilidade conceitual para o termo, como a integralidade sendo um caminho percorrido que jamais acaba e desdobra-se em muitos outros. Isto é, um caminho de experiências que se ajustam e se reformulam continuamente na busca por algo “uno, completo, inteiro e que, de algum modo e por alguma razão, ‘aparece’ (e parece) hoje fragmentado, partido em pedaços”.

Embora haja uma vasta definição utilizada para integralidade, é necessário ressaltar, de antemão, que não se trata exclusivamente de uma diretriz constitucional do SUS ou uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Mas sim, uma “bandeira de luta”, “um conjunto de valores pelos quais se vale lutar” (MATTOS, 2006, p. 41).

Nesse sentido, o mesmo autor caracteriza ainda a integralidade como uma “imagem objetivo”, pois explana uma conjuntura que alguns indivíduos consideram desejável, ou seja, algo a se alcançar, a transformação da realidade.

Visando esmiuçar os significados do termo integralidade, apresentar-se-á uma síntese da matriz teórica proposta por Mattos em 2001, e rerepresentando em 2006 na última edição do livro “Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde”. Nessa matriz os sentidos da integralidade são caracterizados por três vertentes, que podemos chamar de: a integralidade na ênfase das práticas profissionais, a integralidade na organização das práticas de saúde, e, a integralidade como eixo político da atenção em saúde.

4.1.2.1 *A integralidade na ênfase das práticas profissionais*

A integralidade, nesse sentido, compreende uma atitude direcionada às necessidades expressas pelo indivíduo, sejam elas demandas específicas de saúde ou travestidas por queixas físicas (CECÍLIO, 2006). Esse conceito, por sua vez, rememora Medicina Integral difundida na década de 1930, que visava o embate a visão reducionista da classe médica em torno dos distúrbios patológicos do indivíduo (MELLO; VIANA, 2012).

Mas também pode denominar-se como a integralidade no espaço da micropolítica de saúde, pois acontece no encontro subjetivo entre sujeitos (profissional e usuário), em que há compromisso com a melhor escuta possível, a consolidação de vínculo, a responsabilização profissional para com o usuário, e, o respeito a autonomia (CECÍLIO, 2006; MATTOS, 2006).

Mas não é só resultado da busca individual de cada profissional, faz também pela sinergia dos saberes dos elementos de uma equipe multidisciplinar, com seus múltiplos saberes e práticas em prol de um objetivo em comum (CECÍLIO, 2006; MAGALHÃES JR; OLIVEIRA; 2006).

4.1.2.2 A integralidade na organização das práticas de saúde

Entende-se que a integralidade não pode ser plenamente efetivada no espaço singular dos serviços e da prática profissional, uma vez que um único estabelecimento não está apto a abarcar todas as demandas e necessidades de saúde de uma população.

Para superar esse desafio é necessária a convergência das práticas profissionais para o campo da organização dos estabelecimentos e do modo de produção de saúde. Isto é, a circunscrição da integralidade no espaço da macropolítica de saúde (CECÍLIO, 2006).

Essa aceção revela “que a integralidade não é mais uma atitude, mas uma marca de um modo de organizar o processo de trabalho” (MATTOS, 2006, p. 56). Em outras palavras, esse segundo sentido da integralidade pode ser circunscrito como a:

atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das

condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial (CECÍLIO, 2006, p. 117).

Portanto, infere-se que a integralidade, nesse âmbito de discussão, exemplifica a construção de um projeto “terapêutico” que produza uma assistência coordenada de uma rede efetivamente comunicante (MAGALHÃES JR; OLIVEIRA, 2006).

4.1.2.3 A integralidade como eixo político da atenção em saúde

O último sentido da integralidade diz respeito ao conteúdo político-ideológico que constitui o arcabouço de um sistema de saúde. Ou seja, corresponde ao desenho das respostas governamentais a um problema de saúde de magnitude significativa para populações específicas ou para a população geral (MATTOS, 2006).

Responde, portanto, pela organização do processo de trabalho no modelo de atenção à saúde, em que as equipes possam pensar suas práticas de forma horizontalizada onde as necessidades do indivíduo sejam o foco da atenção, e não a sua categorização/inserção específica em um ou outro programa ministerial (CECÍLIO, 2006; MATTOS, 2006).

Nesse contexto, a integralidade se expressa pelo embate ao recorte e objetivação dos sujeitos e suas necessidades perante a política ampliando o horizonte para as necessidades do indivíduo que vive com a doença, uma vez que o sujeito está inserido num contexto social e possui outros determinantes de vida que atuam sobre sua condição de saúde, além da própria doença. Para isso, inclusive, é necessário muitas vezes transgredir os limites setoriais, uma vez que os determinantes do processo saúde-doença vão muito além dos recortes de saúde (MATTOS, 2006).

Outro enfoque desse sentido da integralidade diz respeito também ao escopo de atuação dentro dos limites específicos dos programas governamentais, contemplando em seu elenco de ações as medidas que vão do espectro preventivo ao assistencial. Um exitoso exemplo disso é apresentado no excerto que se segue:

talvez seja a resposta governamental à AIDS a que mais se aproxima do princípio da integralidade nesse último sentido (o de abarcar tanto a perspectiva preventiva quanto a perspectiva assistencial). A resposta governamental brasileira destoou de uma série de recomendações emanadas de agências internacionais, como o Banco Mundial, sobre as políticas frente à AIDS. Em

geral, tais recomendações defendiam que os governos deveriam se empenhar na oferta das intervenções preventivas, consideradas altamente eficazes em termo de custo, deixando de financiar ou prover algumas intervenções como o uso de antirretrovirais. A resposta brasileira, entretanto, norteou-se pelo princípio da integralidade, de modo que o governo assumiu a responsabilidade de distribuir gratuitamente os antirretrovirais aos pacientes com a doença, sem descuidar das práticas preventivas (MATTOS, 2006, p. 60).

Sintetizando os três sentidos da integralidade, apresentados na matriz teórica, infere-se que apesar de diferentes, possuem traços de semelhança que, por fim, configuram-se como elos que articulam todas as esferas de sentido.

E voltando a tentativa de conceituar a integralidade, emprega-se aqui a reflexão de Mattos (2006 p. 61) que revela que, em seu cerne, a integralidade nada mais é que a “recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”.

Para fins dessa pesquisa, e alicerçado pela Referencial Teórico aqui apresentado, assumir-se-á a integralidade com um conceito constituído de um conjunto de valores que representa o paradigma que sustenta o olhar do sistema de saúde para o processo saúde-doença. Esses valores, por sua vez, correspondem a: o ser humano é algo uno, indivisível, infragmentável; as diferentes dimensões do viver se interseccionam na vivência do homem, assim como no seu sofrimento (na doença); o profissional/sistema de saúde deve estar preparado para cuidar deste ser humano que estabelece uma relação de recursividade com o meio que o cerca; o sistema de saúde deve organizar seu modo de produzir saúde respondendo as necessidades de um ser humano que apresenta diversas e diferentes necessidades de atenção; logo, deve promover o trabalho em rede com vistas a resolutividade do cuidado; bem como, promovendo práticas horizontalizadas de atenção; e por fim, tornando a perspectiva da integralidade como uma marca do modo de fazer saúde.

Sendo assim, em linhas gerais, a integralidade é compreendida e sustentada nesse estudo como um conceito-chave componente do arcabouço teórico e prático do SUS, que carrega em seu âmago a garantia da cidadania e dignidade à vida (MATTOS, 2006).

4.1.3 Panorama atual e perspectivas políticas para a consolidação da integralidade no SUS

A efetivação da integralidade nas práticas de produção de saúde requer uma reformulação profissional e estrutural do setor. Transformação essa que vem ocorrendo gradativamente em nossa história sanitária, incitada principalmente pela criação e consolidação do SUS.

Nesse ínterim é possível citar inúmeras outras medidas governamentais que visaram e visam o estreitamento do arcabouço teórico que rege o sistema de saúde para com os serviços prestados, ou ainda, a operacionalização desse construto teórico, como: o Pacto pela Saúde, a PNAB, a ESF, dentre outros.

Portanto, admite-se que estamos vivenciando um processo de mudança, reformulação e aprimoramento do modelo de atenção em saúde no Brasil,

o solo foi ficando fértil para o brotamento de um intenso processo de transformações e de experiências amistosas à integralidade, qualificando-a com as ações em defesa da vida das pessoas. Um processo marcado por mudanças jurídicas, legais e institucionais nunca antes observadas na história das políticas de saúde no país (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 25).

E dentre o arcabouço de mudanças e ajustamentos do panorama sanitário brasileiro, a formação profissional é um ponto nevrálgico para a consolidação da integralidade nas práticas de saúde.

Nesse sentido, Batista, Caldas e Portilio (2009) destacam a importância da percepção e o reconhecimento da visão do outro na formação dos recursos humanos em saúde. Ou seja, a aproximação do profissional da saúde para com os aspectos de vida do usuário e da comunidade assistida, instrumentalizando a condução de práticas integralizadoras de saúde, que promovem a cidadania e autonomia do usuário.

Como exemplos dessa iniciativa citam-se a Portaria nº 198/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição de 2001, visando, dentre outros objetivos, a melhoria da qualidade da atenção e da gestão em saúde através da formação e desenvolvimento de recursos humanos orientados pelos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2001; 2004).

Ao passo que as mudanças foram se estabelecendo no cerne das profissões da saúde, emergiu a importância da discussão e real efetivação do trabalho em equipe como uma potente ferramenta de aproximação com os preceitos de integralidade da atenção. Nesse sentido, destacam-se os avanços propiciados pela PNAB e a obrigatoriedade de uma equipe mínima da ESF e a criação dos NASF. Iniciativas essas que buscam congregiar diferentes olhares para um mesmo objetivo, a saúde e bem estar do indivíduo assistido. Além de que ampliação do escopo de atenção, através das equipes multidisciplinares é essencial para tornar a atenção mais resolutiva e integral.

Essas iniciativas, quando bem conduzidas, exprimem a conformação de um modelo assistencial orientado pela responsabilização e fortalecimento do vínculo entre usuário e serviço de saúde, entendendo que é somente através de uma relação de confiança entre os sujeitos do processo de cuidar (profissional, gestor e usuário) que se opera um projeto terapêutico resolutivo (MAGALHÃES JR; OLIVEIRA, 2006).

Nesse quesito, destacam-se a Política Nacional de Humanização (PNH) e o Acolhimento, como estratégias que preveem, dentre outros objetivos, o aprimoramento da comunicação entre os sujeitos, o enfrentamento das relações de poder, a promoção da autonomia e a co-responsabilização dos profissionais e usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013b).

Outra perspectiva de mudança e reformulação que tem se constituído no SUS, e que merece ser citada aqui, é a concepção e organização do sistema em rede, transpondo os limites hierárquicos da pirâmide da complexidade tecnológica, promovendo uma estrutura com múltiplos acessos e fluxos, respeito as necessidades individuais e sedimentando uma cultura de responsabilização nos profissionais e equipes de saúde (BRASIL, 2011; CECÍLIO, 2006).

Nesse sentido, a RAS tem um importante potencial de efetivar a integralidade nas práticas de saúde, com destaque para a implantação de Linhas de Cuidado. Essa última ferramenta, de gestão e assistência, é considerada como o “fio da integralidade”, que permeia os princípios de regionalização e hierarquização, aliado ao elevado acolhimento dos usuários. Sendo assim, tem se configurado como uma das proposições mais promissoras na organização e administração burocrática do sistema (BRASIL, 2011; CECCIM; FERLA, 2006).

Diante do panorama atual, pode-se concluir que um caminho que tem se mostrado promissor para o efetivo alcance integralidade é o

fortalecimento, sobretudo, da articulação da rede, tendo como epicentro cada serviço de saúde. E uma vez que ao tomarmos cada serviço como epicentro da rede, produzimos um ambiente recursivo entre a macro e a micropolítica da saúde, solidificando o ideário da integralidade e a condução de práticas mais humanizadas e resolutivas (CECÍLIO, 2006).

4.1.4 Desafios para a implementação da integralidade nas práticas de saúde

Apesar da relevância e onipresença do termo integralidade nos ideários do sistema de saúde brasileiro, bem como, as diversas ferramentas tecnológicas que veem sendo implantadas ao longo dos anos na busca pelo fortalecimento dessa concepção nas práticas de saúde, a integralidade permanece como um objetivo de difícil apreensão e operacionalização (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

A formação dos profissionais da saúde tem sido um dos primeiros entraves enfrentados na implementação da integralidade. A exigência do mercado de trabalho liberal tem conduzido à formação de recursos humanos voltados para um ambiente de produção de saúde altamente especializado, fragmentado através das especialidades médicas e incapaz de perceber o indivíduo na sua condição de vida (BATISTA; CALDAS; PORTILLIO, 2009; MAGALHÃES JR; OLIVEIRA, 2006). São resquícios ainda de uma educação médica sob o paradigma flexneriano³, que se estendeu para os demais currículos de formação dos profissionais da saúde.

Portanto, as ações de saúde foram historicamente conduzidas sob o paradigma da doença, emergindo com isso dois focos principais de atuação dos profissionais: o tratamento e a cura (BATISTA; CALDAS; PORTILLIO, 2009). Apesar dos avanços que as políticas públicas de saúde e de incentivo à reformulação curricular venham propiciando, ainda se observa que o modelo de formação dos profissionais de saúde se sustenta no atendimento e na gestão de políticas focais “em

³O paradigma flexneriano refere-se ao modelo médico difundido por Abraham Flexner que teve amplo impacto na formação médica, principalmente no continente americano. Esse modelo baseava-se fundamentalmente em perspectivas biológicas na interpretação dos fenômenos vitais, acarretando numa visão mecanicista do homem na sociedade, bem como, o culto à doença e a devoção à tecnologia, tornando esses pressupostos o centro da atividade médica e assistência à saúde (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

detrimento da lógica do direito e da seguridade social” (BATISTA; CALDAS; PORTILLIO, 2009, p. 13).

E é essa conjuntura que se reflete não só na cultura de profissionais como de usuários, que priorizam a busca do atendimento nos estabelecimentos hospitalares, com destaque para as unidades de urgência e emergência, superlotando esses espaços e tornando o atendimento pouco resolutivo. Isso porque as unidades de atendimento de urgência e emergência ainda são incipientes na garantia da continuidade do cuidado, seja pelas dificuldades encontradas em seu processo de trabalho interno, seja pelo distanciamento virtual de uma rede ambulatorial e coordenada – dificuldades externas (MAGALHÃES JR; OLIVEIRA, 2006).

Outro aspecto interessante da busca pelos atendimentos de urgência, é que muitas dessas unidades encontram-se diretamente vinculadas ao espaço físico de uma instituição hospitalar. Por sua vez, é sabido que:

nos percursos de cura da população ainda são as instituições hospitalares que possuem maior participação no uso dos serviços, sendo a figura do médico central na solução dos problemas de saúde apresentados. [...] Afinal, manter e recuperar a saúde por meio de intervenções assistenciais, principalmente aquelas realizadas pela assistência médica, fazem parte de um conjunto de representações que têm sido frequentemente associadas, no imaginário das classes trabalhadoras, com a concepção de saúde e doença (PINHEIRO, 2006, p. 102).

Além da lógica hospitalocêntrica, introjetada na cultura dos usuários e até mesmo dos profissionais, pode-se consentir com a afirmativa de Pinheiro (2006), de que os profissionais da saúde, com destaque para a figura médica, possuem na atenção hospitalar o eixo central do seu atendimento. Isso porque, o espaço hospitalar sustenta um status de alta competência técnica do médico, em decorrência, principalmente, da densidade/complexidade tecnológica produzida nesse espaço. Em detrimento disso, as atividades desenvolvidas em âmbito ambulatorial são desvalorizadas, tanto por quem presta, quanto por quem recebe o cuidado.

Por outro lado, a representação projetada no imaginário dos profissionais e gestores de que o hospital é, em seu cerne, a exemplificação do topo da pirâmide dos níveis de complexidade do sistema, ou ainda, local de finalização do percurso terapêutico, resultou

e resulta ainda hoje em um “atendimento de demandas pontuais, superespecializadas e específicas e, por isso, descompromissados com a integralidade. No máximo, a integralidade entendida como uma boa contra referência para o serviço que encaminhou” (CECÍLIO, 2006, p. 118).

Outro agravante para o alcance da integralidade é a dificuldade de acesso aos serviços de média complexidade. O avanço da cobertura populacional e consolidação da ABS nas últimas décadas não foi acompanhado de investimentos semelhantes na organização da média complexidade, bem como da articulação entre os níveis de atenção. Dessa forma, os serviços de média complexidade, majoritariamente de subsídio aos esclarecimentos diagnósticos, ficaram à mercê da produtividade como forma de financiamento das suas ações. Isto é, financiamento através do ressarcimento de procedimentos individuais executados (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

De forma coadjuvante a essa conjuntura, temos a difusão de uma cultura medicalizante, em que a importância dada pelo paciente ao exame complementar assume papel de certificação da capacidade técnica do profissional solicitante (TESSER; POLI NETO; SOUSA, 2010). Por sua vez, os profissionais, principalmente médicos, reforçam essa compreensão pelo excesso de solicitação de exames complementares no rastreamento de anormalidades físicas e biológicas, seja pela influência da prática médica especializada, seja pela formação hospitalocêntrica, ou ainda, pela distorção do raciocínio clínico (NORMAN; TESSER, 2009).

O que podemos concluir é que os problemas estruturais e de financiamento dos serviços de média complexidade, somados a cultura assistencialista, projetam um cenário de estrangulamento do acesso da população aos serviços especializados. Nesse contexto, a integralidade não pode ser alcançada, pois não é possível a obtenção da resolutividade ou circularidade do trajeto clínico-terapêutico para o usuário.

Sendo assim, “seguimos trabalhando de forma muito fragmentada, respondendo a demandas pontuais com o que temos em mãos” (CECÍLIO, 2006, p. 199). Isto é, permanecemos enfatizando a ideia de que a integralidade é fruto de uma batalha unicamente individual e esquecemos que a responsabilidade do cuidado integral também deve ser um compromisso do sistema de saúde (CECÍLIO, 2006).

Nesse sentido, a atenção às PVHA na ABS demonstra o desafio da integração e coordenação dos serviços.

As dificuldades enfrentadas pelos usuários permeiam questões que vão desde a comunicação deficiente entre os serviços e profissionais até uma percepção fragmentada do próprio adoecimento (PALÁCIO, FIGUEIREDO; SOUZA, 2012).

No estudo de Palácio, Figueiredo e Souza (2012) evidenciou-se que o usuário compreende que em cada serviço é ofertado o tratamento específico para cada patologia, por exemplo, o tratamento ao HIV/aids conduzido no SAE e o tratamento à tuberculose na UBS. Dessa forma, reforça-se a compreensão de que a atenção em saúde é mais adequada onde é oportunizado os cuidados mais especializados. Nesse sentido, a integração é encarada culturalmente pelos usuários como o suprimento de todas as suas necessidades de saúde em um único espaço, um único serviço. Logo, dificultando a consolidação cultural da RAS e da ABS, como porta de entrada do Sistema e eixo preferencial de atenção e acompanhamento.

