

Bruna Coelho

**GESTÃO DO CUIDADO DOS ADULTOS JOVENS COM  
HIV/AIDS E SUA INTERFACE COM A ADESÃO À TERAPIA  
ANTIRRETROVIRAL EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO  
BRASIL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Betina Hörner Schindwein Meirelles

Florianópolis  
2018

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

Coelho, Bruna  
GESTÃO DO CUIDADO DOS ADULTOS JOVENS COM  
HIV/AIDS E SUA INTERFACE COM A ADESÃO A TERAPIA  
ANTIRRETROVIRAL EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL /  
Bruna Coelho ; orientadora, Betina Hörner  
Schlindwein Meirelles, 2018.  
160 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,  
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Síndrome de Imunodeficiência  
Adquirida. 3. Enfermagem. 4. Gestão em saúde. 5.  
Adulto jovem. I. Meirelles, Betina Hörner  
Schlindwein . II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
III. Título.

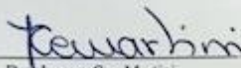
BRUNA COELHO

GESTÃO DO CUIDADO DOS ADULTOS JOVENS COM HIV/AIDS E SUA  
INTERFACE COM A ADEÇÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM UM  
MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Essa dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

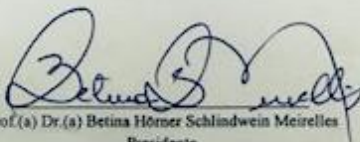
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 01 de dezembro de 2017, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Cuidado e Saúde em Enfermagem.

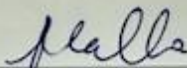


Dra. Jussara Gue Martini  
Coordenadora do Programa

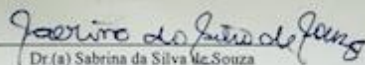
Banca Examinadora:



Prof. Dr. (a) Betina Hörner Schlindwein Meirelles  
Presidente



Dr. (a) Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello  
Membro



Dr. (a) Sabrina da Silva de Souza  
Membro



Dr. (a) Veridiana Tavares Costa  
Membro

Dr. (a) Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni  
Membro Suplente



## AGRADECIMENTOS

Este é um momento muito especial, no qual gostaria de agradecer algumas pessoas que sempre estiveram ao meu lado, pois sem sua ajuda e carinho, não poderia alcançar este sonho.

Em primeiro lugar, agradeço a **Deus**, que sempre esteve ao meu lado, guiando meus pensamentos e renovando minha fé.

Agradeço aos meus pais **Salésio João Coelho e Marilene Verônica Coelho**, à minha irmã **Bárbara Coelho** e ao meu namorado **Gustavo Pintarelli** pelo amor e carinho incondicional. Sempre estiveram ao meu lado, apoiando-me e iluminando meu caminho. São mais do que minha família, são amigos que recebi como presente em minha vida!

À **equipe da unidade ESF Dr Armando Zonta**, que desde o dia de meu ingresso em Setembro de 2016 sempre me apoiaram e fizeram minha carga horária semanal de 40h passar de forma muito mais leve com o apoio e amizade de todos. Um agradecimento especial à **Enfermeira Cilene Lindoso** que sempre esteve disponível para fazer as trocas de turno nos dias das minhas aulas. Um grande agradecimento também à **Enfermeira Marlene e ao Secretário Municipal de Saúde Enilson Erley de Freitas** que me permitiram continuar o Curso de Mestrado em conciliação com meu trabalho.

À minha orientadora Profa. **Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles** um agradecimento carinhoso por todos os momentos de aprendizagem, confiança e compreensão. Seus ensinamentos farão parte da minha vida. Muito obrigada por acreditar em mim!

À **Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pelo acolhimento como mestranda e por possibilitarem o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos **professores do PEN/UFSC**, pelo conhecimento e experiência compartilhados no decorrer do mestrado.

Aos **profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis participantes deste estudo**, por estarem sempre dispostos a me ajudar, e que colaboraram para o desenvolvimento deste estudo.

Às professoras **Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e Dr<sup>a</sup> Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni**, à **Dr<sup>a</sup> Sabrina da Silva de Souza**, **Dr<sup>a</sup> Veridiana Tavares Costa** e à **Doutoranda Valdete Meurer Kuehlkmap**, membros da Banca de Qualificação e Banca Examinadora, meu profundo agradecimento por terem aceitado o convite e disponibilizado seu tempo para contribuir no aperfeiçoamento do meu trabalho.

Aos **integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisas em**

**Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES)**, pelo carinho e ensinamentos desde meu ingresso no grupo de pesquisa. Vocês são pessoas especiais. Nunca esquecerei a ajuda de vocês!

À **turma do Mestrado Acadêmico 2016**, em especial às minhas amigas **Marcia Danieli Schimitt, Larissa Gutierrez de Mendonça** e aos meus amigos **Murilo Pedroso Alves e Fernando Miguel**, gostaria de agradecer pela convivência, amizade, carinho e companheirismo. Essa caminhada foi mais prazerosa com a companhia de vocês!

Aos funcionários do PEN/UFSC, em especial à **Monique Vicente Rocha**, pela atenção e disposição para ajudar. Sempre nos atendendo com muito carinho, dedicação e competência.

E a **todos aqueles que torceram por mim** e, de algum modo, contribuíram para a realização deste estudo.

**Muito obrigada!**

## RESUMO

A Aids, causada pelo HIV, vem apresentando um aumento significativo na taxa de detecção entre pessoas com 15 a 24 anos. O surgimento da Terapia Antirretroviral modificou a história da infecção pelo HIV. A Aids passou a ser considerada uma condição crônica, permanente, passível de controle. O objetivo da terapia antirretroviral é evitar o enfraquecimento imunológico das Pessoas que Vivem com HIV/Aids e auxiliar na diminuição da morbidade e mortalidade, melhorando a qualidade e a expectativa de vida. A não-adesão à terapia para o combate ao HIV/Aids se destaca como uma ameaça a efetividade do tratamento e a disseminação de vírus-resistência. Desta forma, a atuação dos profissionais de saúde na promoção da adesão à terapia antirretroviral é fundamental. Na busca da resposta a questão: *Como a gestão do cuidado, realizada pela equipe multiprofissional, está relacionada com a adesão à terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids?*, teve-se o objetivo compreender a gestão do cuidado aos adultos jovens com HIV/Aids e sua interface com a adesão à terapia antirretroviral, na perspectiva da equipe multiprofissional da rede de atenção à saúde em um município do sul do Brasil. Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, ancorada pela Teoria Fundamentada dos Dados. Fizeram parte deste estudo 19 profissionais, divididos em dois grupos amostrais, sendo o primeiro grupo constituído por 14 profissionais da equipe multiprofissional da Atenção Especializada, o segundo grupo foi formado por 5 profissionais, sendo deles 3 atuantes na Secretaria Municipal de Saúde e 2 profissionais da Atenção Básica. O período de coleta de dados foi de Julho a Setembro de 2017. Foi utilizado o software NVivo10® para auxiliar na organização dos dados durante o processo de análise. Conforme prevê o método, os processos de coleta e análise dos dados ocorreram simultaneamente. Do processo analítico dos dados, emergiu o fenômeno “Compreendendo a adesão à terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids alicerçada a gestão do cuidado realizada pelos profissionais da Rede de atenção à saúde”, emergido a partir da interação das três etapas que compõem o modelo paradigmático, referente aos componentes condições, ações-interações e consequências, sendo intituladas, respectivamente: “Percebendo a importância dos múltiplos fatores, dos diferentes sujeitos envolvidos no cuidado e dos sistemas de informação e serviços no processo de adesão à TARV dos adultos jovens com HIV/Aids”, “Desvelando a gestão do cuidado no incentivo a adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids”, “O compartilhamento do cuidado da Pessoa Vivendo com HIV/Aids, em

especial dos adultos jovens, e a estruturação de linha do cuidado para suprir esta nova demanda”. O cuidado aos adultos jovens com HIV/Aids ainda está centrado na Atenção Especializada, porém a Linha de Cuidado das Pessoas vivendo com HIV/Aids passa por um processo de reestruturação. Com o novo modelo, tem-se a inclusão do manejo do HIV nos serviços da atenção primária, concomitantemente ao estabelecimento de um modelo assistencial matriciado e mais resolutivo. Desta forma, o cuidado da PVHA passa a ser compartilhado dentro dos diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Gestão em saúde. Adulto jovem. HIV Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Enfermagem. Empatia