Outros desafios encontrados nesse processo são relatados na tese de doutorado de Do Val (2012), na qual a autora descreve problemas organizacionais de grande magnitude para a integralidade na atenção à PVHA na ABS, como: falta de insumos (exames diagnósticos, métodos contraceptivos, etc.); deficiência na estrutura física dos CS (privacidade para realização de consultas, inexistência de espaços para atividades coletivas, entre outros); baixa capacitação dos profissionais na abordagem sindrômica das DST e aconselhamento, e; fragilidades na coordenação/integração dos serviços.

Portanto, a proposta de discutir a integralidade na ABS sob a ótica do cuidado em HVI/aids é complexo uma vez que envolve inúmeros preceitos ético-políticos do SUS, os sujeitos (profissionais, usuários, gestores) e suas subjetividades, e a capacidade de transpor as vulnerabilidades programáticas e a desarticulação da rede de serviços de saúde (DO VAL, 2012; PALÁCIO, FIGUEIREDO; SOUZA, 2012).

Apesar das dificuldades para a sua implementação, a proposta do manejo do HIV/aids na ABS põe luz a busca pela consolidação de um modelo de saúde que atue na perspectiva das RAS, que seja resolutivo e humanizado. Isto é, essa proposta evidencia o reordenamento da atenção em saúde no Brasil, onde se priorizam ações promotoras de saúde e qualidade de vida, através de um cuidado pensado na ótica das condições crônicas de saúde, nos serviços primários.

5 METODOLOGIA

A metodologia é compreendida como o processo de dialogicidade entre as questões epistemológicas que impelem a investigação e que são requeridos pelo tema, os instrumentos operacionais para a busca às respostas requeridas pela indagação dessa pesquisa, e, a marca pessoal do pesquisador em articular teoria, métodos e achados (MINAYO, 2013).

Visando aproximar o instrumental teórico que fundamentou essa proposta à compreensão da realidade/objeto de estudo, optou-se pela eleição de uma pesquisa de natureza qualitativa, com abordagem exploratória e descritiva. A pesquisa qualitativa teve origem na Sociologia, mais especificamente na escola de Chicago, nos Estados Unidos da América (EUA), entre as décadas de 1920 e 1930. Em pouco tempo esse modo de pesquisar se disseminou para outros campos e disciplinas, como a saúde (DENZIN; LINCOLN, 2006).

O conceito de pesquisa qualitativa adquiriu diferentes significados ao longo de seu vasto trajeto histórico (tradicional, modernista, gêneros obscuros, etc.), porém, resumindo, consiste na atividade interpretativa dos pesquisadores em relação ao que enxergam, ouvem e compreendem. Portanto, dá visibilidade ao mundo a partir de um processo de interpretação do mundo natural e seus fenômenos (DENZIN; LINCOLN, 2006; CRESWELL, 2010b).

A abordagem descritiva, por sua vez, é a circunscrição de uma situação social utilizando-se de mecanismos de detalhamento preciso do contexto e do emprego de questionamentos do gênero: “o quê” e “como”. Já a abordagem exploratória possibilita a aproximação do pesquisador para com as pessoas e suas preocupações, fenômenos e contextos sociais, ou ainda, a determinação de impasses e bloqueios. Portanto, tem o objetivo de conhecer/explorar dados de uma situação desconhecida para embasamento de pesquisas explicativas mais desenvolvidas, *à posteriori* (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2012).

A opção em utilizar tais abordagens deve-se ao objetivo desta pesquisa. A abordagem descritiva propicia a identificação e o detalhamento da perspectiva dos participantes da pesquisa. E exploratória, pois se trata do conhecimento e exploração de um processo/fenômeno ainda inovador no campo científico e na prática em saúde, que é a integralidade no cuidado às PVHA no contexto da ABS.

5.1 Cenário do estudo

Na investigação qualitativa a coleta de dados ocorre no local onde os participantes vivenciam o problema de pesquisa, isto é, o ambiente natural. Portanto, coloca o pesquisador em contato direto com o vivido em interações face a face com os participantes (CRESWELL, 2010b; DESLAURIERS; KÉRISIT, 2012).

Sob essa perspectiva, optou-se pela condução desse estudo nos CS que compõem a ABS do município de Florianópolis, SC.

Florianópolis é a capital do estado de Santa Catarina, localizada na região sul do Brasil, com uma população estimada de 421.240 habitantes (BRASIL, 2016b). A situação sócio demográfica da cidade demonstra propriedades semelhantes a países desenvolvidos, onde o envelhecimento da população corre em ritmo acelerado, associado baixa taxa de fecundidade. Além disso, apresenta uma taxa de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,847 e um bom Produto Interno Bruto (PIB) per capita quando comparado a outras capitais brasileiras, onde mais de 80% das pessoas com mais de 10 anos recebem até 5 salários mínimos (FLORIANÓPOLIS, 2013a; BRASIL, 2016c).

A capital catarinense é uma cidade predominantemente urbana com uma taxa de homens e mulheres praticamente proporcionais, e com predominância da raça branca. Entretanto, as mulheres recebem 33% a menos que os homens no que diz respeito a remuneração salarial, enquanto os brancos recebem o dobro do que os negros. A taxa de analfabetismo, por sua vez, é baixa, sendo que 60% dos residentes acima de 10 anos possuem ao menos o segundo grau completo. E a taxa de favelização também é baixa, registrada em 3,4% da população total do município (FLORIANÓPOLIS, 2013a).

No que concerne os serviços públicos de saúde, Florianópolis se destaca pelos investimentos na Rede de Atenção Básica, o que a rendeu prêmios e posições de destaque na área (FLORIANÓPOLIS, 2013a). Um exemplo disso foi o desempenho no município no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em que Florianópolis foi considerada a capital brasileira com melhor desempenho (FLORIANÓPOLIS, 2015).

Atualmente a rede de ABS de Florianópolis possui atualmente 50 CS, distribuídos pelos cinco Distritos Sanitários de Saúde (Norte, Sul, Leste, Continente, Centro), atuando na modalidade da ESF e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), implementados pela Portaria Municipal nº 283/2007, com uma cobertura de 88,46% da população (FLORIANÓPOLIS, 2007; 2013a; 2013b). Nesta mesma Portaria ficou estabelecido que os CS são a porta de entrada preferencial da rede municipal de saúde, bem como, devem possuir equipe

multiprofissional mínima atuante, composta de: um médico (preferencialmente de família e comunidade), um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e de 5 a 12 ACS.

Entretanto, segundo dados da própria Secretaria Municipal de Saúde, observa-se que mais de 60% das equipes da ESF, atualmente, possuem excedente populacional. Além disso, a Média e Alta Complexidade também apresentam pontos de atenção, uma vez que têm mostrado tendência de piora no tempo médio de espera para as consultas especializadas e para marcação de exames (FLORIANÓPOLIS, 2013a).

As equipes de ESF desempenham, dentre muitas funções, a vigilância em saúde e o controle de doenças transmissíveis, como a infecção pelo HIV. Além disso, insere a atenção ao HIV/aids entre as ações programáticas para a Saúde do Adulto, realizando o cadastramento, visita domiciliar, consultas agendadas de forma prioritária, atendimento de urgência para livre demanda, visitas domiciliares, trabalho com grupos de educação em saúde e convivência, atividades educativas, entre outros (FLORIANÓPOLIS, 2007).

No ano de 2010, inclusive, Florianópolis tornou obrigatória a notificação dos casos de infecção pelo HIV, através da Portaria SS/GAB 0009/2010, além de prever a rotina de exames (CD4, CD8, carga viral), consultas e tratamento. Além disso, o diagnóstico está totalmente descentralizado, não mais se restringindo aos dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município (Distrito Sanitário Centro e Distrito Sanitário Continente), mas agora também nos CS (FLORIANÓPOLIS, 2012).

Quanto ao manejo da doença, o atendimento ainda permanece centrado nas Policlínicas municipais, com apoio das Unidades Dispensadoras de Medicamentos (DUM), localizada nas Policlínicas Centro e Continente. Apesar disso, as equipes da ESF já recebem capacitação para ações de diagnóstico precoce e manejo da infecção pelo HIV e, adesão ao tratamento na ABS, com vistas à descentralização da assistência à PVHA (FLORIANÓPOLIS, 2012).

Para a realização dessa pesquisa, devido ao grande número de CS no município, optou-se pela eleição de uma unidade por distrito sanitário, totalizando, portanto, cinco CS. Acredita-se que assim, além de viabilizar a coleta de dados no período pré-estabelecido para sua execução, obteve-se uma visão mais ampliada do fenômeno no município, sustentando-se no processo de generalização analítico-teórica para pesquisas qualitativas, defendido por Pires (2012).

Inicialmente, a escolha se daria pelos CS com o maior número de casos de HIV/aids notificados no distrito correspondente. Entretanto,

após contato com a Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis, foi esclarecido que o processo de geo-referenciamento desses dados ainda está em andamento, impossibilitando essa opção.

Portanto, os CS definidos para a pesquisa foram eleitos em consideração a quantidade de equipes de ESF atuantes. Ou seja, priorizou-se os CS que possuíam maior número de equipes de ESF, em cada distrito sanitário. Sendo assim, os CS que compuseram o cenário desta pesquisa são: CS Monte Cristo (localizado no Distrito Sanitário Continente, com cinco equipes de ESF), CS Agrônômica (localizado no Distrito Sanitário Centro, com quatro equipes de ESF), CS Saco Grande (localizado no Distrito Sanitário Leste, com seis equipes de ESF), CS Ingleses (localizado no Distrito Sanitário Norte, com seis equipes de ESF) e CS Tapera (localizado no Distrito Sanitário Sul, com quatro equipes de ESF).

5.2 Participantes do estudo

A pesquisa qualitativa caracteristicamente recorre a uma amostra, ou população, para obtenção de dados (PIRES, 2012). Entretanto, diferencia-se por não constituir uma amostra probabilística, mas sim intencional, isto é, em função das características precisas que se pretende analisar (CRESWELL, 2010b; DESLAURIERS; KÉRISIT, 2012; MINAYO, 2013).

Portanto, é importante privilegiar os informantes sociais que detêm os atributos que o pesquisador pretende explorar, ou seja, sobre o qual recai a pergunta central da pesquisa (MINAYO, 2013). Nesse sentido o participante é percebido como um informante-chave, pois além de se expressar sobre suas próprias percepções e condutas, ele também disserta sobre os componentes do grupo ou do fenômeno a qual faz parte (POUPART, 2012).

Para que se alcançassem os objetivos propostos para essa pesquisa, os participantes foram os enfermeiros que atuam nos CS de Florianópolis, componentes da ABS.

Sendo assim, os critérios de inclusão foram: atuar como enfermeiro assistencial ou coordenador nos CS de Florianópolis por mínimo seis meses em relação a data de coleta de dados. Acredita-se que um período menor que seis meses não é suficiente para que o profissional possa vivenciar, identificar e refletir acerca das situações que envolvam a integralidade na atenção às PVHA através do recorte da ABS, e; atuar como residente de enfermagem em Saúde da Família nos

CS de Florianópolis há mais de seis meses em relação a data de coleta de dados.

E como critério de exclusão, definiu-se: enfermeiros com menos de seis meses de experiência como enfermeiro assistencial ou coordenador de CS, na rede ABS de Florianópolis, e; enfermeiros que não estão desenvolvendo suas atividades regularmente no CS por um período superior a dois meses, em decorrência de afastamentos de qualquer natureza. Uma vez que esses profissionais não estão vivenciando intimamente as questões que envolvem a atenção às PVHA e a integralidade na perspectiva da ABS.

Estimou-se, inicialmente, que a amostra poderia chegar a até 25 enfermeiros, aproximadamente (levando-se em consideração a quantidade máxima de indivíduos dessa categoria profissional que poderiam estar em pleno exercício nos CS eleitos para essa pesquisa), embora na pesquisa qualitativa se priorize a profundidade da coleta e análise dos dados, muitas vezes em detrimento do número de informantes que potencialmente irão compor a população de estudo (MINAYO, 2013).

Quanto ao fechamento da coleta de dados, este foi definido a partir do critério de saturação empírica. Isto é, quando as fontes de dados não trazem mais informações suficientemente novas ou diferentes que possam justificar a continuação da coleta de dados (PIRES, 2012).

A fim de transparecer a técnica de fechamento por saturação empírica, utilizou-se uma estratégia de tratamento dos dados que permite aos leitores constatarem como se deu a saturação dessas fontes, proposta por Fontanella et al. (2011). Vale salientar que essa técnica é de particular interesse para quem desenvolve pesquisas que estudam aspectos da atenção em saúde (promoção, prevenção, assistência, etc.) considerando as perspectivas dos sujeitos envolvidos no processo, como é o caso deste estudo (FONTANELLA et al., 2011).

Essa estratégia de constatação da saturação de dados se desenvolve a partir de oito passos: disponibilização dos registros de dados “brutos”, imersão em cada registro, compilação das análises individuais, reunião de temas/tipos de enunciados para cada pré-categoria/nova categoria, codificação ou nominação dos dados, alocação dos temas e tipos de enunciados em uma tabela, constatação da saturação para cada pré-categoria/nova categoria, e, “visualização” gráfica da saturação (FONTANELLA et al., 2011).

Para fins dessa pesquisa, foram utilizados todos os passos indicados da técnica, com exceção da segunda etapa (compilação das análises individuais), uma vez que é requerida para pesquisas

conduzidas por muitos investigadores ou analistas de dados, o que não é o caso do presente estudo.

Vale salientar que a aproximação inicial com o cenário de estudo ocorreu por meio de contato telefônico entre pesquisadora e coordenador do CS. Após, era agendado um encontro pessoal entre ambos onde foram expostos os objetivos da pesquisa e a forma com que a mesma seria conduzida. E só então os enfermeiros assistenciais eram contactados, pessoalmente, pela pesquisadora e pelo coordenador do CS, onde eram explicitados novamente os objetivos da investigação, os motivos para a realização da mesma, a justificativa da escolha do entrevistado, e, a garantia do confidencialidade do participante.

Durante o processo de coleta de dados evidenciou-se que a população elegível para o estudo era de 21 enfermeiros, sendo que destes 16 participaram da pesquisa, com entrevistas de duração média de 30 minutos. Dentro os cinco enfermeiros que não foram entrevistados, três recusaram-se a participar alegando sobrecarga de trabalho no momento de coleta de dados e a impossibilidade de agendar a entrevista em horário extra turno de trabalho. E dois enfermeiros não precisaram ser contactados, pois foi alcançado a saturação teórica dos dados.

No que diz respeito ao perfil dos participantes da pesquisa, os dados foram sumarizados e apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa, Florianópolis, 2015.

Identificação	Sexo	Idade	Cargo ocupado	Tempo de formação	Tempo de atuação no cargo
E1	F	24 anos	Residente em enfermagem	1 ano	1 ano
E2	F	54 anos	Enfermeira assistencial	32 anos	14 anos
E3	F	31 anos	Enfermeira assistencial	7 anos	2 anos
E4	F	31 anos	Enfermeira coordenadora de CS	9 anos	1 ano
E5	F	41 anos	Enfermeira assistencial	14 anos	10 anos
E6	F	31 anos	Enfermeira assistencial	7 anos	1 ano
E7	F	35 anos	Enfermeira assistencial	9 anos	7 anos
E8	M	43 anos	Enfermeiro coordenador de CS	8 anos	5 anos
E9	F	43 anos	Enfermeira assistencial	21 anos	6 anos
E10	F	24 anos	Enfermeira assistencial	2 anos	6 meses
E11	M	27 anos	Enfermeiro assistencial	5 anos	3 anos
E12	F	52 anos	Enfermeira assistencial	30 anos	10 anos
E13	F	33 anos	Enfermeira assistencial	11 anos	1 ano
E14	F	44 anos	Enfermeira assistencial	21 anos	13 anos
E15	F	32 anos	Enfermeira coordenadora de CS	8 anos	3 anos
E16	F	32 anos	Enfermeira assistencial	7 anos	7 meses

Fonte: a autora, 2016.

5.3 Coleta de dados

Para a realização da coleta de dados optou-se pela utilização de entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros elegíveis para a pesquisa.

A entrevista é utilizada a fim de que se construam e colem informações pertinentes ao objeto de estudo, bem como, de outros temas relacionados aos objetivos da pesquisa (MINAYO, 2013). A entrevista é utilizada tanto para obtenção de dados objetivos ou primários, que poderiam ser alcançados de outras formas que não só a entrevista (censos, estatísticas, etc.), ou ainda, de dados ditos subjetivos ou secundários, isto é, aqueles que são primordialmente obtidos através das entrevistas, uma vez que envolvem tópicos pessoais, como: valores, atitudes, opiniões, crenças, sentimentos, condutas, projeções para o futuro, etc (BONI; QUARESMA, 2005; MINAYO, 2013).

O emprego da entrevista em pesquisa qualitativa, para além das questões de método, acarreta em diferentes concepções de ciência, uma vez que se constrói sobre três argumentos principais: epistemológico, ético-político, e, metodológico (POUPART, 2012).

No que diz respeito aos preceitos epistemológicos, a entrevista qualitativa faz-se necessária para a “exploração em profundidade das perspectivas de atores sociais”, resultando em uma larga “apreensão e compreensão das condutas sociais”. Ao argumento ético-político destaca-se a possibilidade de identificar e compreender os dilemas internos enfrentados por esses atores. Ao passo que o argumento metodológico explana a utilização de uma modalidade (a entrevista) de coleta de dados que privilegia a experiência dos atores (POUPART, 2012, p. 216).

Portanto, a opção pela modalidade de entrevista, como estratégia de coleta de dados dessa pesquisa, se deu pela natureza do estudo (qualitativo) e pelo objetivo de compreender a perspectiva dos atores (enfermeiros) envolvidos numa conduta social (cuidar em saúde às PVHA na ABS). Uma vez que, a entrevista é indispensável para apreender a experiência dos participantes, para elucidar suas condutas, para identificar e compreender o sentido que os atores sociais conferem as suas ações, e por último, para “coletar informações’ sobre as estruturas e o funcionamento de um grupo, instituição” (POUPART, 2012, p. 222)

A entrevista semiestruturada, por sua vez, diferencia-se de outras estratégias dentro do grande ramo de entrevista, por ter o claro apoio de um roteiro de perguntas, porém, sem limitar-se ao mesmo (MINAYO, 2013). Portanto, a entrevista semiestruturada facilita e assegura a abordagem direcionada ao objeto de estudo e seus pressupostos, pois o

entrevistador mantém-se atento para dirigir a discussão ao assunto que lhe interessa, fazendo inclusive perguntas adicionais não previstas no roteiro (BONI; QUARESMA, 2005; MINAYO, 2013).

Portanto, as entrevistas semiestruturadas desse estudo (Apêndice A) combinaram perguntas abertas e fechadas que abordaram questões temáticas, como: o cuidado às PVHA na ABS, o matriciamento entre SAE e ABS, o processo de referenciamento e a integralidade no cuidado à PVHA na ABS. Foram realizadas pela própria pesquisadora, entre março e agosto de 2015. Vale salientar ainda que o instrumento de coleta de dados (Apêndice A) sofreu modificações logo na primeira entrevista, a partir da qual foram acrescentadas as questões 6, 6.1 e 6.2., que dizem respeito ao manejo do HIV/aids na ABS.

As entrevistas foram realizadas de forma concomitante a análise dos dados, no local de trabalho os enfermeiros e em um espaço reservado, a fim de não ocorrer interrupção durante o encontro. Sendo que, optou-se pela realização de um único encontro com cada participante.

Durante as entrevistas foi utilizado um gravador de voz digital, após a permissão do entrevistado, a fim de auxiliar no processo de coleta dados, bem como, com vistas a garantir a fidedignidade às falas a partir da transcrição das informações coletadas.