## ABSTRACT

AIDS, caused by HIV, has seen a significant increase in detection rates among people aged 15-24 years. The emergence of antiretroviral therapy has changed the history of HIV infection. AIDS has come to be considered a chronic condition, permanent, subject to control. The goal of antiretroviral therapy is to avoid the immune weakening of people living with HIV / AIDS and to help reduce morbidity and mortality, improving quality and life expectancy. Non-adherence to drugs to treat HIV / AIDS stands out as a threat to the effectiveness of treatment and the spread of virus-resistance. Thus, the role of health professionals in promoting adherence to antiretroviral therapy is fundamental. In this sense, when questioning how care management, performed by the multiprofessional team, is related to the adherence to antiretroviral therapy of young adults with HIV / AIDS, the objective was to understand the management of care for young adults with HIV / AIDS and its interface with adherence to antiretroviral therapy, from the perspective of the multiprofessional team of the health care network in a municipality in the south of Brazil. It is characterized as a qualitative research, anchored by the Grounded Theory of Data. This study comprised 19 professionals, divided into two samples groups, the first group containing 14 professionals from the multiprofessional team of Specialized Attention, the second group formed by 5 professionals, of which 3 were active in the Municipal Health Department and 2 professionals from the Basic Attention. The data collection period occurred between July and September 2017. NVivo10® software was used to assist in the organization of data during the analysis process. As the method foresees, the processes of data collection and analysis occurred simultaneously. From the analytical process of the data emerged the phenomenon "Understanding the adherence to antiretroviral therapy of young adults with HIV / Aids based on the management of the care carried out by the professionals of the Network of health care", emerged from the interaction of the three stages that make up the respectively: "Realizing the importance of multiple factors, the different subjects involved in care and information systems and services in the process of adherence to ART in young adults with HIV / AIDS", " Coming clear the Care Management in Encouraging Adherence to Antiretroviral Treatment for Young Adults with HIV / AIDS", " Sharing Care for People Living with HIV / AIDS, Especially Young Adults, and care to meet this new demand. " The care of young adults with HIV / AIDS is still focused on Specialized Care, but from the end of the last year to the present day, the Line of Care for People

Living with HIV / AIDS is undergoing restructuring. With the new model, HIV management is included in the primary care services, concomitantly with the establishment of a matricious and more resilient care model. In this way, PLHA care starts to be shared within the different points of the health care network.

**Keywords:** Health Management. Young Adult. HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Nursing. Empathy.

## RESUMEN

El SIDA, causado por el VIH, ha mostrado un aumento significativo en las tasas de detección entre personas de 15 a 24 años. El surgimiento de la Terapia Antirretroviral modificó la historia de la infección por el VIH. El SIDA pasó a ser considerado una condición crónica, permanente, pasible de control. El objetivo de la terapia antirretroviral es evitar el debilitamiento inmunológico de las personas que viven con VIH / SIDA y ayudar a disminuir la morbilidad y mortalidad, mejorando la calidad y la expectativa de vida. La no adhesión a los medicamentos para tratar el VIH / SIDA se destaca como una amenaza a la efectividad del tratamiento y la diseminación de virus-resistencia. De esta forma, la actuación de los profesionales de salud en la promoción de la adhesión a la terapia antirretroviral es fundamental. En este sentido, al cuestionar cómo la gestión del cuidado, realizada por el equipo multiprofesional, está relacionada con la adhesión a la terapia antirretroviral de los adultos jóvenes con VIH / SIDA, se tuvo el objetivo de comprender la gestión del cuidado de los adultos jóvenes con VIH / SIDA y su interfaz con la adhesión a terapia antirretroviral, en la perspectiva del equipo multiprofesional de la red de atención a la salud en un municipio del sur de Brasil. Se caracteriza como una investigación cualitativa, anclada por la Teoría Fundamentada de los Datos. Tuvieron parte en este estudio 19 profesionales divididos en dos grupos de muestras, con el primer grupo constituido por 14 profesionales de equipo multiprofesional de la Atención Especializada, el segundo grupo fue formado por 5 profesionales, siendo de ellos 3 actuantes en la Secretaría Municipal de Salud y 2 profesionales de la Atención Básica. El período de recolección de datos ocurrió entre julio y septiembre de 2017. Se utilizó el software NVivo10® para ayudar en la organización de los datos durante el proceso de análisis. Según el método, los procesos de recolección y análisis de los datos ocurrieron simultáneamente. En el proceso analítico de los datos, emergió el fenómeno "Entendiendo la adhesión a la terapia antirretroviral de los adultos jóvenes con VIH / SIDA basada en la gestión del cuidado realizada por los profesionales de la Red de atención a la salud", emergido a partir de la interacción de las tres etapas que componen el proceso del modelo paradigmático, referente a los componentes condiciones, acciones-interacciones y consecuencias, siendo tituladas, respectivamente: "Percibiendo la importancia de los múltiples factores, de los diferentes sujetos involucrados en el cuidado y de los sistemas de información y servicios en el proceso de adhesión a la TARV de los adultos jóvenes VIH / SIDA ", " Desvelando la gestión del cuidado en el

fomento de la adhesión al tratamiento antirretroviral de los adultos jóvenes con VIH / SIDA ", " El compartir el cuidado de la persona viviendo con VIH / SIDA, en particular de los adultos jóvenes, y la estructuración de línea del cuidado para suplir esta nueva demanda ". El cuidado de los adultos jóvenes con VIH / SIDA aún está centrado en la Atención Especializada, pero desde el final del último año hasta los días actuales, la Línea de Cuidado de las Personas viviendo con VIH / SIDA pasa por el momento de reestructuración. Con el nuevo modelo, se tiene la inclusión del manejo del VIH en los servicios de atención primaria, concomitantemente al establecimiento de un modelo asistencial matriciado y más resolutivo. De esta forma, el cuidado de la PVHA pasa a ser compartido dentro de los diferentes puntos de la red de atención a la salud.