5.4 Análise dos dados

A análise em pesquisa qualitativa envolve a identificação, descrição, compreensão e interpretação de um material objetivando penetrar em seu significado mais profundo e amplo. Portanto, trata-se de um processo contínuo de reflexão sobre os dados que busca aumentar o seu volume, densidade e complexidade (CRESWELL, 2010b; GIBBS, 2009; MINAYO, 2013).

A primeira etapa de uma análise qualitativa compreende a organização e preparação dos dados, e isso envolve a transcrição das entrevistas (CRESWELL, 2010b). As transcrições das entrevistas dessa pesquisa foram feitas pela própria pesquisadora, na íntegra, imediatamente após o encontro com o entrevistado.

A transcrição da entrevista pelo próprio pesquisador oferece a oportunidade de iniciar uma pré-análise dos dados, bem como, levantar novas questões para pesquisa, ou ainda, corrigir erros do instrumento e/ou posturas inadequadas do pesquisador/entrevistador durante a entrevista (GIBBS, 2009).

A segunda etapa consiste na aproximação teórica com os dados através da leitura do material transcrito. Nesse momento é possível “obter uma percepção geral das informações e refletir sobre o seu significado global” (CRESWELL, 2010b, p. 219). Etapa essa que foi conduzida nessa pesquisa à medida que as entrevistas forem transcritas.

Ao passo que foram conduzidas a primeira e segunda etapa da análise do material empírico, foi desenvolvida a técnica de constatação da saturação empírica dos dados proposta por Fontanella et al. (2011), a fim de delimitar o momento de conclusão da coleta dos dados. Portanto, após 16 entrevistas constatou-se a discussão de 63 diferentes enunciados divididos em quatro temas, conforme Apêndice B.

A terceira etapa, por sua vez, é o início da análise detalhada, que se dá através da codificação dos dados (CRESWELL, 2010b).

Para organização dos dados analisados foi utilizado um *software* de análise de dados qualitativos, denominado QSR Nvivo, versão 10. Essa ferramenta possibilita a reunião, organização e análise do conteúdo das entrevistas, facilitando o processo de codificação e comparação dos dados (QSR INTERNACIONAL PTY LTDA, 2014). Concomitantemente realizou-se a categorização e subcategorização dos códigos, que foram construídos a partir da interface entre as proposições dessa pesquisa e o conteúdo que emergiu das entrevistas, também com auxílio do *software* QSR Nvivo, versão 10.

Além disso, foi realizada a composição de uma estrutura interpretativa dos dados, obtida por meio da discussão dos dados empíricos (entrevistas), da interface com a literatura existente, e, através de um íntimo diálogo com o referencial teórico da pesquisa.

Para tanto, foi utilizado a análise comparativa, método este proposto por Strauss e Corbin (2008), com base nos procedimentos para o desenvolvimento da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A análise comparativa, como o próprio nome sugere, faz comparações, não só de incidentes, com a finalidade de classificá-los, mas comparações teóricas que visam estimular a reflexão sobre as propriedades e dimensões dos significados. Fazer comparações teóricas tem a função de dirigir a amostragem teórica e afastar o pesquisador do simples ato de descrever os detalhes específicos de cada caso, conduzindo-o a um pensamento mais abstrato sobre um significado/incidente/ação/fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A utilização desse método prevê ainda a obtenção de uma perspectiva diferente sobre um fato/objeto/ação/fenômeno/significado, e, ao final da análise, as explicações teóricas do analista são mais densas

e completas, uma vez que este explorou as diversas propriedades e dimensões não evidentes *à priori* (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A opção pela utilização desse método de análise se deu pelas propriedades anteriormente descritas, à saber, a exploração de diferentes perspectivas de um significado/fenômeno, que se constrói nesse trabalho como a “integralidade”, permitindo a elucidação de propriedades e dimensões que evidenciam uma compreensão mais densa e completa do objeto de estudo, logo, enriquecendo o processo de análise e discussão. Isso porque a integralidade é um agregado semântico de muitas possibilidades e interpretações, e que se constrói não só a partir das bases políticas instituídas pelo SUS, mas principalmente a partir dos atores sociais envolvidos no processo de produção de saúde.

Por fim, após diversas idas e vindas às entrevistas na tentativa de delimitar os temas centrais de discussão, elegeram-se seis categorias, divididas em dois diferentes manuscritos. Porém, devido a densidade teórica das falas, foi necessária uma nova redução para um total de cinco categorias, sendo que duas estavam relacionadas a primeira pergunta de pesquisa desse estudo (“Como acontece o cuidado em HIV/aids na Atenção Básica de Florianópolis, Santa Catarina?”), e as outras três categorias relacionavam-se a segunda pergunta de pesquisa (Qual é a percepção dos enfermeiros acerca da integralidade no cuidado à pessoa com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina?”).

5.5 Considerações éticas

As questões éticas devem permear todo o processo de pesquisa, seja ele quanti ou qualitativo. No que concerne à pesquisa qualitativa, o princípio ético afeta mais diretamente o processo de planejamento e coleta de dados. Além disso, devido ao caráter pessoal do dado, é necessário que os pesquisadores tenham sensibilidade para como os danos e possíveis incômodos que possam emergir de seu trabalho junto aos participantes (GIBBS, 2009).

Visando preservar os preceitos éticos de pesquisa, respeitou-se a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional em Saúde (CNS) e que regula as pesquisas envolvendo seres humanos em território nacional (BRASIL, 2013g).

Esse projeto de pesquisa foi submetido à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) para qualificação e aprovação, realizada em 11 de dezembro de 2014.

Foi também encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, mais especificamente à Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, para autorização da condução da pesquisa nos seus serviços, e teve parecer positivo emitido em 05 de março de 2015.

Além disso, essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, via Plataforma Brasil, obtendo também parecer positivo na data de 27 de fevereiro de 2015, sob o nº 966.976, Anexo 1.

E, somente após a aprovação dos órgãos supracitados é que se deu a entrada no campo de pesquisa e o primeiro contato com os possíveis participantes, onde foram explicitados, resumidamente, os objetivos da pesquisa, os motivos para realização da mesma, os objetivos da entrevista, a justificativa de escolha do entrevistado, e, a garantia do sigilo.

Além disso, antes do início das entrevistas, foi solicitado que os participantes expressassem o aceite voluntário em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), em duas vias, sendo uma entregue aos participantes e outra mantida com o pesquisador.

Já as gravações de áudio das entrevistas foram apagadas após transcrição e análise, a fim de preservar o sigilo e a confidencialidade dos participantes. As transcrições, por sua vez, ficarão em posse do pesquisador por um período de cinco anos, guardadas em local de acesso restrito, para possíveis esclarecimentos e ajustes nos processos de publicação subsequentes, porém, após esse período, serão destruídas.

A confidencialidade dos participantes também foi garantida através da omissão do nome dos respondentes, optando-se por utilizar um código identificador composto da letra “E”, de entrevistado, seguido do número da ordem da entrevista.

A devolutiva aos participantes dos resultados encontrados na pesquisa será realizada através da submissão de artigos em meio científico e a apresentação dos resultados e análise desses, por meio do envio de uma cópia da dissertação a cada CS que recebeu a pesquisa.

6 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em forma de dois manuscritos, conforme Instrução Normativa 10/PEN/2011, que dispõe sobre os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem.

Sendo assim, serão apresentados os seguintes manuscritos:

- a) Manuscrito I: O cuidado à Pessoa que Vive com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde, a ser submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública, classificada como periódico A2 na área da Enfermagem, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).
- b) Manuscrito II: A integralidade no cuidado à Pessoa que Vive com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde, a ser submetido à Revista de Saúde Pública, classificada como periódico A2 na área da Enfermagem, pela CAPES.

6.1 Manuscrito I

O CUIDADO À PESSOA QUE VIVE COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Aline Daiane Colaço⁴

Betina Hörner Schlindwein Meirelles^{**}

RESUMO

Objetivou compreender o processo de cuidado à pessoa com HIV/aids, na Atenção Básica à Saúde de Florianópolis. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada nos Centros de Saúde da cidade, no período de março a agosto de 2015. Contou com a participação de 16 enfermeiros através da realização de entrevistas semiestruturadas, que após foram analisadas por meio da análise comparativa. Os resultados foram descritos em duas categorias: O encontro intersubjetivo frente a vulnerabilidade pelo HIV/aids, e, Acolhendo necessidades e formulando ações frente a realidade. Concluiu-se a necessidade de implementação do manejo do HIV/aids na Atenção Primária, e que as fragilidades devem ser superadas a partir da implementação de um fluxo de atendimento formal, firmando processos gerenciais e educação permanente dos profissionais. Logo, ampliando e qualificando a atenção em HIV/aids, com importantes contribuições do enfermeiro na perspectiva da integralidade do cuidado no processo de viver com HIV/aids.

Palavras-chave: HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Atenção Básica a Saúde. Cuidado. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Desde o aparecimento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na década de 1980, milhares de pessoas ainda são infectadas todo ano pelo vírus (UNAIDS, 2013). No Brasil registraram-se 798.366 mil

⁴Enfermeira. Especialista em Alta Complexidade em Saúde. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: aline.colaco216@gmail.com

^{**}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: betinahsm@ig.com.br

casos de aids desde o início da epidemia, e, 290.929 óbitos tendo como causa básica a aids. Atualmente estima-se que aproximadamente 781 mil pessoas vivem com a doença, ou seja, 0,39% da população brasileira. Embora o país apresente estabilização das suas taxas de detecção nos últimos dez anos, houve um significativo aumento de casos novos entre jovens de 15 a 19 anos (triplicando o número de casos) e 20 a 24 anos (duplicando o número de casos), demonstrando, portanto, a magnitude da infecção para os serviços de saúde (BRASIL, 2015).

Com taxas de notificação de prevalência e incidência estáveis, a doença assumiu características de uma condição crônica, com um controle terapêutico facilitado e mais acessível às Pessoas que Vivem com HIV/aids (PVHA) (LÓPEZ et al., 2014). E como tal, o cuidado em HIV/aids requer um olhar diferenciado para a questão, suscitando uma abordagem integral, de coordenação de serviços e de enfoque na Atenção Básica à Saúde (ABS) (OMS, 2014).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde do Brasil (2014a, 2014b) lançou um manual para implementação do manejo da infecção pelo HIV na ABS e tem promovido a divulgação de práticas exitosas de manejo da doença no nível primário, apontando para uma mudança no modelo de atenção, até então centrado nos Serviços de Atenção Especializada (SAE).

Os estudos conduzidos acerca do cuidado em saúde no nível básico de atenção ainda são incipientes. Porém, já evidenciam que essa reorganização do modelo de atenção propicia oportunidades para a detecção e tratamento precoce, a condução de estratégias de retenção das PVHA nos serviços e, conseqüentemente a redução da vulnerabilidade em HIV/aids, através das ações de prevenção, Promoção da Saúde e também por meio das ferramentas tecnológicas de cuidado próprios da ABS, como a busca ativa e a visita domiciliar (AUGUSTÍA et al., 2012; HIGA et al., 2012; OMS, 2014; SILVA; VAL; NICHATA, 2010).

Apesar disso, há dificuldades tocantes na instrumentalização dessa atenção, como: o nível de formação dos profissionais no campo do HIV/aids, o risco de ruptura da confidencialidade e os problemas gerenciais da ABS, à saber: excesso de demanda, déficit de recursos humanos e dificuldades de articulação na Rede de Atenção (LÓPEZ et al., 2014).

Portanto, a fim de elucidar como esse cuidado às PVHA acontece na realidade da rede de ABS no Brasil, suas potencialidades e fragilidades, buscou-se investigar a temática a partir da ótica dos enfermeiros que atuam na rede de ABS de Florianópolis, considerada a

capital brasileira com melhor desempenho no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (FLORIANÓPOLIS, 2015).

Sendo assim, esta pesquisa teve por objetivo “*compreender o processo de cuidado às Pessoas que Vivem com HIV/aids, na Atenção Básica à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina*”. Acredita-se que através desse objetivo é possível refletir e contribuir para o processo de implementação e aprimoramento de condutas para manejo terapêutico do HIV/aids na ABS.

2 MÉTODO

Esta pesquisa trata-se de uma investigação qualitativa, exploratória e descritiva, realizada nos Centros de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina (SC), distribuídos pelos cinco Distritos Sanitários que compõe a rede municipal de saúde da cidade.

Os participantes do estudo foram selecionados entre os enfermeiros que atuavam nos cinco Centros de Saúde, sendo selecionado um de cada Distrito Sanitário, e que cumpriram com o critério de inclusão propostos: possuir seis meses de experiência em relação a data de coleta dos dados na atuação como enfermeiro assistencial, enfermeiro coordenador de Centro de Saúde ou residente de enfermagem em Saúde da Família, e; como critério de exclusão: enfermeiros que não estão desenvolvendo suas atividades regularmente no Centro de Saúde por um período superior a dois meses, em relação a data de coleta dos dados, em decorrência de afastamentos de qualquer natureza, perfazendo um total de 25 possíveis participantes.

O número de participantes foi estabelecido a partir do critério de saturação empírica. A fim de transparecer esse critério foi utilizado uma estratégia de tratamento dos dados que permite a constatação da saturação das fontes, proposta por Fontanella et al. (2011). Vale salientar que essa proposta se desenvolve através de oito passos: disponibilização dos registros de dados “brutos”, imersão em cada registro, compilação das análises individuais, reunião de temas/tipos de enunciados para cada pré-categoria/nova categoria, codificação ou nomenclatura dos dados, alocação dos temas e tipos de enunciados em uma tabela, constatação da saturação para cada pré-categoria/nova categoria, e, “visualização” gráfica da saturação (FONTANELLA et al., 2011).

Nessa estratégia os autores orientam que a saturação deve ser considerada somente após a consecução de três entrevistas sem evidência de novos enunciados (FONTANELLA et al., 2011). Sendo

assim, após aplicação do método evidenciou-se a saturação de dados ocorreu na 16ª entrevista, após o desenvolvimento de 63 diferentes enunciados, conforme se verifica no Quadro 1.

Quadro 1- Distribuição da frequência dos enunciados, Florianópolis, 2015.

Ordem da entrevista	Enunciados reproduzidos	Novos enunciados
1ª entrevista	0	29
2ª entrevista	24	5
3ª entrevista	31	7
4ª entrevista	27	1
5ª entrevista	29	11
6ª entrevista	31	3
7ª entrevista	27	2
8ª entrevista	25	0
9ª entrevista	38	0
10ª entrevista	27	2
11ª entrevista	30	2
12ª entrevista	38	0
13ª entrevista	32	1
14ª entrevista	26	0
15ª entrevista	23	0
16ª entrevista	16	0
Total de enunciados novos		63

Fonte: as autoras, 2015.

Os dados foram coletados no período de março a agosto de 2015 através de entrevistas semiestruturadas que abordaram questões temáticas, como: o cuidado às PVHA na ABS, o matriciamento entre SAE e ABS, o processo de referenciamento e contra referenciamento, e, a integralidade no cuidado à PVHA na ABS. Esse instrumento utilizado foi previamente validado junto a um profissional que cumpria com os

critérios dessa pesquisa, bem como, contou também com a avaliação e sugestão de mestrandos do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Os encontros para coleta de dados foram realizados no local de trabalho dos profissionais, tiveram duração média de 30 minutos e foram gravados em áudio e posteriormente transcritos na íntegra, no programa de edição de textos Microsoft Word® versão 2010, pelos pesquisadores.

Para a análise dos dados coletados foi utilizado a análise comparativa, segundo Strauss e Corbin (2008). Esse método sugere a condução de comparações não só de incidentes com a finalidade de classificá-los, mas comparações teóricas que visam estimular a reflexão sobre as propriedades e dimensões dos significados. E para organização e codificação dos dados analisados foi utilizado o *software* de análise de dados qualitativos e mistos QSR Nvivo®, versão 10.

Os participantes e suas falas foram identificados ao final de cada trecho correspondente com a letra “E” (entrevistado), seguido do número correspondente a ordem da entrevista, preservando assim, a confidencialidade dos participantes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, sob o parecer n. 966.976, cumprindo todos os preceitos éticos previstos pela Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

3 RESULTADOS

Dos 16 enfermeiros participantes desta pesquisa, dois atuavam como enfermeiros coordenadores do Centro de Saúde, uma como Residente de Enfermagem em Saúde da Família e os demais como enfermeiros assistenciais da Estratégia da Saúde da Família (ESF). O Quadro 2 traz mais algumas informações referentes a caracterização dos entrevistados, como idade, sexo, tempo de atuação no cargo e o maior grau de formação complementar.

Quadro 2- Caracterização dos participantes da pesquisa, Florianópolis, 2015.

Identificação	Sexo	Idade	Atuação no cargo	Especialização	Mestrado
E1	F	24 anos	1 ano	Não	Não
E2	F	54 anos	14 anos	Sim	Não
E3	F	31 anos	2 anos	Sim	Sim
E4	F	31 anos	1 ano	Sim	Sim
E5	F	41 anos	10 anos	Sim	Não
E6	F	31 anos	1 ano	Sim	Não
E7	F	35 anos	7 anos	Sim	Não
E8	M	43 anos	5 anos	Sim	Não
E9	F	43 anos	6 anos	Sim	Não
E10	F	24 anos	6 meses	Sim	Não
E11	M	27 anos	3 anos	Sim	Não
E12	F	52 anos	10 anos	Sim	Sim
E13	F	33 anos	1 ano	Sim	Não
E14	F	44 anos	13 anos	Sim	Não
E15	F	32 anos	3 anos	Não	Não
E16	F	32 anos	7 meses	Não	Não

Fonte: as autoras, 2015.

As entrevistas realizadas originaram duas categorias principais com suas respectivas unidades temáticas formadas a partir das falas dos participantes, que serão apresentadas a seguir: O encontro intersubjetivo frente a vulnerabilidade pelo HIV/aids, e, Acolhendo necessidades e formulando ações frente a realidade .

3.1 O encontro intersubjetivo frente a vulnerabilidade pelo HIV/aids

A chegada das PVHAS na ABS acontece de duas formas, seja buscando o diagnóstico e a atenção específica à infecção pelo HIV/aids, seja quando o diagnóstico já é conhecido pelo indivíduo e a sua procura pelo Centro de Saúde não tem relação direta com o quadro de infecção, mas sim, outras necessidades em saúde.

As pessoas, elas chegam até a unidade de duas maneiras, assim: para o diagnóstico ou com o diagnóstico. (E03).

Especificamente a chegada do indivíduo para o diagnóstico ainda gera bastante ansiedade nos profissionais, uma vez que é um momento de fragilização do usuário diante do impacto do conhecimento do diagnóstico, bem como, de sofrimento para o profissional.

E, nem sempre é fácil dar uma má notícia. Ser o carregador de uma má notícia é cruel às vezes, né? Então, eu tenho que estar bem (E05).

Isso porque a infecção pelo HIV ainda está envolta por estigma e preconceito na sociedade, sendo o diagnóstico encarado como uma “sentença letal”.

Ainda tem muito estigma e o preconceito: “tá, eu tenho HIV, eu vou morrer, né?”. É taxado de morte, né? E aí isso gera muito medo nas pessoas (E01).

Portanto, é comum o relato de medo e o desejo de manutenção do sigilo quanto ao diagnóstico. E esse sigilo leva muitas vezes o usuário a não buscar atendimento em saúde no Centro de Saúde mais próximo de sua casa, por medo da revelação, uma vez que essa equipe está inserida na realidade da comunidade.

Então, tem muitos pacientes que não preferem vir na unidade de saúde, que preferem ir no infecto, que é mais longe da casa (E06).

Sendo assim, é de suma importância que o profissional da ABS adote uma atitude acolhedora diante do indivíduo, que demonstre empatia pelo sujeito e que estabeleça vínculo a fim de promover um melhor acompanhamento dessa pessoa, esclarecendo dúvidas e fortalecendo seu papel nessa relação.

Eu sei que eu vou dar uma má notícia que realmente vai mudar a vida daquela pessoa (E05). Então, ele precisa se sentir acolhido quando ele

chegar na unidade. [...] Ele precisa ter o vínculo com a equipe (E06).

Evidencia-se que o encontro entre profissional e PVHA é difícil para ambos, seja pelo impacto da doença ou pela própria capacidade pessoal/profissional de estabelecer uma comunicação terapêutica nessa situação. Portanto, a promoção de uma relação próxima e de confiança é essencial para a superação das fragilidades no processo de cuidar.

3.2 Acolhendo necessidades e formulando ações frente a realidade

O discurso mais presente nas falas dos entrevistados foi a inexistência de um fluxo formal para o acompanhamento das PVHA na ABS. Foram levantadas fragilidades decorrentes disso, sendo que os profissionais também afirmaram que a inexistência do fluxo reflete-se na proposição de um cuidado centrado nas pessoas e suas necessidades.

... Mas, não existe assim um fluxo formal (E12). Cada caso é um caso. Não tem um cuidado específico. É centrado na pessoa mesmo (E07).

Apesar na inexistência de um fluxo formal para o acompanhamento, a atuação dos profissionais demonstra um perfil de engajamento e proximidade com as PVHA, por meio das tecnologias de trabalho da ABS.

Eu faço esse acompanhamento mais de perto, eu corro atrás... Eu marco retorno na unidade, faço visita domiciliar, ligo pra pessoa, peço auxílio dos demais membros, como os técnicos, enfim... (E02).

Quanto às características dessa atenção, os enfermeiros destacaram as ações para sensibilização, orientações acerca da doença e seu enfrentamento, bem como acompanhamento da adesão à terapêutica.

A gente faz esse trabalho mais no sentido de sensibilizar, orientar sobre a prevenção da contaminação, da vida em sociedade, de como encarar isso (E02). Assim, o que a gente faz mais é ver se o paciente aderiu ao tratamento (E15).

Entretanto, também destacaram que a atenção em HIV/aids ainda é médico-centrada e a atuação dos enfermeiros é pouco percebida, tanto em termos práticos quanto teóricos.

Passa mais pelo atendimento médico, né? (E09). Existe o protocolo do Ministério sobre doença sexualmente transmissível, mas assim, eu não vejo

muito a participação do enfermeiro nele, nem na realidade que a gente vivencia aqui (E11).

Estes dados apontam que, embora existam protocolos e diretrizes ministeriais para atenção em HIV/aids na ABS, inexistem um fluxo e uma sistematização do atendimento, levando o profissional a atender às necessidades das pessoas e desenvolver o seu cuidado com o que tem disponível, em cima das queixas/problemas, na perspectiva de garantir este cuidado.

DISCUSSÃO

O acesso das PVHA ao cuidado na ABS acontece de duas formas distintas, seja com o diagnóstico já conhecido e com demandas de saúde que não se referem diretamente ao HIV/aids, ou seja para o diagnóstico da infecção.

Acredita-se que a busca do serviço na Atenção Primária para outras demandas de saúde, que não o cuidado na infecção pelo HIV, deve-se às características da atenção em HIV/aids no Brasil, uma vez que esse cuidado ainda permanece centralizado no SAE, portanto, as relações de vínculo e empatia das PVHA estão associadas às equipes do serviço secundário, e não à equipe da ABS.

Além disso, a lógica de atuação na ABS é ainda muito voltada para os programas como Hiperdia, a Puericultura e a atenção à Saúde da Mulher, principalmente no que diz respeito à prevenção do câncer de colo de útero. Aliado a isso, a ABS ainda não assumiu oficialmente um fluxo de atendimento às demandas da infecção pelo HIV, contribuindo também para o não reconhecimento desse espaço com um receptor para as demandas em relação ao HIV/aids.

Portanto, a comunidade não percebe os Centros de Saúde como receptores das demandas em HIV/aids. E essa evidência torna-se importante quando se percebe que a busca por atendimento nos SAE ainda ocorre, principalmente, por iniciativa do próprio indivíduo, ou por indicação de terceiros, em contrapartida ao encaminhamento formal realizado pelos serviços de saúde (FERREIRA; SILVA, 2012). Isso pode resultar em subnotificação dos casos de HIV, não implementação do manejo clínico dos casos diagnosticados, e, baixa adesão terapêutica à TARV.

Logo, é essencial que a ABS passe a ser percebida como um serviço de entrada também para as questões relacionadas ao HIV/aids, uma vez que “pensar em HIV” deve ser uma agenda estratégica para quem ali trabalha (FERREIRA; SILVA, 2012). Salienta-se ainda, que é

competência da ABS a realização de testes rápidos para a detecção de HIV, na perspectiva de ampliar o acesso ao diagnóstico. Bem como, deve-se ponderar que o diagnóstico e tratamento tardio tem implicação direta na qualidade de vida das PVHA e, portanto, a implementação do teste rápido nos Centros de Saúde, como também o manejo terapêutico da doença, pode ser uma ferramenta imprescindível para a saúde das PVHA.

Então, faz-se necessário um projeto ampliado que dê suporte a qualificação do cuidado às PVHA na ABS. E, como ponto de partida para essa discussão, ressalta-se a importância da promoção de uma relação de vínculo e confiança, que se intensifica no momento da revelação do diagnóstico.

Nos resultados do estudo foi possível evidenciar que os enfermeiros percebem o momento da revelação do diagnóstico como uma ocasião geradora de grande ansiedade para ambos os sujeitos (profissional e PVHA), o que nos leva a inferir que tal perspectiva tenha relação direta com o estigma que a doença ainda provoca e pela representação social da mesma, e, a necessidade de preparo do profissional para agir nesse momento.

No surgimento da epidemia da aids ocorreu uma forte associação da doença aos ditos grupos de risco (usuários de drogas injetáveis, homossexuais e profissionais do sexo) e aos comportamentos desviantes, como a promiscuidade (VILLARINHO, 2012). Além disso, o medo do contágio, associado ao desconhecimento dos mecanismos de transmissão do vírus, suscitavam e ainda suscitam forte discriminação, o que desafia o cotidiano das PVHA (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

Portanto, o momento do diagnóstico é encarado como uma experiência de grande incerteza e insegurança pelo porvir, até mesmo de grande trauma (MALISKA, 2012; VILLARINHO, 2012). Embora a infecção pelo HIV/aids, quando bem manejado clinicamente, apresente ótimas perspectivas de qualidade de vida e muitos anos de sobrevida, diferente do que aconteceu no início da epidemia, ainda é um diagnóstico irreversível e estigmatizante (SANTOS et al., 2013). Logo, os profissionais percebem-se vulneráveis diante dessa situação e expressam a necessidade de preparo emocional para conduzir o momento da revelação da soropositividade, ou ainda, da revelação da má notícia.

A má notícia é valorada como tal porque corresponde aos sentimentos que o dito provoca nos sujeitos envolvidos, e as relações sociais e culturais que os circundam, logo, possui correspondência ao

significado do momento da revelação do diagnóstico de infecção pelo HIV. A revelação da má notícia, embora seja uma tarefa complexa e difícil, reduz a incerteza e constitui-se em ajuda fundamental para a aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento. Além disso, deve ser conduzida de forma multiprofissional, propiciando ao indivíduo a compreensão da perspectiva biomédica e social imbricados na sua nova/conhecida condição, e contribuindo também para a superação da vulnerabilidade do profissional que comunica (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012).

Igualmente, é necessário que as instituições de formação fomentem as competências comunicacionais em saúde através de ferramentas educacionais. Além disso, a implantação de protocolos de comunicação de más notícias em serviços de saúde, com estratégias de manejo de tais situações, parecem favorecer o cuidado e dar suporte ao profissional que conduz essa ação (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012).

Portanto, um profissional preparado para o momento da má notícia, ou de revelação do diagnóstico positivo para HIV, é capaz de exprimir uma atitude acolhedora. Acolhimento esse, essencial para a construção de um cuidado integral e para concretização de relações humanizadoras entre os sujeitos envolvidos no processo (ARAÚJO; ANDRADE E MELO; 2011).

Logo, a atuação do enfermeiro deve buscar atender as necessidades do viver com HIV/aids, ou seja, buscar instrumentalizar as pessoas com HIV/Aids “para a melhoria do seu nível de saúde e na conquista de direitos imprescindíveis à sua existência, como acesso à tecnologia em saúde e à dignidade da existência, apesar do preconceito e da discriminação” (GOMES et al., 2011, p. 18).

É preciso ter em mente que a atenção integral das pessoas com HIV/aids na ABS deve promover, sobretudo, o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário, bem como, a responsabilização através da escuta e análise (cuidar não tecnológico). Ou seja, deve partir de uma atitude acolhedora em todo o processo, propiciando suporte emocional, esclarecimento de dúvidas e educação em saúde, e a resolução de necessidades urgentes de saúde (ARAÚJO; ANDRADE E MELO; 2011).

Como consequência dessa atitude acolhedora e de confiança, as PVHA parecem lidar melhor com o sofrimento psíquico do diagnóstico, expressam seus sentimentos e angústias, superam dificuldades de revelação do diagnóstico e mostram-se abertas às ações de informação em saúde (MORENO; REIS, 2013). Logo, podemos inferir que o

acolhimento do indivíduo durante a revelação do diagnóstico pode refletir-se na aceitação da nova condição, na adesão ao tratamento e na prevenção da disseminação do HIV.

Além disso, a relação de empatia e confiança estabelecida entre profissional e usuário tem se mostrado como uma ferramenta importante na abordagem das questões de confidencialidade, privacidade e sigilo do diagnóstico do HIV/aids. Sendo o acolhimento um momento ímpar para a definição do manuseio das informações privadas, em pactuação entre sujeito assistido e profissional da saúde (JUNGES et al., 2015).

O sigilo torna-se um tópico de extrema importância no campo do HIV/aids, principalmente quando sob a ótica do cuidado na ABS, porque interfere diretamente na atenção longitudinal conduzida pelas profissionais da Estratégia da Saúde Família (ESF). Acrescido ainda, pela busca dos usuários por outros serviços de saúde distante da sua residência, devido ao medo da revelação do diagnóstico (JUNGES et al., 2015).

A busca por atendimento em locais distantes da moradia é uma ocorrência comumente evidenciada nas pesquisas, ocasionada principalmente por: medo e insegurança que as PVHA sentem em relação a uma possível atitude do profissional de saúde que as assiste no Centro de Saúde; quando desconhecem ou tem informações errôneas sobre o papel da ABS; quando desconfiam da possibilidade de quebra do sigilo pelo profissional/equipe do Centro de Saúde, ou ainda; quando já utilizam outro serviço e não julgam necessário o detalhamento das questões da infecção junto aos profissionais da ABS (FERREIRA; NICHATA, 2008).

Portanto, para promoção do manejo do HIV/aids na ABS é essencial que as questões referentes ao sigilo sejam cuidadosamente trabalhadas, a fim de que a ABS possa ser percebida como um espaço acolhedor, resolutivo e eficiente no manejo das questões relacionadas a infecção.

Outro fator de destaque nas falas dos enfermeiros foi a importância de uma abordagem centrada na pessoa e nas suas necessidades, o que nos remete a concepção de um cuidado integral em saúde (BACELLAR; ROCHA; FLÔR, 2012). Isto porque os enfermeiros sinalizaram a ideia cuidado centrado na pessoa na perspectiva de um olhar ampliado do profissional para as necessidades dos que os procuram, sejam essas demandas biomédicas, psicossociais ou espirituais, extrapolando fluxos e protocolos que pudessem existir, e encarando o processo saúde-doença na perspectiva do indivíduo assistido.

Portanto, negam a sumarização do encontro ente sujeitos (profissional e PVHA) a uma tecnologia de cuidado (a consulta) com objetivos claros e ações pré-determinadas. E isso encontra certo respaldo nos aspectos teóricos que concebem a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), proposta por Carl R. Rogers e interpretada por Pupo e Ayres (2013), em que a atenção deve ser concebida com o olhar centrado na pessoa que vive a condição, e por conseguinte, nas determinações e valorações por ela dadas a cada situação vivenciada. Logo, a abordagem deve ser pensada a partir dessa pessoa, o que exige um plano de ações personalizado.

Além disso, percebe-se no discurso dos enfermeiros um entrelaçamento das palavras “sensibilização” e “abordagem centrada na pessoa”, utilizando ambas expressões para caracterizar um cuidado que vai muito além das ações de educação em saúde. Isto é, uma atenção singularizada e orientada para as questões biomédicas e psico-sócio-culturais, e, uma atenção comprometida com aquele que a procura, com vínculo e co-responsabilização.

A sensibilização é entendida como uma estratégia de comunicação que envolve a informação e orientação em saúde relacionada a complexidade e especificidade de cada caso, ou seja, que envolve o encontro intersubjetivo e o relacionamento interpessoal entre dois sujeitos. Portanto, os conhecimentos do campo específico do HIV/aids e os conteúdos trabalhados em um atendimento são apenas um guia para a ação, flexíveis a cada contexto de vida em que são aplicados. Então, a sensibilização é um instrumento de ajuda/proveito/utilidade para a PVHA, ou ainda, é o modo de fornecer ferramentas para que o outro (o usuário) possa se ajudar (PUPO; AYRES, 2013).

Para tanto, ou seja, para instrumentalizar a pessoa assistida no seu autocuidado, os profissionais lançam mão das tecnologias de cuidado presentes na ABS, como: a longitudinalidade, o vínculo, a consulta individual, a visita domiciliar (como estratégia de conhecimento da realidade do outro e a aproximação entre serviço de saúde e usuário), a busca ativa e a atenção multiprofissional.

Portanto, os profissionais da ABS superam as dificuldades de não possuírem um fluxo formal de atendimento em HIV/aids ainda estabelecido através da mobilização em prol e para a efetivação de um cuidado comprometido e resolutivo fazendo uso das ferramentas que o seu processo de trabalho propicia.

Mas, apesar das potencialidades presentes no processo de trabalho na ABS que foram explicitadas, os enfermeiros relatam que o

cuidado em HIV/aids caracteriza-se ainda por uma atenção médico-centrada, com pouco reconhecimento do papel do enfermeiro.

Embora o enfermeiro seja o agente catalizador de uma atenção multiprofissional nos Centros de Saúde, bem como, tenha garantido seu espaço na condução de ações de diagnóstico do HIV, aconselhamento, acompanhamento, promoção e monitoramento da adesão à TARV, os entrevistados referem que se trata de uma atuação de baixa visibilidade, ou mais, de desconhecimento do papel do enfermeiro frente as questões relacionadas ao HIV/aids.

Essa assertiva nos remete a representação social do papel da enfermagem nas ações de saúde, que é codificada através do trabalho técnico-operacional (por meio da execução de procedimentos e técnicas), o trabalho humanístico, e, o trabalho gerencial (GOMES et al., 2011). Sendo que este último, muitas vezes, prevalece sobre as demais ações no processo de trabalho do enfermeiro.

Ainda tendo se em vista esses três significados dados ao trabalho da enfermagem, destaca-se a perspectiva subjetiva da atuação do enfermeiro nas questões da infecção pelo HIV, uma vez que se insere no acolhimento do usuário, na escuta qualificada, na empatia e no vínculo. Isso porque mesmo tratando-se de uma patologia que possui terapêutica biomédica viável, ainda não há cura, bem como, demanda grande mobilização de aspectos afetivos e emocionais, uma vez que o seu diagnóstico repercute sensivelmente em questões de estigma e preconceito (GOMES et al., 2011).

Porém, viver sob um paradigma cultural medicalizante e altamente tecnológico faz com que os próprios enfermeiros percebam o cuidar tecnológico como seu objeto de trabalho e não mais a complexidade do processo de viver humano, o que não responde as necessidades de cuidado no HIV/aids (GOMES et al., 2011). E, por conseguinte, resulta na compreensão de que o trabalho do enfermeiro é invisível, como foi apontado nas falas.

Frente a isso, assume-se que é de grande importância que se promova a compreensão do trabalho da enfermagem como uma atividade de simultânea assimilação do “útil e sutil, biológica e humana, objetiva e subjetiva, corporal e espiritual” (GOMES et al., 2011, p. 22-23). Isto é, que a atuação do enfermeiro no campo de HIV/aids, e porque não nas demais áreas, se concretize através da compreensão de que lidamos com a dor, o sofrimento, a vida e a morte da pessoa humana, e que portanto, as tecnologias de cuidado existem em razão deste, o humano, e não devem suprimir nem sobrepujar a perspectiva subjetiva da atuação do enfermeiro (GOMES et al., 2011).

Outro fator a ser analisado é que o desconhecimento do papel do enfermeiro, citado pelos entrevistados, pode estar diretamente relacionado ao conhecimento técnico que estes detêm acerca do HIV/aids e a terapêutica envolvida no processo. Portanto, ações que busquem promover a formação desses profissionais para atuar no cuidado em HIV/aids e na reflexão acerca das propriedades que constroem essa atenção podem contribuir para a visibilidade do papel da enfermagem e até mesmo para a motivação profissional dos enfermeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As PVHA possuem um acesso potencialmente limitado aos Centros de Saúde, uma vez que essa acessibilidade acontece a partir de uma demanda do próprio usuário. Aliado a isso, a inexistência de um fluxo formal, na ABS, para o atendimento às PVHAS impacta também no acesso, assim como na qualidade do acompanhamento desses indivíduos. Diante disso, os profissionais reportaram dificuldades para o manejo do momento do diagnóstico, das questões de sigilo, do trabalho interdisciplinar e do papel do enfermeiro no processo de cuidar.

Mas, também destacaram a adoção de estratégias para a superação das fragilidades, fazendo uso das ferramentas tecnológicas da ABS e até mesmo de suas capacidades pessoais/profissionais para a condução de uma atenção mais integral diante da complexidade do cuidado às pessoas com infecção pelo HIV/aids.

Logo, concluiu-se que esta investigação demonstrou a urgência da implementação de um modelo de atenção em que o manejo terapêutico da aids também ocorra na ABS, uma vez que essa é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e o epicentro da rede de atenção. Tal perspectiva parece ser conveniente a realidade das PVHA e as questões que permeiam a doença enquanto condição crônica de saúde, bem como, configura-se como uma estratégia para dar suporte a atuação dos profissionais.

Ademais, salienta-se que essa proposta não deve ser empreendida sem que antes seja acompanhada de estratégias que fomentem a educação continuada para os profissionais, principalmente enfermeiros, uma vez que a formação técnica é imprescindível para a qualidade do cuidado prestado, a satisfação dos usuários e a motivação dos profissionais.

Conclui-se que a metodologia proposta foi essencial para a compreensão da perspectiva dos enfermeiros que vivenciam o problema

da pesquisa, mostrando que esses têm ciência das necessidades de cuidado no HIV/aids na ABS diante da complexidade do processo de viver humano neste condição. Além disso, o método eleito oportunizou a discussão acerca das potencialidades e fragilidades para o manejo da aids na ABS.