**Palabras clave:** Gestión en Salud. Adulto Joven. VIH. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Enfermería. Empatía.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Modelo paradigmático.....	64
--------------------------------------	----



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Exemplo da etapa de codificação aberta .....	56
Quadro 2 - Exemplo da etapa de codificação axial .....	57
Quadro 3 - Exemplo da etapa de integração.....	58
Quadro 4 - Memorando 01 .....	60
Quadro 5 - Memorando 06.....	60
Quadro 6 - Participantes da pesquisa .....	67





## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica a Saúde  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
ARV – Antirretroviral  
CEPSH – Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos  
CS – Centro de Saúde  
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento  
DNC – Doenças de Notificação Compulsória  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
GC – Gestão do Cuidado  
GEPADES – Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde.  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
HSH – Homens que fazem sexo com Homens  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
IP – Inibidores da protease  
IST – Infecção Sexualmente Transmissíveis  
ITRN/ITRNt – Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos  
ITRNN – Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos  
LAMUF – Laboratório de Saúde Pública do Município de Florianópolis  
LT-CD4 – Lincócitos T CD4  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Panamericana de Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PIB – Produto Interno Bruto  
PVHA – Pessoas que Vivem com HIV/Aids  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RNAJVHA – Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids  
SAE – Serviços de Assistência Especializada  
SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos  
SIM – Sistema de informação sobre Mortalidade  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde

TARV –Terapia Antirretroviral  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TFD – Teoria Fundamentada dos Dados  
UDI – Usuários de Drogas Injetáveis  
UDM – Unidade Dispensadora de Medicamentos  
UNAIDS – Nações Unidas sobre HIV/Aids  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	<b>29</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	29
<b>3</b>	<b>SUSTENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>30</b>
3.1	INFECÇÃO PELO HIV/ AIDS E O CUIDADO.....	30
3.2	O ADULTO JOVEM VIVENDO COM HIV/ AIDS .....	35
3.3	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E A ADESÃO AO TRATAMENTO .....	37
3.4	GESTÃO DO CUIDADO.....	41
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>44</b>
4.1	O PENSAMENTO COMPLEXO .....	44
<b>5</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>49</b>
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	49
5.2	LOCAL DO ESTUDO .....	50
5.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	52
5.4	COLETA E REGISTRO DOS DADOS .....	54
5.5	ANÁLISE DE DADOS.....	55
<b>5.5.1</b>	<b>Memorandos</b> .....	<b>59</b>
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	61
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>63</b>
6.1	REPRESENTAÇÃO DO MODELO TEÓRICO .....	63
6.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	66
6.3	MANUSCRITO 1 .....	68
6.4	MANUSCRITO 2 .....	104
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>138</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>141</b>
	<b>APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada</b> .....	<b>153</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	<b>154</b>
	<b>ANEXO A – Declaração de autorização da pesquisa emitida pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis</b> .....	<b>157</b>

**ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEPESH/UFSC ..... 158**

## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), teve seus primeiros casos nos Estados Unidos da América, Haiti e África Central, sendo que só foi reconhecida como Aids, em meados de 1981, quando se classificou a nova síndrome (KLIMAS; KONERU; FLETCHER, 2008; BRASIL, 2013a). Com o surgimento desta nova doença, no início da década de 80, tem-se a identificação do primeiro caso de Aids em São Paulo no ano de 1980, porém o primeiro caso de Aids notificado no Brasil foi em 1982 (BRASIL, 2013a; SANTA CATARINA, 2011). A Aids está na lista nacional de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) desde 1986, de acordo com a Portaria n. 542 de 22 de dezembro de 1986. Já a Infecção pelo HIV passa a estar na lista nacional de DNC em 2014, conforme a Portaria do Ministério da Saúde n. 1271/2014, de 6 de junho de 2014 (SANTA CATARINA, 2015).

Desde o início da epidemia de Aids no Brasil, em 1980, até junho de 2015 foram registrados no país 798.366 casos de Aids. Nas diferentes regiões do país, a distribuição dos casos de Aids, de 2000 a junho de 2015, é diferenciada, sendo que as regiões Sudeste e Sul as que concentram o maior número de casos registrados, sendo respectivamente 282.759 e 128.746 casos (BRASIL, 2015a).

Segundo relatórios da UNAIDS (2017a), no mundo, no ano de 2016, o número de pessoas vivendo com HIV correspondia um total de 36,7 milhões de habitantes, sendo que, neste mesmo ano, o número de casos novos de infecção pelo HIV e o número de mortes relacionadas à Aids foi respectivamente 1,8 e 1,0 milhão de casos. No Brasil, em 2016, havia 830.000 pessoas vivendo com HIV, 48.000 novas infecções pelo HIV e estima-se que o número de mortes relacionadas à Aids foi 14.000 (UNAIDS, 2017a).

No Ranking de taxa de detecção, por 100 mil habitantes, de casos de Aids notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), segundo capital de residência por ano de diagnóstico, de 2003 a 2015, identificou-se que Florianópolis é a segunda capital brasileira com maiores taxas de incidência, ficando atrás de Porto Alegre. Neste mesmo período, ao avaliar o coeficiente de mortalidade por Aids nas capitais,

Florianópolis ficou na terceira posição, sendo antecedida apenas por Porto Alegre e Belém (BRASIL, 2016a).

Entre os 100 municípios com 100 mil habitantes ou mais, segundo o índice composto pelos indicadores de taxas de detecção, mortalidade e primeira contagem de CD4, de 2011 a 2015, na classificação geral, encontram-se os municípios catarinenses nas seguintes colocações: Itajaí (4º), Lages (16º), São José (17º), Balneário Camboriú (21º), Tubarão (44º), Joinville (57º), Blumenau (70º), Criciúma (84º), Palhoça (91º) e Florianópolis (97º) (BRASIL, 2016a).

Do ano de 1980 até junho de 2015, no Brasil, foram registrados 519.183 (65,0%) casos de Aids em homens e 278.960 (35,0%) em mulheres. Entre os homens, nos últimos dez anos, identifica-se um aumento da taxa de detecção entre aqueles com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos ou mais. Um destaque relevante é o aumento no número de caso em adultos jovens de 15 a 24 anos, tendo em vista que de 2005 para 2014 a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,1 para 6,7 casos por 100 mil habitantes) e entre os de 20 a 24, quase dobrou (de 16,0 para 30,3 casos por 100 mil habitantes) (BRASIL, 2015a). Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de mortes, entre adolescentes, relacionadas com o HIV está aumentando. O HIV é classificado como a segunda causa de mortes de adolescentes no mundo todo (WHO, 2014).

A Aids entre os adultos jovens permanece como um desafio para os profissionais de saúde, com destaque para a tendência do aumento da prevalência da infecção pelo HIV na população jovem. Identifica-se a necessidade de um olhar diferenciado para este grupo etário. Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, é demarcado o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude, estando nesta faixa etária o adulto jovem. Observa-se que há uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014a). A classificação de adultos jovens utilizada pela UNAIDS segue a da OMS/OPS (1985) correspondendo a faixa etária dos 15 aos 24 anos.

O adulto jovem que convive com HIV/Aids transita pela fase do desenvolvimento com características comuns aos adolescentes e jovens que não têm a infecção. As alterações físicas e psicossociais reúnem-se às necessidades específicas do HIV/Aids, como: a descoberta do diagnóstico, as repercussões diárias da doença através da terapêutica e às situações de preconceito e discriminação enfrentadas (MARTINS; MARTINS, 2011). Desta forma, intensifica-se a necessidade de se levar

em consideração características e necessidades socioculturais e demográficas específicas dessa faixa etária (BRASIL, 2014a).

Durante o 3º Encontro Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids, em 2008, foi criada a Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids (RNAJVHA), sob iniciativa dos próprios adultos jovens. A RNAJHA vem contribuindo para o fortalecimento de temáticas referentes à prevenção e as especificidades da juventude soropositiva (UNICEF, 2013).

O surgimento da Terapia Antirretroviral (TARV) modificou a história da infecção pelo HIV. A Aids, que era compreendida como uma doença letal, passou a ser considerada uma condição crônica, permanente, passível de controle, necessitando de orientações específicas ao paciente (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2016b). No Brasil, a partir de 1996, passou-se a fornecer gratuitamente os medicamentos para o tratamento de Aids, de acordo com o decreto de lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a gratuidade de medicamentos aos portadores do Aids e as pessoas acometidas pela aids (BRASIL, 1996; BRASIL, 2016b). Os objetivos da TARV são evitar o enfraquecimento imunológico das Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA) e auxiliar na diminuição da morbidade e mortalidade, melhorando a qualidade e a expectativa de vida (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2016b).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV, é recomendado o início da TARV para todas as PVHA, independente da contagem de CD4, no entanto o tratamento só pode ser iniciado desde que a pessoa seja esclarecida sobre os riscos e os benefícios, respeitando a autonomia do indivíduo. Cabe destacar que a TARV quando iniciada não deve ser interrompida. Quanto mais cedo o tratamento é iniciado, aumenta-se a possibilidade de atingir elevados índices de CD4, melhora na qualidade de vida e no bem estar, diminuindo também as taxas de mortalidade (BRASIL, 2014b).