Como limitações do estudo aponta-se a não validação dos discursos a partir de uma estratégia observacional que buscasse comparar o que foi dito durante as entrevistas e o que efetivamente ocorre na prática de trabalho de enfermeiros, e, a não obtenção da perspectiva das PVHA no que diz respeito ao cuidado em HIV/aids na ABS, na perspectiva da integralidade.

Diante disso sugere-se que novas pesquisas possam ser conduzidas problematizando a questão da implementação do manejo da aids centrado na ABS, uma vez que tal perspectiva ainda é pouco representada na literatura, além disso, buscar a perspectiva das PVHA acerca do manejo do HIV/aids na ABS, e, a reflexão e a publicidade de práticas exitosas no cuidado em HIV/aids na ABS, sob a perspectiva da integralidade.

REFERÊNCIAS

AGUSTÍ, Cristina et al. Detección precoz de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el contexto de Atención Primaria. **Aten Primaria**, [s.l.], v. 44, n. 12, p.689-690, dez. 2012. Elsevier BV. DOI: 10.1016/j.aprim.2012.11.001. Disponível em: <<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S0212656712004465?httpAccept=text/xml>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; ANDRADE, Roumayne Fernandes Vieira; MELO, Simone Paes de. O acolhimento como estratégia de atenção qualificada: percepção de gestantes com HIV/aids em Fortaleza, Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s.l.], v. 35, n. 3, p.710-721, set. 2011.

BACELLAR, Anita; ROCHA, Joana Simielli Xavier; FLÔR, Maira de Souza. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Revista do NUFEN**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.127-140, jun. 2012.

BORGES, Moema da Silva; FREITAS, Graciele; GURGEL, Widoberto. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais da saúde.

Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva, [Brasília], [s.v.], [s.n.], p.113-136, 2012. DOI: 10.18569/tempus.v6i3.1159.

BRASIL. Constituição (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Coletânea de Legislação e Jurisprudência**. Brasília, DF, 02 jun. 2013. p. 59-62. Legislação Federal e marginalia.

_____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 98 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2015.

_____. **Cadernos de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**. Brasília, 2014a. 95 p. Disponível: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56264/_p_caderno_boas_praticas_pdf_p__32688.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2015.

_____. **Cinco passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 8 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55883/coordendores_pdf_46953.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2014.

FERREIRA, Débora Carvalho; SILVA, Girlene Alves da. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Cien Saude Colet**, [s.l.], v. 17, n. 11, p.3087-3098, 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232012001100025.

FERREIRA, Fernanda Cristina; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi. Mulheres vivendo com aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico. **Rev Esc Enferm USP**, [s.l.], v. 42, n. 3, p.483-489, 2008. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0080-62342008000300010.

FLORIANÓPOLIS. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Capital é a melhor do país em atenção básica à**

saúde: Ministério da Saúde certifica 90% das equipes de Saúde da Família como acima ou muito acima da média no PMAQ. 2015.

Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/mobile/index.php?pagina=notpagina-i=12986>>. Acesso em: 12 out. 2015.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saude Publica**, [s.l.], p.388-394, 2011. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0102-311x2011000200020.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli et al. Representações sociais das atividades da enfermagem junto aos pacientes soropositivos: caracterizando ações e atores sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [Goiânia], v. 13, n. 1, p.16-23, jan.-mar. 2011.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; SILVA, Érika Machado Pinto; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev Lat Am Enfermagem**, [Ribeirão Preto], v. 3, n. 19, mai.-jun. 2011.

HIGA, Darrel H. et al. Interventions to Improve Retention in HIV Primary Care: A Systematic Review of U.S. Studies. **Curr HIV/AIDS Rep**, [s.l.], v. 9, n. 4, p.313-325, 21 set. 2012. Springer Science + Business Media. DOI: 10.1007/s11904-012-0136-6.

JUNGES, José Roque et al. Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde: revisão. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.200-206, 2015. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/1983-80422015231060.

LÓPEZ, Ángela Ortega et al. Incremento de la participación de Atención Primaria en la asistencia al virus de la inmunodeficiencia humana: opinan los profesionales de las unidades hospitalarias. **Aten Primaria**, [s.l.], v. 46, n. 4, p.204-213, abr. 2014. Elsevier BV. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.09.006. Disponível em: <<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S0212656713002795?httpAccept=text/xml>>. Acesso em: 17 dez. 2015

MALISKA, Isabel Cristina Alves. **A implantação das políticas de saúde em aids no município de Florianópolis-SC:** um estudo do

período de 1986 a 2010. 2012. 317 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MORENO, Diva M. F. C.; REIS, Alberto O. Advíncula. Revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento: a versão do usuário. **Temas em Psicologia**, [s.l.], p.591-609, 2013. Associação Brasileira de Psicologia. DOI: 10.9788/tp2013.3-ee01pt.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **HIV Programme: Achieving our goals**. Operational plan 2014-2015. Paris: OMS, 2014. 36 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112666/1/9789241507110_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 set. 2014.

PUPO, Ligia Rivero; AYRES, José Ricardo C. M.. Contribuições e limites do uso da abordagem centrada na pessoa para a fundamentação teórica do aconselhamento em DST/Aids. **Temas em Psicologia**, [s.l.], p.1089-1106, 2013. Associação Brasileira de Psicologia. DOI: 10.9788/tp2013.3-ee16pt.

SANTOS, Érick Igor dos et al. Entre sofrimento e prazer: a vulnerabilidade para enfermeiros nas relações interpessoais com pacientes com HIV/AIDS. **Revista enfermagem UERJ.**, [Rio de Janeiro], v. 1, n. 21, p.9-15, 2013.

SILVA, José Augusto de Souza; VAL, Luciane Ferreira do; NICHATA, Lucia Yasuko Izumi. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/Aids: uma revisão da literatura. **O Mundo da Saúde**, [São Paulo], v. 1, n. 34, p.103-108, 2010.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). Organização das Nações Unidas (ONU). **A ONU e a resposta à aids no Brasil**. Brasília: UNAIDS, 2013. 60 p. Disponível em:

<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/onu_resposta_aids_brasil.pdf>.
Acesso em: 06 jun. 2014.

VILLARINHO, Mariana Vieira. **Evolução das práticas de cuidado dos trabalhadores da saúde às pessoas que vivem com HIV/aids, em um hospital referência em doenças infecto contagiosas de Santa Catarina:** no período de 1986 a 2006. 2012. 287 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

6.2 Manuscrito II

A INTEGRALIDADE NO CUIDADO À PESSOA QUE VIVE COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Aline Daiane Colaço⁵

Betina Hörner Schindwein Meirelles^{**}

RESUMO

Objetivou compreender a percepção dos enfermeiros acerca da integralidade no cuidado à pessoa com HIV/aids, na Atenção Básica à Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva realizada nos Centros de Saúde de Florianópolis, entre março e agosto de 2015. Foram realizadas 16 entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros da Rede, que foram submetidas à análise comparativa. Os resultados foram descritos em três categorias: A construção do conceito “integralidade”, Identificando as fragilidades para a integralidade, e, Buscando estabelecer os elos para a integralidade. Concluiu-se que, na perspectiva dos enfermeiros, a integralidade se subdivide na concepção ampliada do ser humano e suas necessidades de saúde, e, suas práticas desenvolvidas para responder às necessidade de um ser multidimensional. E a Atenção Básica agrupa ferramentas de trabalho consonantes com a perspectiva da integralidade, e tem potencial para qualificar a atenção em HIV/aids. Para os enfermeiros esta integralidade contribui na promoção da qualidade de vida para as pessoas com HIV/aids, ampliando também as ações de prevenção, educação em saúde e diagnóstico precoce da infecção.

Palavras-chave: HIV. Integralidade em Saúde. Atenção Básica a Saúde. Cuidado. Enfermagem

1 INTRODUÇÃO

⁵Enfermeira. Especialista em Alta Complexidade em Saúde. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: aline.colaco216@gmail.com

^{**}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: betinahsm@ig.com.br

Com as taxas de prevalência e incidência de HIV/aids mantendo-se estáveis e a introdução da Terapia Antirretroviral (TARV), ocorreu uma modificação dos padrões desta epidemia, diminuindo consideravelmente a morbimortalidade pela doença, assumindo também características de uma condição crônica de saúde (FIUZA et al., 2013; UNAIDS, 2013). Portanto, o desafio agora é buscar tecnologias de saúde que respondam também às condições crônicas de saúde e às demandas sociais, políticas, econômicas e culturais se expressam na vulnerabilidade social dos sujeitos de vivem com HIV/aids, bem como, estratégias de saúde para o diagnóstico precoce e adesão a TARV (BARRA et al., 2010; OMS, 2014).

Sendo assim, as necessidades atuais no campo do cuidado em HIV/aids suscitam uma abordagem mais integral e menos centralizada nos Serviços de Atenção Especializada (SAE), logo, na consolidação de uma rede de referência local para as Pessoas que Vivem com HIV/aids (PVHA).

Mas, antes de tudo é necessário estabelecermos o conceito de integralidade que foi adotado nessa pesquisa. Para tanto, utilizou-se como referencial teórico a publicação de Ruben Araújo de Mattos (2006), intitulada “Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde”, do livro “Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos”.

Nessa perspectiva a integralidade pode ser definida sobre três sentidos: integralidade com ênfase nas práticas profissionais, a integralidade na organização das práticas de saúde, e, a integralidade como eixo político de atenção em saúde (MATTOS, 2006).

A integralidade, em seu primeiro sentido, significa o embate a visão reducionista do sujeito e do processo saúde-doença, portanto, busca a compreensão do ser em sua totalidade, passando pelas necessidades biológicas, sociais, culturais, econômicas e demais dimensões que envolvem o processo de viver humano. Ao passo que a integralidade, com ênfase nas práticas das organizações de saúde, refere-se a integralidade desvelada na configuração dada às práticas de saúde e sua interface com o acesso do indivíduo a esses espaços, almejando a construção de um projeto terapêutico que produza uma atenção coordenada, de uma rede efetivamente comunicante. E por fim, o último sentido da integralidade, que diz respeito ao embate ao recorte dos sujeitos perante a política, preservando e valorizando os diferentes determinantes de saúde, bem como, o elenco de ações em saúde que vão do espectro preventivo ao assistencial, objetivando responder as

necessidades dos sujeitos da forma mais ampla possível (MATTOS, 2006).

Porém, a integralidade, defendida na literatura como princípio norteador das mudanças no modelo biomédico hegemônico, encontra desafios a serem enfrentados para a sua efetivação, principalmente na reorganização dos serviços e na programação em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e aids na Atenção Básica em Saúde (ABS) (VAL; NICHIATA; 2014).

Nesse sentido, destaca-se que a proposição de um modelo de atenção em HIV/aids centrado na ABS oportuniza o fortalecimento da integralidade e amplia e qualifica a atenção em HIV/aids no Brasil.

Então, definiu-se como objetivo deste estudo: “*compreender a percepção dos enfermeiros acerca da integralidade no cuidado à pessoa com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde*”. Uma vez que, compreender a perspectiva desses profissionais pode auxiliar no processo de implementação e aprimoramento de condutas para manejo terapêutico do HIV/aids na ABS, sob a perspectiva da integralidade.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva realizada em cinco Centros de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina, selecionados em cada um dos cinco distritos sanitários de saúde do município.

A coleta de dados, que ocorreu no período de março a agosto de 2015, teve a participação de enfermeiros e residentes de enfermagem que atuavam nos Centros de Saúde e que possuíam, no mínimo, seis meses de experiência em relação a data de coleta dos dados. Também se considerou o critério de não se encontrarem afastados de suas atividades regulares por um período superior a dois meses em relação a data de coleta dos dados.

A definição do número de participantes foi estabelecida através do critério de saturação empírica dos dados. Para tanto foi utilizado uma estratégia de tratamento dos dados proposta por Fontanella et al. (2011), constituída de oito passos: disponibilização dos registros de dados “brutos”, imersão em cada registro, compilação das análises individuais, reunião de temas/tipos de enunciados para cada pré-categoria/nova categoria, codificação ou nominação dos dados, alocação dos temas e tipos de enunciados em uma tabela, constatação da saturação para cada pré-categoria/nova categoria, e, “visualização” gráfica da saturação.

Ressalta-se que nessa estratégia a saturação deve ser considerada somente após a consecução de três entrevistas sem evidência de novos enunciados (FONTANELLA et al., 2011). Sendo assim, após aplicação do método evidenciou-se a saturação de dados na décima terceira entrevista, ou seja, com 16 participantes, e o desenvolvimento de 63 diferentes enunciados.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a de entrevistas semiestruturadas que abordou questões temáticas como: o cuidado às PVHA na ABS, o matriciamento entre SAE e ABS, o processo de referenciamento e contra referenciamento, e, a integralidade no cuidado à PVHA na ABS. Salienta-se que esse instrumento foi previamente validado junto a um profissional que cumpria com os critérios dessa pesquisa.

Os encontros foram realizados no local de trabalho dos profissionais durante seu turno de trabalho, tiveram duração média de 30 minutos, foram gravados em áudio e posteriormente transcritos na íntegra pelos pesquisadores.

Para a análise dos dados coletados foi utilizado a análise comparativa, segundo Strauss e Corbin (2008), fazendo comparações não só de incidentes, com a finalidade de classificá-los, mas comparações teóricas que visam estimular a reflexão sobre as propriedades e dimensões dos significados. E para organização e codificação dos dados analisados foi utilizado *software* de análise de dados qualitativos QSR Nvivo[®], versão 10.

A fim de manter a confidencialidade dos participantes, estes foram identificados ao final de cada trecho utilizando-se a letra “E” (entrevistado), seguido do número correspondente a ordem da entrevista.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, sob o parecer n. 966.976, cumprindo todos os preceitos éticos previstos pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

Do total de participantes dessa pesquisa, 14 são do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades variando entre 24 e 54 anos. A experiência de trabalho como enfermeiro da ABS variou de seis meses a 14 anos. Quanto a formação, 13 afirmaram ter concluído algum curso de pós-graduação, dois estavam cursando no período da coleta de dados, e um enfermeiro não participou de nenhum curso de pós-graduação.

Da análise dos dados das entrevistas realizadas originaram-se três categorias principais, com suas respectivas unidades temáticas formadas pelas falas dos participantes, que serão apresentadas a seguir.

3.1 A construção do conceito “Integralidade”

Durante as entrevistas, quando questionados acerca da sua percepção do significado da integralidade, os profissionais a identificaram como a compreensão do homem como um ser das múltiplas dimensões, e da flexibilidade dessa perspectiva para os serviços de saúde.

Eu entendo que integralidade seria atender ele como um todo (E08).

É pensar no psicológico da pessoa e a consequência, a pressão social, a família, todo esse contexto que tá ali envolvido (E01).

Então, eu acho que integralidade é ter esse olhar ampliado pra pessoa, porque ela é uma pessoa com uma doença (E12).

Além disso, os participantes utilizaram-se de exemplos práticos, ou seja, de práticas de cuidado que traduzem um olhar integral. Um exemplo disso foi a preposição do acolhimento, e da continuidade do cuidado como uma exemplificação da integralidade:

Ele ser acolhido nos serviços de saúde (E06).

É atender a pessoa durante a vida dela, ao longo do processo de vida dela (E04).

Ainda nas falas foi apreendido que a integralidade efetiva-se nas práticas de saúde através do acesso do indivíduo aos diferentes espaços de produção de saúde, e a co-responsabilização desse profissional pelo usuário que percorre esse caminho.

... Acompanhando o paciente no nível secundário, vendo o que tá sendo feito lá, se ele tá indo nas consultas, se não tá, se tá tomando medicação (E09).

Assim, a integralidade do cuidado se traduz na percepção de totalidade do sujeito, no acolhimento das necessidades da PVHA, e, na continuidade do cuidado em saúde, em todos os níveis de atenção, durante o processo de viver com a condição crônica.

3.2 Identificando as fragilidades para a integralidade

Os profissionais defendem que a integralidade ainda é um desafio nas práticas em saúde, e que é necessário um “voltar-se-á” em prol da consolidação desse princípio.

Eu acho que é um desafio pra todos os profissionais da saúde [...] mas eu acho que a gente precisa se reeducar para isso assim, pra enxergar o usuário de forma integral (E01).

Além disso, apontam a necessidade de aprimorar os processos de referência e contra referência da Rede de Atenção, bem como, a importância da co-responsabilização dos profissionais pelo usuário e da gestão compartilhada desse cuidado.

Não existe co-responsabilização nesse cuidado, sabe?! Quando está num nível de atenção, está lá. Quando está no outro, vai no outro. E tu não tens nem que saber, sabe?! Só que o que falta: não tem referência e contra referência (E01).

Por que fatiar, né? A gente viveu anos fatiando o paciente. Quem tem muito médico, não tem médico nenhum (E05).

Mas, quando não superadas essas dificuldades, o vínculo com o usuário não é estabelecido, tampouco o acompanhamento e monitoramento da adesão ao tratamento ARV. Sendo assim, o usuário torna-se o único responsável pelo seu cuidado.

Se ele aderiu ao tratamento, eu só vou saber se ele voltar aqui. Se ele não voltar e se eu não buscar ele, eu não posso fazer (E07).

Como causas para a fragilidade na consolidação da integralidade no manejo do HIV/aids na ABS, destacou-se o discurso da escassez de recursos humanos, que reflete-se, por sua vez, na condução de uma atenção focalizada e pontual, em detrimento da integralidade da atenção.

Eu acho que a falta de outros profissionais dentro da unidade faz com que eu tenha que me focar na queixa-conduta e não consiga abrir outras coisas pra discussão (E03).

Além disso, observou-se também que a estrutura física ainda é limitante para a integralidade deste cuidado, uma vez que não condiz com as necessidades de atendimento de um grande contingente de pessoas simultaneamente.

Eu faço acolhimento numa sala que ficam duas pessoas. [...] As pessoas acabam não trazendo coisas para nós, né? Porque estão ali! (E03). Acaba se tornando uma questão de “triagem” mesmo assim, de ver a queixa e trabalhar com

aquela queixa. Eu acho que a integralidade ela fica bem prejudicada assim (E01).

Embora os profissionais busquem implementar a integralidade na sua prática, algumas fragilidades do processo de trabalho na ABS e na Rede de Atenção devem ser superadas, à saber: o fortalecimento dos mecanismos de referência e contra referência, a gestão compartilhada do cuidado e a ampliação e otimização dos recursos humanos e físicos nos Centros de Saúde.

3.3 Buscando estabelecer os elos para a integralidade

Apesar das dificuldades reveladas nas falas anteriores, os profissionais percebem possibilidades para a implementação da integralidade do cuidado a pessoas com HIV/aids na organização de suas práticas. Um exemplo disso foi possibilidade de um trabalho multidisciplinar proporcionado pelas características da conformação das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Esse paciente vai ser acompanhado aqui na atenção básica pela equipe, não só centralizado no médico. Pelo enfermeiro, pelo técnico, pelo agente comunitário que vai estar indo na casa ou vai estar trazendo algum caso para gente estar acompanhando. Então, a gente sempre vai ter esse atendimento em conjunto, né? (E09).

Mas, não só a multidisciplinaridade foi apontada como um elo para a integralidade, como também outras propriedades que definem a ABS no Brasil, como: territorialidade, longitudinalidade, vínculo, acessibilidade e acolhimento.