Além do impacto clínico positivo, o início precoce da TARV está relacionado como uma importante ferramenta na redução da transmissão do HIV, porém o uso da terapia não elimina o risco de transmissão sexual do HIV, devendo-se sempre incentivar o uso do preservativo (BRASIL, 2014b). Para que estes benefícios sejam concretizados é necessária uma boa adesão à TARV, caso contrário pode ocorrer a não supressão viral e o desenvolvimento de resistência às drogas (BRASIL, 2014a).

A adesão ao tratamento significa a ingestão da terapia/medicação antirretroviral na dose e frequência prescritas, sendo considerada boa adesão à tomada de, no mínimo, 80% das doses prescritas. Além do uso correto da terapia medicamentosa, a adesão ao tratamento envolve

também a seguir uma dieta adequada, realizar atividade física, comparecer às consultas agendadas com a equipe multiprofissional; realização de exames de seguimento, retirada dos medicamentos na data estipulada, tomar doses do medicamento em quantidade e horários corretos, não encerrar o medicamento antes do tempo indicado pelo médico e tomar as doses conforme prescrição, não fazendo ajustes próprios (BRASIL, 2015b). Outros documentos consideram a adesão à TARV boa quando há a tomada de, pelo menos, 95% dos medicamentos prescritos (BRASIL, 2014a). Reconhece-se que a adesão ao tratamento é um desafio diário para o adulto jovem que convive com HIV/Aids, incentivar o indivíduo com a condição crônica a escolher pela saúde é um dos propósitos da equipe de saúde. Para isso, os profissionais devem adotar políticas e estratégias que fortaleçam esse processo (BRASIL, 2008; MARTINS; MARTINS, 2011).

Pereira et al. (2012) destacam que a adesão ao tratamento antirretroviral está relacionada a variáveis sócio-demográficas, como: sexo, idade, etnia, escolaridade, renda, religião; e variáveis clínicas, como por exemplo: forma de contágio, tempo de diagnóstico, uso da TARV e presença de doenças oportunistas.

Em uma pesquisa realizada em Chicago, EUA, com jovens entre 16 e 29 anos, buscou-se avaliar a relação de várias condições psicossociais, como: sintomas de depressão, ansiedade, uso de maconha, álcool, relacionadas com o estigmas na adesão à TARV das PVHA. Este estudo foi o primeiro a avaliar a relação de múltiplas condições psicossociais para a adesão à TARV entre jovens com HIV positivo. Foi um estudo semelhante a pesquisas anteriores realizadas com adultos. Como resultado, identificaram várias condições relacionadas com a adesão, sendo que com números crescentes de condições psicossociais desfavoráveis, diminui-se a probabilidade de adesão à TARV (MUTUMBA et al., 2016).

Estudo realizado na Romênia com adultos jovens de 18–24 anos com HIV/Aids evidenciou que a adesão à TARV desta população é uma questão clínica significativa para o atual gerenciamento da epidemia de HIV/Aids. Compreender as percepções do adulto jovem sobre seus comportamentos de adesão e as barreiras psicológicas relacionadas é fundamental para o desenvolvimento de intervenções adequadas para a população. Os resultados deste estudo sugerem que a baixa adesão auto-relatada está associada à experimentação de efeitos colaterais e sofrimento emocional, assim como, percepções de dificuldades de tratamento e exigências de tempo, baixa auto-eficácia, baixa eficácia de tratamento e baixa satisfação com o mesmo (DIMA et al., 2013).



Pesquisa qualitativa, realizada com adultos entre 22 e 52 anos, mostra que apesar do aumento de acessibilidade ao tratamento antirretroviral, a adesão continua sendo um desafio para o sistema de saúde no Brasil. Este estudo de Freitas et al. (2017) identifica que fatores que repercutem na adesão incluem a adaptação ao tratamento e interações sociais mais pobres. Os pacientes que se distanciaram de seus parceiros, família, amigos e vizinhos, em oposição a partilhar a sua experiência com a doença, experimentaram diminuição de apoio de sua rede social repercutindo na adesão ao tratamento (FREITAS et al., 2017).

Estudo realizado em Pernambuco, Brasil, com homens entre 20 e 60 anos, buscou identificar os aspectos sociodemográficos e clínicos e classificar a adesão de homens que vivem com HIV/Aids à terapia antirretroviral. Nos resultados de seu estudo 63,3% dos participantes apresentaram nível de adesão "insuficiente/regular" (adesão à TARV inferior a 80%), o que está relacionado a uma adesão insuficiente para o sucesso do tratamento. Concluem que a adesão é um cuidado difícil e multifatorial (MORAES; OLIVEIRA; COSTA, 2014).

Para o incentivo a adesão à TARV é preciso dispor de um cuidado planejado, utilizando recursos disponíveis, metas e estratégias. O enfermeiro é um dos protagonistas na gestão do cuidado, por ser uma função inerente à sua formação profissional. Para o gerenciamento da assistência, deve-se levar em consideração diversos fatores, sendo o primeiro deles o respeito aos interesses do sujeito no qual o cuidado se refere. O ato de cuidar envolve interação entre sujeito cuidado e o cuidador, devendo-se sempre valorizar e incentivar a autonomia da pessoa no desenvolvimento de suas funções (AGÜERO, KLIJN, 2010; UMPIERREZ, 2013).

O atendimento em saúde às PVHA, em nível ambulatorial, é prestado pelos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids. Estes serviços realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV/Aids. O objetivo dos SAE é proporcionar atendimento de forma integral e com qualidade aos usuários (BRASIL, 2016d). A equipe multiprofissional mínima recomendada é composta por Médico clínico treinado e/ou infectologista, Enfermeiro, Auxiliar e/ou técnico de Enfermagem, Assistente social e/ou Psicólogo (BRASIL, 2013c). Estas equipes também podem incluir farmacêuticos, nutricionistas, educadores, entre outros. Como algumas de suas atividades engloba: cuidados de enfermagem, orientação e apoio psicológico, atendimentos em infectologia, controle e distribuição de antirretrovirais, orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento, distribuição de insumos de prevenção, atividades educativas que

estimulem a adesão ao tratamento e a prevenção e controle de DST e Aids (BRASIL, 2016d).

O enfermeiro é um dos profissionais da equipe multiprofissional que presta cuidado para a PVHA e seus familiares. Sendo assim, este pode contribuir significativamente na adesão à TARV, buscando assistir aos indivíduos mais carentes e debilitados em suas atividades diárias e a distribuição ou administração da TARV. A enfermagem deve ter capacidade de auxiliar os sujeitos que fazem uso da TARV, considerando seus fatores psicossociais e demandas de saúde, instrumentalizando-se pela sistematização da assistência (SANTOS et al., 2016).

Para a equipe multiprofissional, conhecer o grau de adesão e os fatores relacionados a adesão à TARV é importante para a gestão do cuidado, pois estes dados servem como ferramentas que contribuem no planejamento da assistência. Segundo Choo (2011), para a tomada de decisão é necessário uma clara definição do problema, que leva ao desenvolvimento de procedimentos específicos para tal problema.

Neste sentido, conforme Cecílio (2011), a Gestão do Cuidado em saúde pode ser definida como:

O provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades de cada pessoa, em diferentes momentos de suas vidas, visando seu bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção (CECÍLIO, 2011, p.589).