Se a gente trabalha com território, se a gente trabalha com vínculo e longitudinalidade, muito melhor que esteja com a equipe de Saúde da Família e não com o especialista. Onde a gente tem uma agenda flexível só para garantir que essa pessoa seja escutada, que ela aprenda a lidar com a doença (E05).

Portanto, aliando as necessidades de atenção às PVHAS e as características de trabalho dos Centros de Saúde, a ABS mostra-se um espaço rico para a consolidação de um cuidado integral no manejo da infecção pelo HIV/aids.

Mas, do ponto de vista da integralidade e do acompanhamento, eu acho que é bem melhor ele acompanhar na Atenção Básica (E06).

E, para além dos contornos da ABS, os enfermeiros ressaltam ainda a importância da integralidade como princípio norteador da formulação de uma Rede de Atenção comunicante e efetiva. Rede essa imprescindível no manejo terapêutico das PVHA, que transitam entre diferentes serviços e níveis de atenção.

[...] como no caso do HIV/aids, que também necessita da atenção secundária, né? Não é um paciente que fica restrito só aqui a unidade. E eu vejo a integralidade nisso (E09).

Então, na verdade a gente precisa de uma articulação da rede (E04).

Diante das falas infere-se que os enfermeiros apontam a ABS como campo propício para condução de um cuidado integral em HIV/aids, uma vez que utiliza tecnologias de cuidado que possibilitam a aproximação entre profissional e usuário e o desenvolvimento de ações em longo prazo. Ressaltam também a importância da Rede de Atenção em Saúde (RAS), uma vez que a atenção integral não se finda em um único espaço, ela deve ser uma propriedade constituinte do sistema de saúde.

4 DISCUSSÃO

Durante a análise dos dados, evidenciou-se que os profissionais compreendem a integralidade na atenção em HIV/aids sob perspectiva do olhar ampliado para as questões de vida e saúde. Nesse contexto, expressam que se trata de um indivíduo que vive com uma doença que tem reflexos significativos na sua vida cotidiana, em todas as dimensões, sejam biológicas, relacionais, culturais, financeiras, entre outras.

Essa perspectiva encontra respaldo no referencial teórico utilizado para a pesquisa, que define a integralidade entendida sob três sentidos, o qual destacamos, por comparação aos dados levantados, como a integralidade com ênfase nas práticas de saúde (MATTOS, 2006).

Nesse sentido, o ponto de partida para essa atenção integral é o olhar que permite reconhecer o sujeito como um ser relacional, que vive com uma doença que não o define enquanto homem, mas que faz parte de suas atividades cotidianas. Logo, o cuidado deve ser percebido como uma estratégia que aponta para uma escuta qualificada, capaz de apreender as necessidades de vida trazidas pela pessoa (MATTOS, 2006). E essa perspectiva é de suma importância na atenção em

HIV/aids, visto a interferência que uma doença ainda tão estigmatizante provoca na vida das pessoas.

Nas falas os profissionais também apontam a importância da continuidade do cuidado, sendo esse aspecto um elemento constitutivo do conceito integralidade. Ainda buscando correspondência no referencial teórico da pesquisa, destacamos que Mattos (2006) discute a perspectiva de continuidade do cuidado quando afirma que a integralidade passa a ser uma marca/um modo de produzir saúde, uma vez que o cuidado integral com ênfase nas práticas profissionais/individuais passa a ser um movimento repetido na rede. Portanto, encoraja práticas horizontais que perpassam as barreiras dos estabelecimentos de saúde e que promovam uma rede efetivamente comunicante que possa responder as necessidades de saúde da população, necessidades essas que não podem ser resolvidas em um único espaço de atenção.

Essa continuidade do cuidado, segundo Starfield, Shi e Macinko (2005), este é também um dos atributos característicos da ABS, e que assume relevância diante da aids como condição crônica, o que impõe a continuidade e o vínculo neste cuidado. Sendo que essa continuidade é significada por uma relação de confiança do usuário, e de responsabilização na perspectiva do profissional.

A responsabilização do profissional é traduzida na necessidade de coordenar o cuidado através de diferentes serviços de saúde utilizando mecanismos de referência e contra referência. Percebe-se que há um movimento de aproximação e busca pela implementação de uma prática integral, buscando romper com a fragmentação das ações em saúde para a proposição de um modelo que percebe a importância da integralidade, e de que essa não se constrói e nem se finda em um único espaço ou em uma conduta profissional individual, é construída dialeticamente na rede de serviços de saúde (FRACOLLI et al, 2011).

Diante disso surge a discussão acerca da Gestão Compartilhada do Cuidado (GCC), pois essa é uma estratégia que possibilita a construção de projetos terapêuticos, sejam eles individuais ou coletivos, que promovam a produção da saúde a partir de uma equipe de referência (interdisciplinar) longitudinal e da intervenção suportiva de uma equipe matricial (CAMPOS; AMARAL, 2007).

No que diz respeito às PVHA, a GCC entre a ABS e a Atenção Secundária é um instrumento crucial para qualificar a atenção em HIV/aids no Brasil. Isso porque a ampliação do diagnóstico não é possível sem o envolvimento dos serviços básicos, ao passo que esses necessitam imprescindivelmente do compartilhamento de conhecimento

e experiência advindos do SAE em sua atuação em mais de 30 anos de epidemia da aids (BRASIL, 2014a).

E, nesse sentido, a comunicação parece ser papel-chave para a intersecção de diferentes profissionais e serviços, produzindo alto grau de responsabilização, diminuindo custos e agilizando o acesso ao tratamento, e por consequência, instituindo uma prática integralizadora em saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Porém, os profissionais relataram dificuldades no processo de referência e contra referência no cuidado às PVHA. Esse achado encontra respaldo na literatura, apontando que essa conjuntura repercute diretamente na integralidade e na qualidade do cuidado (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012; ZAMBENEDETTI; BOTH, 2012).

Além disso, os profissionais enfrentam o déficit no número de profissionais e uma realidade de trabalho voltado à resposta de demandas imediatistas em saúde, ou seja, um modelo de atenção centrado na queixa-conduta, que em nada contribuem para a continuidade do cuidado, a criação do vínculo, a articulação da Rede, tampouco a integralidade. Bem como, tem impacto direto na sobrecarga de trabalho sobre os profissionais, gerando estresse, cansaço e desmotivação profissional, fato também evidenciado na atenção a pessoas com HIV/aids (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Ademais, a falta de ambiência também é apontada como um fator preponderante para a não implementação de um cuidado integral às PVHA, pois diminui a potencialidade do acolhimento do usuário, uma vez que gera insegurança e falta de privacidade. Isso, por sua vez, tem impacto direto no vínculo estabelecido entre as partes, na confiança e na relação terapêutica (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Embora os profissionais tenham levantado diversas dificuldades para implementação da integralidade na atenção às PVHA, também esteve presente as potencialidades do seu processo de trabalho que promovem elos para a integralidade.

Um dos pontos de destaque nessa perspectiva foi a possibilidade de um cuidado multidisciplinar, propiciado pela ABS, na conformação da equipe mínima da ESF. Porém, destaca-se que não basta a reunião e o compartilhamento de uma mesma situação de trabalho por um grupo de profissionais de distintas disciplinas. É necessário, mais que tudo, conhecer o lugar do outro, o trabalho do outro, numa perspectiva interdisciplinar. A interdisciplinaridade busca articular ações que congreguem diferentes olhares para um mesmo problema, que reúnam um mesmo ponto de chegada, porém, preservando o ponto de partida de

cada um, ou seja, a especificidade da sua atuação profissional (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

A ABS é um campo fértil às ações interdisciplinares, uma vez que para responder às necessidades da pessoa com HIV/aids que vive sob o território de abrangência do Centro de Saúde, é necessário a composição de diferentes olhares propiciados pela conformação de uma equipe de profissionais de diversos campos, como no caso da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Portanto, mais do que compor uma equipe multiprofissional mínima, os profissionais da ABS devem efetivar o trabalho interdisciplinar, ou seja, a ação compartilhada, a articulação e, conseqüentemente, a resolubilidade da atenção.

Ainda durante as entrevistas os enfermeiros citam o alcance da integralidade através de outros atributos característicos da ABS, como: a acessibilidade, o acolhimento e o vínculo.

Essas ferramentas possibilitam o mais alto grau de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da proximidade geográfica dos Centros de Saúde e do acesso da comunidade a esse espaço. Ademais, a presença efetiva e atuante dos profissionais da saúde no cotidiano das comunidades propicia o estabelecimento de uma relação de confiança e vínculo, o que permite a construção de um projeto terapêutico que respeite as singularidades de cada sujeito e busque a resolubilidade das questões sociais e de saúde. Ao passo que acompanha o processo de viver humano e da coletividade, reconhecendo o sujeito assistido e suas necessidades ao longo do trajeto, atuando através de pactos mútuos de solidariedade a fim de promover saúde e qualidade de vida.

Portanto, a ESF se apresenta como uma possibilidade de expansão e qualificação das ações do SUS no campo do HIV/aids, com destaque para ampliação do diagnóstico, o início precoce do tratamento e a atuação com base nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e por consequência, promovendo a integralidade da atenção (ZAMBENEDETTI; BOTH, 2012).

Entretanto, para que a potencialidade do manejo do HIV/aids na ABS se efetive do ponto de vista da integralidade, é necessário uma profunda mudança no modo de produzir saúde, uma vez que os serviços de ABS encontram-se diretamente influenciados por um modelo produtivista, onde a produção dos marcadores ocupa boa parte da agenda dos profissionais. Além disso, é de suma importância que os DSS sejam incluídos na formulação e, principalmente, na instrumentalização das políticas e programas ministeriais, de forma que ocorra a penetração dos serviços de saúde na realidade econômica,

social, ambiental dos indivíduos assistidos, e direcionando o cuidado profissional para a Promoção da Saúde e qualidade de vida, em detrimento de uma assistência que hoje se destaca pela lógica biomédica.

Somente com essa transformação na realidade dos serviços básicos é que se torna a possível a efetividade da mudança do manejo do HIV/aids para a ABS, obtendo assim um maior impacto frente à epidemia da aids e concretizando um trabalho desenvolvido na lógica da atenção em condições crônicas.

Além disso, a PVHA é um usuário do SUS e como tal deve ser assistido na lógica do sistema, no qual transita pelos diferentes níveis de atenção conforme suas necessidades de saúde, mantendo a ABS como a porta de entrada preferencial da rede (BRASIL 2014a).

Nesse sentido, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul publicou, em 2014, uma proposta para a conformação de uma Linha de Cuidado para pessoas vivendo com HIV/aids e outras DST. Essa proposta prevê o atendimento centrado na ABS para a população geral e pessoas que vivem com HIV assintomáticas, recebendo matriciamento do SAE quando necessário. Ao passo que para PVHA sintomáticas (e/ou com doenças oportunistas, condição clínica complexa, co-infecção por tuberculose e hepatites) a atenção em saúde é centrada no SAE e matriciada pela ABS (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Essa preposição assemelha-se a proposta do Ministério da Saúde, que prevê a implantação do manejo do HIV/aids na ABS com subdivisão de responsabilidades a partir da condição clínica da PVHA, reservando casos de maior complexidade ainda sob responsabilidade dos SAE (BRASIL, 2014b).

Acredita-se que essa reorganização, além de qualificar o atendimento em HIV/aids, também amplia o acesso ao infectologista para aqueles que realmente precisam dessa atenção (BRASIL, 2014a). Portanto, discute-se aqui a perspectiva do modelo de atenção em saúde pensado na lógica da RAS.

As RAS são estruturas organizativas dos serviços e ações de saúde que agrupam diferentes densidades tecnológicas conectadas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, concebidas de tal forma que almejam juntas alcançar a integralidade do cuidado. Ademais, demonstra uma maior eficácia na produção de saúde, eficiência da gestão da capacidade instalada de saúde para um espaço regional, e, portanto, para a efetivação e avanço da proposta de saúde universal, gratuita e de qualidade, ao qual se propõe o SUS (MENDES, 2011).

Se a integralidade significa, em pelo menos um de seus sentidos, a prestação de um cuidado que possa atender a todas as necessidades de saúde de uma população, deve-se considerar que um Centro de Saúde não consegue congrega todas essas demandas em um único espaço. Para tanto, é necessária a articulação de diferentes espaços e profissionais de saúde, dando continuidade a atenção que se iniciou na ABS e agora desenrola-se por outros níveis de atenção, sem perder a centralidade da Atenção Primária. Logo, a integralidade se efetiva, em sua plenitude, na RAS (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012; MENDES, 2011).

Portanto, a integralidade na atenção em HIV/aids demanda a superação de valores tradicionais no campo da saúde, à saber: a hierarquia, a divisão das especialidades e a compartimentalização do saber. Além disso, prevê a identificação da potencialidade que oferece cada serviço de saúde, a distinção de papéis e a definição dos limites de atuação (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

Logo, a integralidade aponta para a mudança do modelo de atenção em saúde, em que é necessário articular as práticas profissionais desenvolvidas no interior de cada serviço de saúde aos arranjos organizativos da Rede. Isto é, a intersecção da integralidade de cada processo de trabalho à integralidade ampliada da Rede, qualificando o cuidado para/com a população que vive com HIV/aids.

Perante o exposto, destaca-se que a perspectiva da integralidade intersecciona-se ao discurso da gestão do cuidado na produção de saúde, segundo a perspectiva de Cecílio (2009). Isso porque a gestão do cuidado é entendida também sob três aspectos complementares: a dimensão profissional, a organizacional e a sistêmica. Sendo que o tais aspectos circunscrevem as ações em saúde de forma a promover uma conduta ética, resolutiva das necessidades de saúde e promotora de vínculo (na dimensão profissional), que por sua vez, se reflete no modo de organizar as práticas de saúde (dimensão organizacional) e gerir uma rede articulada de serviços no SUS (sistêmica) (CECÍLIO, 2009). E dessa forma entende-se que a produção de um cuidado integral deve estar diretamente relacionada ao aprimoramento dos mecanismos de gestão, sejam eles ao nível da micro ou macropolítica em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade no cuidado às PVHA, para os participantes do estudo, se subdivide em dois aspectos: a integralidade como um olhar ampliado para as necessidades de vida e saúde das pessoas, refletindo na

prática profissional desenvolvida para responder a essas demandas, e, a integralidade na perspectiva do trabalho em rede para responder as demandas que não podem ser resolvidas em um único espaço de prestação de serviços.

Portanto, percebe-se que a integralidade como eixo político da atenção em saúde não é desvelada nos discursos dos profissionais, uma vez que suas falas circundam as nuances do espaço micropolítico da atenção em saúde, ou seja, dos Centros de Saúde onde desenvolvem suas atividades cotidianas. Porém, é justamente esse terceiro sentido da integralidade que delinea as estratégias em saúde e organiza os modos de produção, de forma a promover ou limitar as práticas integrais em saúde, facilitando ou dificultando a prática integral desenvolvida no seio de cada encontro singular entre profissional e usuário, no contexto do SUS.

Através da análise conclui-se ainda que a ABS agrupa, em si, ferramentas de trabalho consonantes com a perspectiva da integralidade, bem como, tem potencial para qualificar a atenção em HIV/aids dispensada no SUS. Nesse sentido destaca-se a perspectiva da continuidade do cuidado como um fator largamente citado, considerando-se a cronicidade da aids, os vínculos estabelecidos entre os sujeitos, a responsabilização do profissional da saúde e o itinerário terapêutico do usuário.

Ao passo que as fragilidades para a integralidade decorrem, em sua maioria, das dificuldades já presenciadas no processo de trabalho da ABS, advindas da sobrecarga de trabalho dos profissionais, da má estrutura física das unidades e da baixa articulação dos serviços. Além disso, é necessário repensar o modo de implementação das estratégias e programas de saúde, uma vez que em campo prático há a supervalorização da produção dos marcadores em saúde em detrimento da condução de práticas de saúde desenvolvidas com e para o olhar dos DSS.

Sendo assim, a mudança da centralidade do manejo do HIV/aids para a ABS sem a transformação da lógica produtivista que está presente na atual configuração dos serviços primários de saúde não poderá fornecer uma real incremento na qualidade do cuidado em HIV/aids, tornando-se ainda mais uma demanda para os profissionais dos Centros de Saúde.

Portanto, essa pesquisa ampliou o conhecimento acerca da temática proposta frente a uma bibliografia ainda incipiente no que tange o cuidado em HIV/aids na ABS. Bem como, possui caráter inovador, uma vez que as discussões e iniciativas para mudança no

modelo de atenção em HIV/aids encontram-se em pleno destaque na agenda do Ministério da Saúde.

Considera-se, então, que este trabalho veio reforçar a proposta de centralidade do cuidado em HIV/aids na ABS como uma preposição que aponta para uma maior qualidade da atenção, uma vez que atua sob a égide da promoção da qualidade de vida para as pessoas que já vivem com a doença, ampliando também as ações de prevenção, educação em saúde e diagnóstico precoce da infecção.

REFERÊNCIAS

BARRA, Daniela Couto Carvalho et al. Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta paulista de enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 6, p.831-836, 2010. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0103-21002010000600018.

BORGES, Maria Jucineide Lopes; SAMPAIO, Aletheia Soares; GURGEL, Idê Gomes Dantas. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Cien Saude Colet**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.147-156, jan. 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232012000100017.

BRASIL. Constituição (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Coletânea de Legislação e Jurisprudência**. Brasília, DF, 02 jun. 2013. p. 59-62. Legislação Federal e marginaia.

_____. **Cadernos de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**. Brasília, 2014a. 95 p. Disponível: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56264/_p_caderno_boas_praticas_pdf_p__32688.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2015.

_____. **Cinco passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 8 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55883/coordendores_pdf_46953.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Cien Saude Colet**, [s.l.], v. 12, n. 4, p.849-859, 2007. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232007000400007.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface (Botucatu)**, [s.l.], v. 13, p.545-555, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832009000500007>

FIUZA, Maria Luciana Teles et al. Adherence to antiretroviral treatment: comprehensive care based on the care model for chronic conditions. **Esc Anna Nery**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.740-748, 2013. GN1 Genesis Network. DOI: 10.5935/1414-8145.20130019.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad Saude Publica**, [s.l.], p.388-394, 2011. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0102-311x2011000200020.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, Ruben Araújo; PINHEIRO, Roseni (Org.). **Os sentidos da integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 39-64.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011. 549 p.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. 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**, [s.l.], v. 17, n. 8, p.2071-2085, 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232012000800018.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **HIV Programme: Achieving our goals**. Operational plan 2014-2015. Paris: OMS, 2014. 36 p. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112666/1/9789241507110_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 set. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Coordenação Estadual de Atenção Básica. Secretaria Estadual de Saúde. **Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras DST**. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2014. 60 p.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, [s.l.], v. 83, n. 3, p.457-502, set. 2005. Wiley-Blackwell. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. Disponível em: <<http://api.wiley.com/onlinelibrary/tdm/v1/articles/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). Organização das Nações Unidas (ONU). **A ONU e a resposta à aids no Brasil**. Brasília: UNAIDS, 2013. 60 p. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/onu_resposta_aids_brasil.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2014.

VAL, Luciane Ferreira do; NICHIATA, Lucia Yasuko Izumi. Comprehensiveness and programmatic vulnerability to stds/hiv/aids in primary care. **Rev Esc Enferm USP**, [s.l.], v. 48, n. , p.145-151, 2014. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0080-623420140000600021.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N.S. Problematizando a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 99-119, 2012.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início do desenvolvimento dessa investigação, através do aprimoramento do problema e objetivo da pesquisa, percebeu-se a escassez de estudos que englobassem a temática do cuidado em HIV/aids na ABS, principalmente no campo de conhecimento da enfermagem, o que levou a busca por textos da Saúde Pública. Ao passo que a escassez de literatura dificulta o processo de instrumentalização do pesquisador para formulação de ideias mais claras acerca da pesquisa que se quer conduzir, também propicia o ineditismo da investigação, caso esse do estudo aqui apresentado, uma vez que discutiu a atenção em HIV/aids sob a ótica da integralidade.

A atenção em HIV/aids centrado nos serviços primários de saúde é um tema que vem ganhando destaque nos últimos anos, principalmente na agenda do Ministério da Saúde do Brasil. Desde o ano de 2014 intensificaram-se as publicações do órgão acerca do assunto e iniciou-se um processo de formação de multiplicadores da proposta entre algumas capitais brasileiras, em oficinas conduzidas junto a profissionais de saúde, gestores e sociedade civil. Portanto, esta pesquisa alinha-se as novas tendências de cuidado em saúde em HIV/aids, o que justifica a importância dos seus resultados e a atualidade da sua discussão.

Diante dos dados coletados evidenciou-se que não existe um fluxo formal que ofereça suporte aos profissionais para manejo do HIV/aids na ABS de Florianópolis, o que impacta diretamente na vigilância e controle dos casos e na qualidade do cuidado desenvolvido. Além disso, os enfermeiros manifestam a existência de fragilidades no processo de formação e, principalmente, de educação continuada para a atenção em HIV/aids, o que pode ter relação direta com as vulnerabilidades expressas diante do momento da revelação do diagnóstico.

Portanto, configura-se a necessidade de aprimorar a formação dos novos enfermeiros para o manejo terapêutico da doença dentro da circunscrição da ABS, uma vez que viver com HIV/aids apresenta propriedades de uma condição crônica de saúde, que se manejada de forma adequada reduz significativamente os risco de morbimortalidade.

Ainda no campo das fragilidades, o déficit de recursos humanos foi um fator amplamente citado durante a coleta de dados, despontando como a maior dificuldade encontrada pelos enfermeiros para o desenvolvimento de suas ações. Inclusive, foi diversas vezes citado

como causa para a não efetivação da realização do teste rápido nos CS e do baixo monitoramento e acompanhamento das PVHA na comunidade.

Nesse ínterim, destaca-se que a ABS apresenta limitações para o desenvolvimento de um cuidado mais pautado pelo referencial dos DSS devido a grande inferência da produção de marcadores na agenda de trabalho dos Centros de Saúde, o que muitas vezes limita a atuação mais reflexiva desses profissionais, bem como a Promoção da Saúde e a integralidade do cuidado.

Essas dificuldades evidenciam que existe uma grande diferença entre o discurso do poder público para com a perspectiva dos profissionais que atuam nos CS. Em teoria, as publicações afirmam que o diagnóstico do HIV já está totalmente descentralizado por meio dos CS, e, os profissionais da equipe da ESF já recebem capacitação para o manejo da infecção pelo HIV e adesão ao tratamento. Entretanto, como anteriormente dito, os profissionais explicitam uma realidade que não condiz com esse discurso.

Essa conjuntura de fatores parece influenciar a ideia de que a PVHA deve resolver seus problemas relacionados a infecção no SAE, enquanto a ABS responsabiliza-se pelo “cuidado no geral”, reforçando assim a fragmentação da atenção em saúde.

Mas, apesar das fragilidades sustentadas, os profissionais defendem a necessidade da implementação do manejo do HIV/aids centrado na ABS, pois isso proporcionaria um incremento na qualidade e integralidade de assistência, ao passo que a territorialidade do trabalho desenvolvido na ABS proporciona a intervenção nos DSS e na Promoção de Saúde. Além disso, otimiza o acesso aos serviços secundários a quem realmente precisa.

Nesse sentido, as tecnologias de trabalho próprias da ABS (como a visita domiciliar, longitudinalidade, busca ativa, etc.) são facilitadores para o alcance da integralidade da atenção às PVHA.

Também destaca-se a necessidade da configuração de uma Rede de Atenção em HIV/aids que englobe os serviços necessários no itinerário terapêutico dos indivíduos assistidos, o que organiza as ações em saúde de diferentes densidade tecnológicas e proporciona ajuda mútua aos serviços e profissionais que compõe esta Rede, responsabilizando-se pelo usuário e praticando a Gestão Compartilhada do Cuidado. Portanto, esses serviços, quando efetivamente comunicantes, almejam/atuem para o alcance da integralidade do cuidado.

Dessa forma, esse trabalho traz como repercussões ao campo da saúde e, especificamente, para as políticas públicas em saúde: um olhar

reflexivo sobre as práticas conduzidas em HIV/aids na ABS, a solidificação da proposta da centralidade do cuidado em HIV/aids na ABS, a conformação de uma Linha de Cuidado em HIV/aids, e, a necessidade de capacitar as equipes da ESF para essa situação em saúde, oferecendo qualidade ao indivíduo que busca o cuidado e segurança ao profissional que atua perante essa situação.

Além disso, evidencia-se a importância de dar visibilidade ao conceito integralidade, seja através das próprias publicações acadêmicas, seja por meio das práticas de saúde, pois a integralidade é o resultado da *performance* de inúmeros fatores congregados, como: continuidade do cuidado, acessibilidade, autonomia, promoção e prevenção em saúde, dentre outros fatores. Portanto, a integralidade é um termo onipresente no fazer em saúde, e se constitui num excelente parâmetro para avaliarmos a qualidade e a eficiência de uma ação individual a um sistema de saúde como todo.

Já no que diz respeito a prática da enfermagem, evidenciou-se que há uma baixa visibilidade dada ao papel do enfermeiro na atenção em HIV/aids, uma vez que, durante as entrevistas, foi recorrente o discurso de um atendimento ainda médico-centrado. Além disso, os próprios enfermeiros parecem não reconhecer seguramente todas as possibilidades de atuação que têm nessa área, o que muitas vezes foi interpretado como uma consequência da fragilidade na formação e as poucas iniciativas para a educação continuada. Portanto, as falhas nos processos de formação em saúde para a atenção em HIV/aids caracterizam um importante aspecto para a prática da enfermagem.

Mas, deve-se considerar também a influência da representação social que as condutas técnicas e medicalizantes ainda tecem na percepção coletiva do que é efetivamente um cuidado ou uma prática em saúde. Isso porque os enfermeiros parecem desconsiderar as intervenções que realizam quando essas se concentram nos aspectos subjetivos, e que se utilizam da comunicação como peça-chave para o cuidado, à saber: o aconselhamento, a sensibilização para o autocuidado, a construção de uma relação de confiança, a educação em saúde, as orientações, e, a escuta qualificada. Portanto, esse paradigma biomédico tem impacto direto na auto reconhecimento dos próprios enfermeiros frente ao cuidado em HIV/aids.

Finalmente, acredita-se que essas inferências só foram possíveis devido ao método eleito para a condução desse trabalho, uma vez que a pesquisa qualitativa, por meio da entrevista qualitativa, busca compreender o fenômeno em profundidade, identificar os dilemas enfrentados, apreender a experiência dos participantes e reconhecer as

estruturas de funcionamento dessa atenção/cuidado. Portanto, há total consonância entre as propriedades da pesquisa qualitativa e os propósitos desse estudo.

Outro destaque diz respeito a utilização de um método de constatação da saturação teórica dos dados da pesquisa, o que tornou o processo de coleta de dados mais claro e objetivo.

Porém, como principais limitações para esse trabalho aponta-se a não validação dos discursos a partir de uma estratégia observacional que buscasse comparar o que foi dito durante as entrevistas e o que efetivamente ocorre na prática de trabalho de enfermeiros, minimizando qualquer possível discrepância entre as fontes de dados. Além disso, a não obtenção da perspectiva das PVHA no que diz respeito ao cuidado em HIV/aids na ABS, na perspectiva da integralidade, foi outro fator limitante desse estudo. Pois, acredita-se que quando ampliado o problema de pesquisa para outras perspectivas (no caso, das PVHA) obtém-se uma compreensão mais ampla e aprofundada da temática estudada.

Como apontamentos para futuros trabalhos sugere-se a abordagem da perspectiva da PVHA acerca da atenção conduzida nos serviços primários de saúde, a reflexão e a publicidade de práticas exitosas no cuidado em HIV/aids na ABS, o desenvolvimento de estratégias para implementar um cuidado integral em HIV/aids na ABS, e, a investigação acerca da capacidade instalada e da efetiva oferta de serviços em HIV/aids na ABS. Acredita-se que dessa forma fomenta-se a descentralização das ações em HIV/aids acompanhada de processos de qualificação em saúde, baseadas na perspectiva da integralidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Selma Regina de et al. Best practices in primary healthcare and the meanings of integrality. **Esc Anna Nery**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.620-627, 2013. GN1 Genesis Network. DOI: 10.5935/1414-8145.20130004.

ARRIVILLAGA, Marcela et al. Social position, gender role, and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS: social determinants of health approach. **Rev Panam Salud Publica**, [s.l.], v. 26, n. 6, p.502-510, 2009. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1020-49892009001200005.

BACKES, Dirce Stein et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.223-230, jan. 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232012000100024.

BALDERSON, Benjamin H. et al. Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population. **AIDS Care**, [s.l.], v. 25, n. 4, p.451-458, abr. 2013. Informa UK Limited. DOI: 10.1080/09540121.2012.712669.

BARRA, Daniela Couto Carvalho et al. Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta Paul Enferm**, [s.l.], v. 23, n. 6, p.831-836, 2010. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0103-21002010000600018.

BATISTA, Kátia Tôrres; CALDAS, Karin Richter; PORTILLO, Jorge Alberto Cordon. Integralidade da saúde: significado e situação atual. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 1, n. 20, p.9-16, 2009. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20_1art01integridade.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2015.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese: Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.68-80, jan./jul. 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.27-53, 2010. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1981-77462010000100003

BORGES, Maria Jucineide Lopes; SAMPAIO, Aletheia Soares; GURGEL, Idê Gomes Dantas. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciênc Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.147-156, jan. 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232012000100017.

BRASIL. Constituição (2011). Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Coletânea de Legislação e Jurisprudência: Legislação Federal e marginália**. Brasília, DF, 28 jun. 2011. p. 1-3.

_____. Constituição (1990). 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. **Coletânea de Legislação e Jurisprudência: Legislação Federal e marginália**. Brasília, DF, 19 set. 1990b. p. 18068-18071.

_____. Constituição (1996). Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Coletânea de Legislação e Jurisprudência: Legislação Federal e marginália**. Brasília, DF.

_____. Constituição (2004). Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginália**. Brasília, DF, p. 37-41.

_____. Constituição (2013). Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013f. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde. **Coletânea de Legislação e Jurisprudência:** Legislação Federal e marginalia. Brasília, DF, p. 64.

_____. Constituição (2006). Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Portaria Nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006.** Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 13 mar. 2016.

_____. Constituição (2001). Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Lex:** Legislação Federal e marginalia. Brasília, DF.

_____. Constituição (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Coletânea de Legislação e Jurisprudência.** Brasília, DF, 02 jun. 2013g. p. 59-62. Legislação Federal e marginalia.

_____. Coordenação de Informações Estratégicas. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância à Saúde. Departamento de DSTs, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico:** HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 68 p.

_____. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 28 p.

_____. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Histórico de cobertura da saúde da família.** 2003. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 17 ago. 2014.

_____. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Histórico de cobertura da saúde da família**. 2013d. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 17 ago. 2014.

_____. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

_____. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 114 p. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. **Equipe da Saúde da Família: Como funciona?**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 13 mar. 2016a.

_____. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 16 p.

_____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Saúde. **Brasil avança em direção ao cumprimento da meta 90-90-90**. 2015b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2015/brasil-avanca-em-direcao-ao-cumprimento-da-meta-90-90-90>>. Acesso em: 22 mar. 2016

_____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 98 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2015.

_____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Cadernos de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde,

2014b. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56264/p_caderno_boas_praticas_pdf_p__32688.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2015.

_____. Divisão de Documentação e Informações. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População residente enviada ao Tribunal de Contas da União**. 2013e. Disponível em:

<ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/serie_2001_2013_TCU.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal: Florianópolis, Santa Catarina**. 2016. Disponível em:

<[http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=420540&idtema=118&search=santa-catarina|florianopolis|indice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm-\(=>](http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=420540&idtema=118&search=santa-catarina|florianopolis|indice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm-(=>)>. Acesso em: 15 mar. 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Infográficos: dados gerais do município. 2016. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=420540>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Cinco passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 8 p. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55883/coordendores_pdf_46953.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2014.

_____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a. 10 p. Disponível em:

<http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

BRASILEIRO, Marislei Espíndula; CUNHA, Luiz Carlos da. Diagnósticos de enfermagem em pessoas acometidas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em Terapia Antirretroviral. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 19, p.392-396, jul./set. 2011. Disponível

em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a09.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 11-15.

CAMPOS, Cristina de. A transformação da cidade pela educação sanitária. A atuação do sanitarista Geraldo Horácio de Paula Souza em São Paulo, 1922 – 1927. **Revista Seminário de História da Cidade e do Urbanismo**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.1-11, 2000. Disponível em: <<http://unuhoopedagem.com.br/revista/rbeur/index.php/shcu/article/view/749/724>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidados para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. **Gestão em redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 165-184.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface (Botucatu)**, [s.l.], v. 13, p.545-555, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832009000500007>

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 113-126.

COSTA, Filipe Ferreira; CALVO, Maria Cristina Marino. Evaluation of the Family Health Strategy implementation in Santa Catarina in 2004 and 2008. **Rev Bras Epidemiol**, [s.l.], v. 17, n. 2, p.557-570, 2014. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/1809-4503201400020020eng.

CRESWELL, John W.. Revisão da Literatura. In: CRESWELL, John W.. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010a. Cap. 2. p. 48-75.

_____. Métodos Qualitativos. In: CRESWELL, John W.. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010b. Cap. 9. p. 206-237.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S.. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S.. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 1. p. 15-42.

DESLAURIERS, Jean-pierre; KÉRISIT, Michéle. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 126-153.

DOURADO, Inês et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev Saude Publica**, [s.l.], v. 40, p.9-17, 2006. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0034-89102006000800003.

FARIAS, Talden Queiroz et al. Políticas públicas de DST/AIDS e concretização de direitos humanos. **Revista Âmbito Jurídico**, [s.l.], v. 10, n. 40, p.1-4, abr. 2007. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=3912>. Acesso em: 30 dez. 2015.

FIUZA, Maria Luciana Teles et al. Adherence to antiretroviral treatment: comprehensive care based on the care model for chronic conditions. **Esc Anna Nery**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.740-748, 2013. GN1 Genesis Network. DOI: 10.5935/1414-8145.20130019.

FLORIANÓPOLIS (Município). Constituição (2007). Portaria nº 283, de 06 de agosto de 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. **Lex**: Gabinete do Secretário, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis, SC, 06 ago. 2007.

_____. **Capital é a melhor do país em atenção básica à saúde:** Ministério da Saúde certifica 90% das equipes de Saúde da Família como acima ou muito acima da média no PMAQ. 2015.

Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/mobile/index.php?pagina=notpagina-i=12986>>. Acesso em: 12 out. 2015.

_____. Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde.

Diretoria de Planejamento Informação e Captação de Recursos.

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **3º Diagnóstico**

Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis:

subsídio para a construção do Plano Municipal de Saúde 2014.

Florianópolis: Prefeitura de Florianópolis, 2013a. 11 p.

_____. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Divisão dos Distritos Sanitários por Centros de Saúde no Município de Florianópolis.** 2013b. Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>>. Acesso em: 22 set. 2014.

_____. Vigilância Epidemiológica em Saúde. Vigilância em

Saúde. Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis. **Perfil**

epidemiológico da aids em Florianópolis: analisando a epidemia até o ano de 2010. Florianópolis: Prefeitura de Florianópolis, 2012. 12 p.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica.

Cad Saude Publica, [s.l.], p.388-394, 2011. FapUNIFESP (SciELO).

DOI: 10.1590/s0102-311x2011000200020.

FORMOZO, Gláucia Alexandre; OLIVEIRA, Denize Cristina de.

Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Rev Bras Enferm**, [s.l.], v. 63, n. 2, p.230-237, 2010.

FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0034-71672010000200010.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. Conceito e prática da

integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p.1135-1141, out. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000500015&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 dez. 2015.

GIBBS, Graham. Natureza da análise qualitativa. In: GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 1. p. 15-26.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; SILVA, Érika Machado Pinto; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev Lat Am Enfermagem**, [Ribeirão Preto], v. 3, n. 19, mai.-jun. 2011.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Características da resposta à Aids de secretarias de saúde, no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.954-975, 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-12902012000400014.

GUEDES, Heloisa Helena da Silva; STEPHAN-SOUZA, Auta Iselina. A educação em saúde como aporte estratégico nas práticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS: o papel da equipe de saúde. **Revista de APS**, [s.l.], v. 12, n. 4, p.388-397, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.pelavidda.org.br/site/wp-content/uploads/2012/09/A-ES-como-aporte-estrategico-nas-praticas-de-saude-voltadas-ao-FIV-Aids.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

LANGBECKER, Andrea; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Características históricas da construção do SUS em São Paulo. In: IBANEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Herique D'Ângelo. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2011. Cap. 25. p. 649-662.

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE (LAPPIS). **Sobre o LAPPIS**. 2014. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/site/quem-somos/sobre>>. Acesso em: 3 set. 2014.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.867-874, 2011. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-12902011000400005.

LIMA, Thaísa Góis Farias de Moura Santos; CAMPOS, Rodrigo Pires de. O perfil dos projetos de cooperação técnica brasileira em aids no mundo: explorando potenciais hipóteses de estudo. **Reciis**, [s.l.], v. 4, n.

1, p.119-133, 31 mar. 2010. Fundacao Oswaldo Cruz.
<http://dx.doi.org/10.3395/reciis.v4i1.352pt>.

LOPERA, Mónica M.; EINARSON, Thomas R.; BULA, Jorge Iván. Out-of-pocket expenditures and coping strategies for people living with HIV: Bogotá, Colombia, 2009. **AIDS Care**, [s.l.], v. 23, n. 12, p.1602-1608, dez. 2011. Informa UK Limited. DOI: 10.1080/09540121.2011.579938.

LUPPI, Carla Gianna et al. Atenção Primária/Atenção Básica. In: IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Herique D'Ângelo. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2011. Cap. 14. p. 332-353.

LUZ, Priscilla Mesquita; MIRANDA, Karla Correa Lima. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/aids como forma de cuidar. **Ciênc Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, p.1143-1148, 2010. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232010000700022.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; OLIVEIRA, Roseli da Costa. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo Antônio; MATTOS, Ruben de Araújo. **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS/CEPESC/IMS/UERJ, 2006. Cap. 4. p. 51-64.

MALISKA, Isabel Cristina Alves. **A implantação das políticas de saúde em aids no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010**. 2012. 317 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MATTIONI, Fernanda Carlise; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; SCHIMITH, Maria Denise. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto Contexto - Enferm.**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.263-271, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-07072011000200007.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS,

Ruben Araújo; PINHEIRO, Roseni (Org.). **Os sentidos da integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 39-64.