Cecílio (2011) apresenta o conceito de gestão do cuidado através de dimensões, sendo elas a individual, a familiar, a profissional, a organizacional, a sistêmica e a societária. Essas dimensões se representam por círculos concêntricos dispostos de modo que a individual é o círculo menor/central e a societária o mais amplo, englobando todos os outros. Sendo assim, elas se encontram interligadas como compartimentos crescentes, envoltas uma na outra.

Tendo em vista o conceito multidimensional de gestão do cuidado proposto por Cecílio (2011), identifica-se a necessidade de estudar esta temática com o olhar do pensamento complexo de Edgar Morin. Para Morin (2008), o pensamento complexo estabelece articulações entre o que

foi separado, para buscar compreender a multidimensionalidade, para pensarmos na singularidade com a localidade, com a temporalidade, e para nunca esquecermos as totalidades integradoras. O pensamento complexo é aquele que reconhece os fenômenos multidimensionais, em vez de isolar cada uma de suas dimensões.

Tendo em vista que a gestão do cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids e sua interface com a adesão à TARV é um fenômeno complexo e multidimensional, devemos trabalhar com ela dentro da perspectiva das redes. Percebendo a importância do cuidado em rede para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, o Ministério da Saúde vem incentivando um modelo de atenção onde o cuidado da PVHA, dentre elas os adultos jovens, passa a ser guiado por uma linha de cuidado na qual se organiza dentro da rede de atenção à saúde. Os serviços especializados, como os SAE, continuam sendo fundamentais para a atenção e acompanhamento dessa população, porém a linha de cuidado envolve outros serviços de saúde, sendo um deles Atenção Básica (BRASIL, 2015c).

A atuação dos profissionais de saúde na promoção da adesão à TARV é fundamental, entendendo que estes atuam como facilitadores no acompanhamento e, se necessário, nas intervenções, através da identificação de fatores que estejam relacionados às fragilidades e falhas da adesão ao tratamento (ABRÃO et al., 2014). Então, as dimensões da gestão e as estratégias adotadas pelos profissionais neste sentido podem contribuir para melhores resultados na adesão à terapia antirretroviral.

As pesquisas que abordam a adesão ao tratamento dos adultos jovens vêm ganhando espaço nas bibliotecas virtuais e bases de dados, mas ainda se tem um predomínio de estudos direcionado à população adulta. Os estudos identificam associações estatisticamente significativas entre fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais e o grau de adesão à TARV (BASSOLS; BONI; PECHANESKY, 2010; SALLES; FERREIRA; SEIDL, 2011; PEREIRA et al., 2014; DIMA et al., 2013a; DIMA et al., 2013b).

Reconhecendo que ainda temos uma carência de estudos relacionados aos adultos jovens que convivem com HIV/Aids e levando em consideração que esta é uma faixa etária que tem importância epidemiológica, pois se identificou um significativo aumento no número de casos novos nos últimos anos, nos leva a entender que é necessário novos estudos para esta população. Diante do exposto, o presente estudo abordou a seguinte questão de pesquisa: *Como a gestão do cuidado, realizada pela equipe multiprofissional, está relacionada com a adesão à terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids?*

Este projeto de pesquisa integra o macroprojeto: Adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids em municípios prioritários do sul do Brasil, vinculado ao GEPADES – Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde. Este estudo justifica-se pela necessidade constante de buscar conhecimentos que possam fortalecer e/ou implementar ações direcionadas ao incentivo a adesão à TARV. Além disso, possibilita compreender a relação da equipe multiprofissional e da gestão do cuidado com a adesão ao tratamento dos adultos jovens com HIV/Aids.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender o significado da gestão do cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids e sua interface com a adesão a Terapia antirretroviral, na perspectiva da equipe multiprofissional da rede de atenção à saúde em um município do sul do Brasil.

### 3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo traz um breve resgate da literatura atual sobre alguns temas relacionados a adesão à terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids e a gestão do cuidado em saúde, destacando os pontos mais relevantes sobre a temática a fim de dar sustentação a realização deste estudo e evidenciar sua importância diante do atual cenário de saúde.

#### 3.1 INFECÇÃO PELO HIV/ AIDS E O CUIDADO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus com genoma de RNA, este apresenta um período de incubação longo antes do desencadeamento dos sintomas da doença. A infecção pelo HIV, causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), acomete o sistema imunológico, responsável pela defesa do organismo. As células mais afetadas são os Linfócitos T CD4+ (LT-CD4). É através da alteração do DNA dessa célula que o HIV faz suas cópias. Após a multiplicação, rompe os linfócitos e vai em busca de outros para dar sequência à infecção (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016c). A infecção avança de acordo com a destruição dos linfócitos T CD4. A contagem de linfócitos T CD4 é um importante marcador da imunodeficiência (BRASIL, 2010a).

Há alguns anos, receber o diagnóstico de Aids era considerado uma sentença de morte, mas hoje em dia esta percepção está modificada, passando a ser considerada uma doença crônica, não havendo cura, mas sim tratamento. Desta forma, uma pessoa infectada pelo HIV pode viver com o vírus por vários anos, sem apresentar nenhum sintoma ou sinal da doença (BRASIL, 2012).

A transmissão do HIV pode ser por via sexual, através do esperma e de secreção vaginal; pelo sangue por via parenteral e vertical; e pelo leite materno. Ao se contaminar com o HIV, o portador pode transmitir o vírus, porém, indivíduos com infecção mais recente (infecção aguda) ou imunossupressão avançada, têm maior concentração do HIV circulante no sangue, Carga Viral, e nas secreções sexuais, sendo um potencial transmissor do vírus (BRASIL, 2010a).

As manifestações clínicas da infecção pelo HIV podem ser compreendidas nas seguintes fases: fase aguda, fase assintomática e fase sintomática inicial. A fase aguda, também chamada de infecção aguda pelo HIV, é a fase onde ocorre o período de incubação, caracterizando-se por viremia elevada, resposta imune intensa e drástica queda na contagem de linfócitos CD4. Do período de exposição ao vírus até o surgimento dos

primeiros sintomas leva de 3 a 6 semanas. Os pacientes podem manifestar sintomas de infecção viral, como febre, adenopatia, faringite, mialgia, por isso, a maioria dos casos passa despercebido. As manifestações duram, em média, 14 dias, podendo o quadro clínico ser autolimitado, tendo melhora espontânea (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2012).

A próxima fase é a assintomática, representada pela interação entre as células de defesa do organismo e rápidas mutações do vírus. Nesta fase o organismo não é debilitado até o ponto de desenvolver outras doenças. A duração desta fase pode variar de alguns meses até anos, sendo os sintomas clínicos poucos ou inexistentes. Os exames sorológicos para o HIV são reagentes e a contagem de linfócitos T CD4 pode estar estável ou em declínio (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2012).

Por fim, apresenta-se a fase sintomática inicial, que é caracterizada pela elevação da carga viral e pela severa queda de linfócitos T CD4, que chegam a atingir níveis inferiores a 200 unidades por mm<sup>3</sup> de sangue. O portador da infecção pelo HIV pode manifestar sinais e sintomas inespecíficos de intensidade variável, além de infecções oportunistas. Os sintomas mais comuns desta fase são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento. O paciente pode apresentar infecções por agentes oportunistas, como tuberculose, pneumonia, candidíase e toxoplasmose; e algumas doenças neoplásicas (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2012).

De 2007 até junho de 2016, foram notificados no SINAN 136.945 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo que a região Sul ficou em segundo lugar no número de notificação, contabilizando 21,1% do total, atrás apenas da região Sudeste, que notificou 52,1% do total. Com relação a faixa etária, neste mesmo período, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se nas faixas de 20 a 34 anos, com percentual de 52,3% dos casos (BRASIL, 2016a). Ainda com relação a faixa etária, destaca-se o aumento no número de caso em jovens de 15 a 24 anos, tendo em vista que de 2005 para 2014 a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,1 para 6,7 casos por 100 mil habitantes) e entre os de 20 a 24, quase dobrou (de 16,0 para 30,3 casos por 100 mil habitantes). Quanto à forma de transmissão entre os maiores de 13 anos de idade, prevalece a sexual, tanto entre os homens quanto entre as mulheres (BRASIL, 2015a).

Embora o número de casos no sexo masculino ainda seja maior entre heterossexuais, a epidemia no país é concentrada em grupos populacionais com comportamentos que os expõem a um risco maior de infecção pelo HIV, considerados grupos vulneráveis, que correspondem os homossexuais, profissionais do sexo e Usuários de Drogas Injetáveis (UDI). Entre os homens, observa-se um predomínio da categoria de

exposição heterossexual, porém uma tendência de aumento na proporção de casos em Homens que fazem sexo com Homens (HSH) nos últimos dez anos, a qual passou de 34,9% em 2005 para 44,9% em 2014. A proporção de UDI vem diminuindo ao longo dos anos em todo o Brasil (BRASIL, 2015a).

O resultado positivo para o HIV está relacionado, principalmente, ao número de parceiros, sendo que quanto mais parceiros, maior a vulnerabilidade, à coinfeção com outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e às relações homossexuais. No que se refere às faixas etárias, observa-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se nas faixas etárias de 15 a 39 anos. Ressalta-se que a notificação compulsória da infecção pelo HIV é muito recente, o que impede uma análise epidemiológica segura com relação às tendências da infecção no Brasil (BRASIL, 2015a).

O Brasil foi o pioneiro, entre os países de baixa e média renda, a fornecer gratuitamente o tratamento para pessoas que viviam com Aids, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 1996. Em resposta ao acesso universal ao tratamento, observou-se uma acentuada queda na taxa de mortalidade relacionada ao HIV/Aids. Uma estratégia adotada no país para controlar a epidemia de AIDS foi a oferta ao tratamento a todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente de seu estado imunológico, contagem de CD4, descentralizando o tratamento antirretroviral e aumentando a cobertura de testagem de HIV, entre outras iniciativas (UNAIDS, 2017a).

Desde a descoberta do HIV, houve um movimento pela humanização na prestação da assistência em saúde na atenção primária e alguns avanços no processo de acolhimento e acesso aos serviços de saúde (ZAKABI, 2012). Neste processo ressalta-se a importância da formação do vínculo entre profissionais de saúde e usuários, sendo esta uma grande possibilidade para melhorar a qualidade dos serviços prestados na atenção à saúde. O vínculo propicia uma relação de confiança entre profissional e cliente, esta relação proporciona aumento na adesão ao tratamento (BRUNELLO et al., 2010).

Em 2014, no México, na reunião da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), com a participação de países da América Latina e Caribe, foram estabelecidas três metas para o monitoramento de etapas fundamentais da cascata de cuidado contínuo do HIV. A Cascata tem como base o cuidado contínuo às PVHA, permitindo calcular, a partir do número estimado de PVHA, a proporção de pessoas diagnosticadas com HIV, vinculadas ao serviço de saúde de HIV/Aids, em tratamento antirretroviral e com supressão da carga viral. Tais metas, reconhecidas



pelo UnaidS em 2014, são conhecidas como metas 90-90-90, nas quais os países devem atingir, até 2020: 90% das PVHA diagnosticadas; 90% das PVHA diagnosticadas em terapia antirretroviral; e 90% das PVHA em terapia com supressão viral (BRASIL, 2015a).

Periodicamente é feito no Brasil o monitoramento do progresso em relação às metas 90-90-90, o que é importante para identificar as intervenções necessárias e nortear as ações para conter o avanço da epidemia de HIV/Aids. Através dos resultados obtidos é possível identificar que o Brasil está no caminho certo para o alcance das metas 90-90-90. Ao se analisar os indicadores da cascata de cuidado contínuo relacionados a estas metas, de 2012 a 2014, nota-se que houve melhora significativa em todos indicadores analisados. Com relação a meta de diagnóstico, este passou de 80%, em 2012, para 83%, em 2014. Com relação a meta de tratamento, esta passou de 44% para 62%, de 2012 a 2014. E quanto ao que se refere à meta relacionada à supressão viral, nota-se também um aumento, passando de 75% em 2012 para 88% em 2014. Tais resultados são reflexos do investimento feito para o alcance das metas 90-90-90 (BRASIL, 2015a).

O cuidado do adulto jovem com HIV/Aids ainda tem seu foco nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids. Os SAE são componentes da rede de assistência em HIV/Aids, e foram implantados a partir de 1994 em unidades públicas de saúde (BRASIL, 2010b). Estes estão situados em policlínicas municipais ou estaduais, hospitais de referência, unidade básica de saúde, clínicas de IST, ambulatórios especializados em IST/Aids entre outros. São administrados de diferentes formas: por municípios, estados, governo federal, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS (BRASIL, 2016d).

É por intermédio do SAE que as pessoas com HIV/Aids e outras Doenças sexualmente transmissíveis estabelecem e mantêm vínculo com a equipe multiprofissional ao longo do período que enfrentam sua enfermidade. Os profissionais prestam assistência integral e de qualidade, atuando como coautores no processo de promoção da saúde das PVHA, dentre eles os adultos jovens. Ademais, devem garantir aos pacientes o direito de serem tratados com respeito, dignidade, igualdade e justiça, conforme os princípios do SUS (ABRÃO et al., 2014).

Aderir ao tratamento em HIV/Aids significa tomar medicação prescrita pelo médico nos horários corretos, manter uma alimentação saudável, realizar atividade física, comparecer ao serviço de saúde, e outros cuidados. Desta forma, o papel dos profissionais de saúde na promoção a adesão à TARV é importante, pois estes atuam no

acompanhamento e nas intervenções do cuidado das PVHA. Sendo assim, estes profissionais devem estar atentos aos fatores relacionados às fragilidades e a falência na adesão (ABRÃO et al., 2014).

Embora as taxas de sucesso da TARV sejam elevadas, pacientes em falha virológica normalmente necessitam de alterações em seus esquemas de antirretrovirais. O reconhecimento precoce da falha virológica depende da equipe multiprofissional que faz acompanhamento da PVHA, sendo fundamental a identificação o mais breve possível para minimizar as consequências da supressão viral parcial ou incompleta (BRASIL, 2014c).

A falha virológica é entendida como carga viral plasmática detectável após seis meses do início ou modificação do tratamento antirretroviral, ou por detecção da carga viral nas PVHA que a mantinham indetectável durante o tratamento. A falha virológica reduz os benefícios relacionados à recuperação imunológica aumentando o risco de progressão de doença, podendo levar ao desenvolvimento de resistência aos antirretrovirais. Logo, a falha virológica deve ser considerada como principal parâmetro para a determinação de falha a TARV (BRASIL, 2014c).

Diversos fatores podem colaborar para falha aos antirretrovirais, sendo eles: Baixa adesão ao tratamento; Potência virológica insuficiente; Fatores farmacológicos e Resistência viral (BRASIL, 2014c). Desta forma, o atendimento realizado pela equipe multiprofissional de saúde é de suma relevância, pois juntos atuam no conjunto de fatores relacionados às PVHA, atuando em prol da qualidade de assistência e de vidas das pessoas que vivem com HIV/Aids, incentivando estes na corresponsabilidade do tratamento (ABRÃO et al., 2014).