MATUMOTO, Silvia et al. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Rev Lat Am Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.123-130, 2011. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-11692011000100017.

MEIRELLES, Betina Horner Schindwein et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/aids. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p.68-76, set. 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_pdf/a07v11n3.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2015.

MELLO, Guilhermes Arantes. Modelos assistenciais de saúde pública paulista: o centro de saúde ordenando a história. In: IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Herique D'Ángelo. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. Cap. 25. p. 663-688.

MELLO, Guilherme Arantes; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. **Hist Cienc Saude Manguinhos**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.1131-1149, 2011. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-59702011000400010.

_____. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **Hist Cienc Saude Manguinhos**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.1219-1240, 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-59702012000400007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

MONTEIRO, Ana Lúcia; VILLELA, Wliza Vieira. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Rev. Psicol.**

Polít., [s.l.], v. 9, n. 17, p.25-45, jun. 2009. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1519-549X2009000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 dez. 2015.

NASCIMENTO, Ana Paula da Silva; SANTOS, Lúcia de Fátima; CARNUT, Leonardo. Atenção primária à saúde via estratégia saúde da família no Sistema Único de Saúde: uma introdução sobre os problemas inerentes à operacionalização de suas ações. **JMPHC. Journal Of Management And Primary Health Care**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.18-24, 2011. Disponível em:
<<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/12>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad Saude Publica**, [s.l.], v. 25, n. 9, p.2012-2020, 2009. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0102-311x2009000900015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **HIV Programme: Achieving our goals**. Operational plan 2014-2015. Paris: OMS, 2014. 36 p. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112666/1/9789241507110_en_g.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 set. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração de Alma Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários De Saúde, 1, 1978, Alma-Atá (CAZ). **Declaração**. Alma-Atá (CAZ): ONU, 1978.

_____. Declaração Política sobre HIV/VIH/AIDS/SIDA: intensificando nossos esforços para eliminar o HIV/VIH/AIDS/SIDA. In: ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 65, 2011, New York (USA). **Declaração**. New York (USA): ONU, 2011.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [s.l.], v. 377, n. 9779, p.1778-1797, maio 2011. Elsevier BV. DOI: 10.1016/s0140-6736(11)60054-8. Disponível em:

<<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S0140673611600548?httpAccept=text/xml>>. Acesso em: 22 dez. 2015.

PALÁCIO, Marília Belfiore; FIGUEIREDO, Marco Antônio de Castro; SOUZA, Lícia Barcelos de. O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência.

Revista Psico, [s.l.], v. 43, n. 3, p.360-367, jul./set. 2012. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/9816/8237>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

PFEIFFER, James et al. Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique - a case study. **JIAS**, [s.l.], v. 3, n. 13, p.1-9, 2010. Springer Science + Business Media. DOI: 10.1186/1758-2652-13-3.

PEREIRA, Adriana Jimenez; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciênc Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 7, p.3249-3257, jul. 2011. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232011000800024.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 65-112.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Ims/uerj/cepesc/abrasco, 2005. p. 21-36.

PIRES, Álvaro P.. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 154-211.

POUPART, Jean. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, Jean et al. **A**

pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 215-253.

QSR INTERNACIONAL PTY LTDA. **Visão geral do NVivo:** Software de suporte para pesquisa de métodos qualitativos e mistos. Disponível em: <http://www.qsrinternational.com/other-languages_portuguese.aspx>. Acesso em: 27 set. 2014.

RAMOS, Alberto Novaes et al. AIDS in Brazilian Children: History, Surveillance, Antiretroviral Therapy, and Epidemiologic Transition, 1984–2008. **AIDS Patient Care and STDS**, [s.l.], v. 25, n. 4, p.245-255, abr. 2011. Mary Ann Liebert Inc. DOI: 10.1089/apc.2010.0378.

SALA, Arnaldo et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.948-960, 2011. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-12902011000400012.

SAMPAIO FILHO, Francisco Jucier da Luz et al. The life of the adolescent with hiv/aids and self-care: a descriptive study. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.89-105, 2013. GN1 Genesis Network. DOI: 10.5935/1676-4285.20133812.

SANT'ANNA, Ana Carolina Cunha; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Efeitos da condição sorológica sobre as escolhas reprodutivas de mulheres HIV positivas. **Psicol Reflex Crit**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.244-251, 2009. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0102-79722009000200011

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos; DEVEZA, Michael. A AIDS como condição crônica e o papel do Médico de Família e Comunidade e da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, [s.l.], v. 7, n. 22, p.10-20, 29 ago. 2012. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). DOI: 10.5712/rbmfc7(22)172.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. **Interface (Botucatu)**, [s.l.], v. 9, n.

16, p.53-66, 2005. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1414-32832005000100005.

SILVA, José Augusto de Souza; VAL, Luciane Ferreira do; NICHIATA, Lucia Yasuko Izumi. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/Aids: uma revisão da literatura. **O Mundo da Saúde**, [São Paulo], v. 1, n. 34, p.103-108, 2010.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. **Gestão em redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 61-90.

SOUZA, Bruna Bezerra et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **JMPCH. Journal Of Management And Primary Health Care**, [s.l.], v. 1, n. 1, p.23-26, 2010. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/5>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, [s.l.], v. 20, n. 3, p.953-972, 2010. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0103-73312010000300014.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, [s.l.], v. 83, n. 3, p.457-502, set. 2005. Wiley-Blackwell. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. Disponível em: <<http://api.wiley.com/onlinelibrary/tdm/v1/articles/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, p.3615-3624, 2010. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232010000900036.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). Organização das Nações Unidas (ONU). **A ONU e a resposta à aids no Brasil**. Brasília: UNAIDS, 2013. 60 p. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/onu_resposta_aids_brasil.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2014.

Organização das Nações Unidas (ONU). **Getting to zero: 2011-2015 strategy** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). New York (USA): UNAIDS, 2011. 64 p. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2015.

VAL, Luciane Ferreira do. **Desafios da integralidade na atenção à DST/HIV/AIDS**: a vulnerabilidade programática nas unidades básicas de saúde do município de São Paulo. 2012. 273 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08012013-110534/pt-br.php>>. Acesso em: 02 jan. 2016.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.133-141, 2013. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1414-81452013000100019

VILLARINHO, Mariana Vieira et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev Bras Enferm**, [s.l.], v. 66, n. 2, p.271-277, 2013. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0034-71672013000200018.

VILLARINHO, Mariana Vieira. **Evolução das práticas de cuidado dos trabalhadores da saúde às pessoas que vivem com HIV/aids, em**

um hospital referência em doenças infecto contagiosas de Santa Catarina: no período de 1986 a 2006. 2012. 287 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

VILLARINHO, Mariana Vieira; PADILHA, Maria Itayra. Percepção da Aids pelos profissionais da saúde que vivenciaram a epidemia durante o cuidado prestado às pessoas com a doença, em Florianópolis (SC), Brasil (1986-2006). **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 6, p.1951-1960, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.08102013>.

XAVIER, Caco; GUIMARÃES, Cátia. Uma semiótica da integralidade. O signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005. p. 133-155.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; BOTH, Nalu Silvana. "A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. **Fractal, Rev Psicol**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.41-58, 2013. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1984-02922013000100004.

_____. Problematizando a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família. **Revista Polis e Psique**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.99-119, 2012. Disponível em:
<<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/30512/25707>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

APÊNDICE A

A integralidade no cuidado à Pessoa que Vive com HIV/Aids na Atenção Básica à Saúde

Roteiro de entrevista semiestruturada

Data da entrevista:

Ordem da Entrevista:

Identificador da entrevista:

Entrevistador:

Entrevistado:

Dados profissionais:

Sexo:

Idade:

Formação:

Tempo de formação:

Local de trabalho:

Cargo ocupado:

Tempo de atuação no cargo:

Tempo de atuação nos CS como enfermeiro assistencial (para coordenadores):

A integralidade no cuidado em Atenção Básica à Pessoa que Vive com HIV/Aids:

1. Como acontece/ocorre o cuidado a Pessoa que Vive com HIV/aids (PVHA) aqui no CS?
2. Você desenvolve cuidados às PVHA em seu CS?
 - 2.1 Se sim, de que forma isso ocorre?
 - 2.2 Se não, por que você acha que isso acontece?
3. Quando ocorrem dúvidas acerca do manejo clínico ou abordagem da PVHA, você recorre ao suporte de outro profissional ou estabelecimento de saúde?
 - 3.1 Se sim, de que forma isso ocorre?
 - 3.2 Se não, porque você acha que isso acontece?
4. Quando há necessidade de encaminhamento desse usuário para outros serviços de saúde, como acontece esse processo?
5. O que você entende por integralidade?
 - 5.1 Ela acontece na sua prática?
 - 5.2 Quais as dificuldades e/ou desafios que você percebe para trabalhar nessa perspectiva.
6. O que você pensa sobre a condução terapêutica e acompanhamento das PVHA na ABS?

6.1 O que você vê de positivo nessa proposta? Por quê?

6.2 O que você vê de negativo nessa proposta? Por quê?

7. Relate uma experiência que você vivenciou como enfermeira aqui no CS que possa evidenciar a importância da integralidade no cuidado às PVHA.

APÊNDICE B

Figura 1- Quadro de distribuição da frequência dos enunciados dos enfermeiros entrevistados, Florianópolis, 2015.

Pré- Categoria	Enunciados	Entrevistas															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Como é o cuidado em HIV/aids na ABS	(Sub) Notificação de casos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Ações de promoção e prevenção	X	X	X	X	X	X	X				X	X			X	
	Atenção multidisciplinar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	Acompanhamento e monitoramento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	A situação do profissional nesse contexto					X					X					X	X
	O diagnóstico	X	X	X		X					X			X	X	X	X
	Assistência clinicamente complexa										X						
	Atenção centrada na pessoa e suas necessidades	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X		
	Religião e tratamento					X								X			
	Apoio psicológico	X	X	X		X	X	X		X				X	X		X
	Estigma, preconceito e sigilo	X		X			X		X	X			X	X	X		
	Informação e educação em saúde	X	X			X	X		X	X	X	X		X	X		
	Sensibilização para autocuidado e TARV	X	X	X		X	X	X		X	X			X	X		X
Perfil profissional condiciona o cuidado prestado	X	X	X	X													
HIV como condição crônica		X	X	X	X	X										X	
HIV + Tuberculose									X		X			X			
Vulnerabilidade sócio-econômica-cultural	X		X	X	X	X	X	X	X	X			X			X	
Fluxo de atendimento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Atendimento médico-centrado			X			X			X	X							
Adesão e suas questões		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Busca ativa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Visita domiciliar		X			X	X	X	X				X		X	X	X	

Pré- Categoria	Enunciados	Entrevistas															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Embate a fragmentação do indivíduo												X				
	Atenção multiprofissional					X				x	x						
	A integralidade e a realidade de trabalho	X	x	x	x	x	x	x				x	x				
	Atenção compartilhada na rede										X						
	Atenção centrada na pessoa	X	x	x	x						x	x	x				
	Respeito a autonomia do sujeito					X											
	Acessibilidade					X	x	x	x					x			
	Responsabilização da equipe da ESF							X						x	x		
	Longitudinalidade											X					
	Prevenção e Promoção da Saúde							X									x
Manejo do HIV na ABS	As fragilidades	X	x	x	x					x	x	x			x	x	x
	As potencialidades	X		x	x	x	x	x	x				x	x	x	x	x
	Promovendo a integralidade em HIV/aids na ABS							X						x	x		x
Total de enunciados		29	5	7	1	11	3	2	0	0	2	2	0	1	0	0	0

Fonte: as autoras, 2015.

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, enfermeira Aline Daiane Colaço, sob orientação da Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles, estou desenvolvendo um estudo para a elaboração de minha dissertação de mestrado intitulada “*Integralidade no Cuidado à pessoa com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde*”. Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente desta pesquisa, que tem como objetivo “*compreender a percepção dos enfermeiros acerca da integralidade no cuidado à pessoa com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde*”. A pesquisa se justifica pelos benefícios esperados do conhecimento e reflexão acerca da construção teórica do conceito de integralidade nas práticas de saúde, na perspectiva da mudança e reorganização constante dos modelos de atenção em saúde em HIV/aids e melhoria deste cuidado. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada, em uma única sessão, com duração estimada de 30 minutos. As entrevistas serão previamente agendadas e registradas por meio de um gravador digital de áudio, a fim de dar maior fidedignidade às suas informações. Também serão observadas as práticas de cuidado a pessoa com HIV/aids no período das entrevistas, e estas observações serão anotadas no diário de campo da pesquisadora para posterior análise. Vale salientar que após a transcrição na íntegra das entrevistas, a ser realizada pela pesquisadora, os arquivos de áudio serão destruídos a fim de garantir o sigilo do participante. Os dados da pesquisa serão mantidos sob sigilo, pela pesquisadora, por um período de até cinco anos, e após isso serão destruídas. A sua participação nesta pesquisa não trará benefícios diretos ou qualquer vantagem financeira, mas poderá contribuir na construção do cuidado integral as pessoas com HIV/Aids. Durante a entrevista você poderá sentir-se desconfortável com as perguntas e reflexões, ou ainda, recordar lembranças ou sentimentos desconfortáveis que poderão lhe afetar emocionalmente. Caso isso aconteça, a pesquisadora irá oferecer apoio imediato e/ou integral. Além disso, é garantida a liberdade de desistência na participação do estudo, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, punição ou discriminação por isso. Os procedimentos adotados neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) atendem aos critérios de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa tem a aprovação e acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CESPH) da Universidade Federal de Santa

Catarina (UFSC). O CEPESH é composto por um grupo de pessoas que trabalham para avaliar se a pesquisa está sendo executada de forma ética, respeitando os direitos do participante. Caso você aceite participar deste estudo, garantirei o sigilo e privacidade das informações durante todo o estudo e após o término do mesmo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição e serão utilizados pela pesquisadora para fins acadêmicos como publicações em revistas, apresentações em congressos e eventos nacionais e/ou internacionais, permanecendo confidencial a identificação do participante.

Em caso de dúvidas relacionadas aos procedimentos éticos da pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo telefone (48) 3721-9661, ou ainda, com as pesquisadoras através do endereço: Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Campus Reitor João David Ferreira Lima. Bairro Trindade / Florianópolis/SC - CEP 88040-900. Prof^ª. Dra. Hörner Schlindwein Meirelles - (48) 3721-9480 – e-mail: betina.hsm@ufsc.br, ou, En^ª. Mestranda Aline Daiane Colaço - (48) 3879-6676 - e-mail: aline.colaco216@gmail.com.

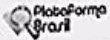

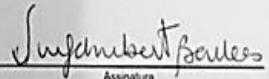
Eu, _____, RG n. _____ entendi que a pesquisa é sobre *Integralidade no Cuidado em Atenção Básica à Pessoa que Vivem com HIV/Aids*. Fui esclarecido (a) sobre a pesquisa e aceito participar voluntariamente da mesma. Concordo que os dados provenientes da entrevista concedida por mim sejam utilizados para fins acadêmicos. Declaro ainda que, recebi uma cópia deste TCLE, que foi elaborado em duas vias, sendo rubricadas todas as suas páginas e assinado por mim e a enfermeira pesquisadora Aline Daiane Colaço.

Assinatura _____ do
participante: _____

Assinatura _____ do
pesquisador: _____

Florianópolis, _____, de _____ de 2015.

ANEXO A

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: A integralidade no cuidado à pessoa que vive com HIV/AIDS na Atenção Básica à Saúde.		2. Número de Participantes da Pesquisa: 18	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4: Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Betina Hömer Schindwein Merelles			
6. CPF: 498.248.309-44		7. Endereço (Rua, n.º): GOVERNADOR IRINEU BORNHAUSEN 3188 AGRONOMICA Apto 801 FLORIANOPOLIS SANTA CATARINA 88072200	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (48) 3228-1546	10. Outro Telefone:
12. Cargo: Professora		11. Email: betina.hsm@ufsc.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: 02 / 12 / 2014		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Federal de Santa Catarina		14. CNPJ: 83.899.526/0001-82	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (48) 3721-9206		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: VANIA HELE SCHUBERT BAQUES		CPF: 356.962.140-53	
Cargo/Função: Prof. Dra. Vânia Marli Schubert Baques			
Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC			
Portaria nº 231/GP/2013			
Data: 02 / 12 / 2014		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO B

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Integralidade no cuidado à pessoa que vive com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde.

Pesquisador: Betina Hömer Schindwein Meireles

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41516114.1.0000.0115

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 966.976

Data da Relatoria: 26/02/2015

Apresentação do Projeto:

Este estudo trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo compreender a percepção dos enfermeiros acerca da Integralidade no cuidado à pessoa com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde. A abordagem utilizada será qualitativa, exploratória e descritiva. O estudo será desenvolvido em cinco centros de saúde, componentes da rede de atenção básica à saúde, do município de Florianópolis, Santa Catarina, de fevereiro a abril de 2015. Os participantes da pesquisa serão os enfermeiros que atuam nesse cenário e que possuem tempo de experiência mínima de trabalho de seis meses. Para a coleta de dados utilizar-se-á a técnica de entrevista semi-estruturada com o auxílio de um instrumento a ser validado previamente a coleta de dados. As entrevistas serão transcritas e analisadas pela pesquisadora utilizando a estratégia de análise comparativa. Os resultados dessa pesquisa irão compor os resultados de uma dissertação de mestrado em enfermagem e serão passíveis de publicação e vinculação em meio acadêmico e científico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a percepção dos enfermeiros acerca da Integralidade no cuidado à pessoa com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde de uma capital do sul do país.

Endereço: Rua Salemas Junior, 350, Ander Túmco - Biblioteca
Bairro: Centro CEP: 88.015-130
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3212-1880 Fax: (48)3212-1880 E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 969.676

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante a entrevista o participante poderá sentir-se desconfortável com as perguntas e reflexões, ou ainda, recordar lembranças ou sentimentos desconfortáveis que poderão lhe afetar emocionalmente. Caso isso aconteça, a pesquisadora irá oferecer apoio imediato e/ou integral.

Benefícios:

Problematização do conhecimento em saúde acerca do construto teórico da integralidade. A identificação da maneira pela qual se dá a concretização da integralidade nas práticas de saúde. A emergência de discussões/problematização acerca da mudança do modelo de atenção às PVHA para a Atenção Básica à Saúde. Propiciar maior visibilidade ao conceito da integralidade. Amplificar os olhares para a questão da Aids e da magnitude de viver com a doença, uma vez que Santa Catarina apresenta o segundo maior índice nacional de notificação de novos casos da infecção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Entende-se que este estudo poderá esclarecer e produzir conhecimentos sobre o tema pesquisado, oferecendo benefícios aos participantes, tanto pelos momentos de reflexão oportunizados pela pesquisa, como também, com a produção dos resultados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado, conforme avaliado apresentou todos os termos de apresentação.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu a todas as solicitações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreiação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado sem ressalvas.

Endereço: Rua Esteves Junior, 350, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro CEP: 88.015-130
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3212-1690 Fax: (48)3212-1690 E-mail: cepces@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 995.976

FLORIANÓPOLIS, 27 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
ELIANE MARIA STUART GARCEZ
(Concedente/autor)

Endereço: Rua Estrelas Junior, 350, Anel Térmico - Biblioteca
Bairro: Centro CEP: 88.015-130
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3212-1980 Fax: (48)3212-1980 E-mail: ocpases@saude.sc.gov.br

Página 03 de 03