A ampliação do acesso ao teste rápido de HIV nos serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica, as estratégias de prevenção, a melhoria do tratamento com diminuição do número de comprimidos tomados e efeitos colaterais, o sucesso terapêutico, a queda na mortalidade e a cronificação do HIV/Aids fizeram com que o cuidado dessa população passasse por algumas mudanças de fluxo. Deixando o foco da atenção especializada e passando por um processo de readequação do modelo assistencial, que inclui serviços de diferentes complexidades, dando destaque para o cuidado na Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Visando a readequação do modelo assistencial para as PVHA, incluindo os adultos jovens com HIV/Aids, no início de 2014, o Ministério da Saúde lançou um guia para gestores, que busca dar uma base para o processo de implantação do manejo do HIV na Atenção

Básica, juntamente com implantação de um modelo assistencial matriciado (BRASIL, 2014).

Estudo realizado em Moçambique destaca que desde 2005 o país vem passando por um processo de descentralização da assistência à PVHA, passou-se a iniciar o tratamento ARV no sistema de saúde primário de saúde existente em unidades de saúde distribuídas em 23 distritos. Os resultados trazem uma discussão referente às melhorias conquistadas com esta mudança, destacando que o atendimento em rede, tendo por enfoque a Atenção Primária a saúde, permite um aumento na testagem de pacientes para o HIV, iniciando mais brevemente a ART dos usuários com diagnóstico positivo, reduzindo a perda de seguimento no tratamento e tendo uma maior cobertura de cuidados. Desta forma, concluem que a descentralização nos próprios estabelecimentos componentes da rede de serviços básicos, obteve resultados excelentes na adesão ao tratamento das PVHA (PFEIFFER et al., 2010).

### 3.2 O ADULTO JOVEM VIVENDO COM HIV/ AIDS

O HIV e a Aids entre os adultos jovens permanecem como um desafio para os profissionais de saúde, com destaque para a tendência do aumento da prevalência da infecção pelo HIV na população jovem. Identifica-se a necessidade de um olhar diferenciado para este grupo etário, que pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde é demarcado no período entre 10 e 19 anos 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014a).

A adolescência representa uma fase de obter responsabilidades, situação na qual o adolescente deve lidar com a liberdade e a responsabilidade, assim, ora apresenta o desejo de crescer e vivenciar a vida adulta, ora de resgatar as coisas da infância (PAULA; CABRAL; SOUZA, 2011). O adulto jovem que convive com HIV/ Aids transita pela fase do desenvolvimento com características comuns aos adolescentes que não têm a infecção. As alterações físicas e psicossociais reúnem-se às necessidades específicas do HIV/Aids, como: a descoberta do diagnóstico, as repercussões diárias da doença através da terapêutica e às situações de preconceito e discriminação enfrentadas. Assim, viver com esta doença representa um grande desafio, especialmente para os adultos jovens. (MARTINS; MARTINS, 2011) Deste modo, intensifica-se a necessidade de se levar em consideração características e necessidades socioculturais e demográficas específicas dessa faixa etária (BRASIL, 2014a).

O estigma e a discriminação interferem diretamente nos esforços para o enfrentamento da epidemia do HIV, isto faz com que as pessoas tenham receio de buscar por informações, serviços e mecanismos que reduzam o risco de infecção com medo de que sejam levantadas suspeitas e exposição em relação a seu diagnóstico. O estigma em relação ao HIV nos adultos jovens é ainda mais presente, pois este está ligado a crenças, ações e sentimentos negativos em relação às PVHA e as populações que estão em maior risco de infecção pelo HIV, como gays e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e travestis e transexuais (UNAIDS, 2017b).

Paula, Cabral e Souza (2011) destacam o adolescente que vive com a Aids tem conhecimento das repercussões clínicas e sociais da doença, mesmo antes que lhe contem sobre isso, pois já ouviu falar na escola, na mídia, no serviço de saúde, repercussões como o preconceito, das relações sexuais, da gestação e até mesmo sobre a morte nessa etapa da vida. O adulto jovem que convive com HIV/Aids está inserido num cotidiano que inclui a tomada de remédios, ocultação do seu diagnóstico, e idas frequentes ao serviço de saúde, tornando esse adulto jovem, diferente dos seus semelhantes para si, por mais que se sinta normal, algumas vezes nega seu cotidiano relacionado a seu diagnóstico (PAULA; CABRAL; SOUZA, 2011).

A infecção pelo HIV entre os adultos jovens apresenta dois tipos de exposição: a transmissão vertical e a horizontal. O adulto jovem que adquiriu o vírus através da transmissão vertical nasceu infectado pelo HIV, entrando em contato com o vírus durante a gestação, parto ou lactação, já o adulto jovem infectado por transmissão horizontal contaminou-se através da via sexual ou por uso de drogas. Na última década a incidência da transmissão vertical diminuiu, porém, por outro, a infecção dos indivíduos jovens por via sexual aumentou significativamente, sendo atualmente a principal via de infecção (BORTOLOTTI et al., 2014). Independente do tipo de transmissão, o adulto jovem com HIV/Aids enfrenta dificuldades semelhantes, com relação às vivências relacionados a sorologia positiva, de uma infecção que até o momento é sem cura, que demanda uma necessidade especial de saúde (RIBEIRO et al., 2010).

No cuidado de enfermagem prestado ao adulto jovem com HIV/Aids, as ações realizadas devem ter foco na atenção integral, respeitando as singularidades desta faixa etária, prestando orientações, estimulando à adesão ao tratamento e revelação do diagnóstico, que se dão através das consultas de enfermagem, que buscam a promoção da saúde do adolescente, a partir da criação de vínculo e oferta de suporte

emocional individual e familiar. O enfermeiro deve mostrar disposto e disponível a relacionar-se com estes sujeitos. Deve ser um encontro mediado pela intersubjetividade, no qual o profissional demonstre estar acessível a ouvir, ajudar e respeitar, indo além da condição clínica deste do adulto jovem, ajudando em suas relações biológicas, sociais e sentimentais (PAULA; CABRAL; SOUZA, 2011).

Desde o início da década de 1980, com o início da epidemia de HIV/Aids, os desafios de resposta à doença focavam na redução da mortalidade, no fortalecimento das políticas públicas e no enfrentamento da discriminação e defesa das PVHA. Atualmente, com o avanço da medicação e aumento da expectativa de vida das pessoas que convivem com HIV/Aids, o objetivo do tratamento não é mais focado somente no controle da doença, mas também na qualidade de vida da pessoa. No entanto, os adultos jovens com HIV/Aids ainda seguem em busca de uma rede na qual se sintam acolhidos que possa atendê-los, através de uma política específica para esse grupo, voltadas para suas demandas e necessidades (BUENO, 2011).

Tendo em vista a necessidade de uma rede de apoio para esta faixa etária, durante o 3º Encontro Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/ Aids, em 2008, foi criada a Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids (RNAJVHA), este intuito partiu dos próprios adolescentes e jovens. A RNAJHA vem contribuindo para o fortalecimento de temáticas referentes à prevenção e as especificidades da juventude soropositiva (UNICEF, 2013). A prevenção do adoecimento desses adolescentes e a minimização dos impactos do estigma de viver com HIV/Aids dependem de apoio social e de mobilização permanente. Assim, conhecer as suas redes de apoio social (como família, escola, amigos, comunidade e serviços de saúde) é importante para o desenvolvimento das práticas de cuidado nesse campo (FAVERO; SEHNEM; BONADIMAN, 2015).

### 3.3 TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E A ADESÃO AO TRATAMENTO

O surgimento da Terapia Antirretroviral (TARV) mudou o traçado histórico da infecção pelo HIV/Aids no mundo. A Aids, que até então era vista como uma doença letal, passou a ser considerada uma condição crônica, controlável, necessitando do devido treinamento do paciente (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2016b).

No Brasil, o tratamento para HIV/Aids é fornecido gratuitamente desde 1996, de acordo com o decreto de lei n. 9.313 de 13 de novembro

de 1996, que dispõe sobre a gratuidade de medicamentos aos portadores do HIV e as pessoas acometidas pela Aids (BRASIL, 1996; BRASIL, 2016b). A TARV tem por objetivo diminuir a mortalidade e a morbidade relacionadas à infecção pelo HIV. Além disso, o tratamento contribui na diminuição do enfraquecimento do sistema imunológico, e com isso, reflete na diminuição da frequência de infecções por doenças oportunistas e neoplasias, proporcionando melhor qualidade e a expectativa de vida das Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA) (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

Segundo Ministério da Saúde (2016a), os medicamentos antirretrovirais são divididos em cinco classes, totalizando 22 tipos de medicamentos que são fornecidos pelo SUS, sendo eles:

- Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos e Nucleotídeos (ITRN/ITRNt): Abacavir, Didanosina, Estavudina, Lamivudina, Tenofovir, Zidovudina e a combinação Lamivudina/Zidovudina;
- Inibidores da Transcriptase Reversa não Análogos de Nucleosídeos (ITRNN): Efavirenz, Nevirapina e Etravirina;
- Inibidores de Protease (IP): Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Lopinavir/r, Ritonavir, Saquinavir e Tipranavir;
- Inibidores de fusão: Enfuvirtida;
- Inibidores da Integrase: Raltegravir.

As medicações indicadas para iniciar a TARV constituem um esquema terapêutico eficaz, sendo, em geral, mais simplificados, menos tóxicos e de menor custo. Estes pertencem a três classes: Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos, Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos e Inibidores da protease reforçados com ritonavir. O que direciona a decisão quanto à escolha do esquema antirretroviral são os seguintes fatores: eficácia e toxicidade imediata e no longo prazo; presença de coinfeções e comorbidades; uso concomitante de outros medicamentos; potencial de adesão; adequação à rotina de vida do paciente; interação com a alimentação; custo dos medicamentos (BRASIL, 2015b).

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois ITRN/ITRNt associados a um ITRNN. Por via de regra, o esquema de primeira linha adotado deve incluir Tenofovir (TDF), Lamivudina (3TC) e Efavirenz (EFV), sendo que este esquema é considerado a primeira linha de escolha tanto para adultos quanto para

adolescentes com peso superior ou igual a 35kg (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2014a).

A recomendação atual do Ministério da Saúde para o uso da TARV é para todas as PVHA, independente da contagem de CD4, porém para o início do tratamento é necessário que a PVHA seja informada sobre os riscos e os benefícios do tratamento, respeitando a autonomia do indivíduo. Deve se frisar ao indivíduo que ao iniciar a TARV, esta não deve ser interrompida. Quanto mais precoce o início do tratamento, melhor a possibilidade de atingir elevados índices de CD4, apresentando melhoras na qualidade de vida e no bem estar, reduzindo também as taxas de mortalidade (BRASIL, 2014b).

Além do impacto clínico positivo, supracitado, a iniciação precoce da TARV está relacionada como uma ferramenta crucial na redução da transmissão do HIV. No entanto, isso não significa que o uso da TARV elimina o risco de transmissão sexual do HIV, devendo-se manter os incentivos quanto ao uso do preservativo (BRASIL, 2014b). Para adquirir esses benefícios é necessário uma boa adesão à TARV, caso contrário pode ocorrer a não supressão do HIV e o desenvolvimento de resistência às drogas (BRASIL, 2014a).

Compreendendo que o tratamento para HIV/Aids não é apenas o uso correto da medicação, mas sim, está associado a múltiplos fatores, a equipe de saúde deve atentar-se que para melhor adaptação e adesão ao tratamento, é necessário ir além da carga viral, pois fatores como unidade familiar, conhecimento sobre a doença, autonomia, condições de habitação e renda, discriminação, relação com os pares e rede social devem ser levados em consideração, para que, o adulto jovem, entenda seu papel e responsabilidade no tratamento da doença (RIBEIRO et al., 2010). Estudo de Pereira et al. (2012) destaca que a adesão à terapia antirretroviral está relacionada a variáveis sócio-demográficas, como: sexo, idade, etnia, escolaridade, renda, religião; e variáveis clínicas, por exemplo, forma de contágio, tempo de diagnóstico, uso da TARV e presença de doenças oportunistas.

A adesão à TARV proporciona muitos benefícios, mas em contrapartida, no início do tratamento, podem aparecer alguns efeitos colaterais, como: diarreia, vômitos, náuseas, anorexia, *rash* cutâneo, agitação, sonolência ou insônia, mal estar e sonhos vívidos (BRASIL, 2015b). Ainda, destaca-se que em longo prazo o tratamento pode ocasionar danos aos rins, fígado, ossos, estômago, pâncreas e intestino, doenças neuropsiquiátricas, lipodistrofia, diabetes, dentre outras patologias. Isto implica, muitas vezes, não adesão ao tratamento (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2012).

É de grande importância destacar que os antirretrovirais podem sofrer interações com outros fármacos, devendo isto ser abordado as pessoas submetidos à terapia antirretroviral. Fármacos para o tratamento de infecções oportunistas e de coinfeções, hipoglicemiantes, fitoterápicos, entre outros, têm potencial interação com os antirretrovirais. Ainda podem ocorrer interações com drogas ilícitas, elevando o risco de toxicidade e interferindo na adesão a TARV. A grande parte das interações entre os antirretrovirais são decorrentes da inibição ou indução do sistema enzimático citocromo P450. Os IP e os ITRNN são metabolizados por essa via através das isoenzima CYP3, fármacos e drogas que utilizam desta mesma via podem sofrer interações (BRASIL, 2015b).

Um desafio enfrentado pela equipe de saúde é o acompanhamento e avaliação da adesão ao tratamento, já que os métodos que utilizam são parciais, não avaliando a adesão em todas suas dimensões, apresentando vantagens e desvantagens. É feita a utilização de métodos diretos e indiretos para avaliação da adesão ao tratamento, sendo que os métodos diretos abordam: dosagem de droga ativa ou de seus metabólitos no sangue e fluidos, mas isto depende de aparelhos caros, prejudicando assim a execução desses métodos nos meios do SUS. O outro método utilizado são os métodos indiretos, sendo que estes são mais usados nas práticas de atenção do SUS, sendo eles: informação por parte do paciente, informação por parte dos familiares e/ou cuidador, comparecimento às consultas, frequência de retirada na farmácia; contagem de pílulas dos frascos retornados à farmácia, monitoramento eletrônico da medicação, observação direta da terapia (em casos de hospitalização), impacto da terapia na carga viral e na contagem de LT-CD4 (BRASIL, 2014a)

A enfermagem, como parte da equipe multiprofissional que presta cuidado a PVHA e seus familiares, deve ser capaz de prestar assistência aos indivíduos que necessitam da TARV em seus fatores psicossociais e demandas de saúde, se instrumentalizando por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Deste modo, a enfermagem deve assistir os sujeitos que necessitam de TARV em seus fatores psicossociais, demandas de saúde e demais necessidades que estejam no alcance da profissão (SANTOS et al., 2016).

Entende-se que a adesão ao tratamento é um desafio diário para adolescentes e jovens que convivem com HIV/Aids, incentivar o indivíduo com a condição crônica a escolher pela saúde é um dos propósitos da equipe de saúde, para isso os profissionais devem adotar políticas e estratégias que fortaleçam esse processo (BRASIL, 2008; MARTINS; MARTINS, 2011).



### 3.4 GESTÃO DO CUIDADO

A Gestão do Cuidado disponibiliza um cuidado planejado, utilizando recursos disponíveis, metas e estratégias, tem por objetivo manter e proporcionar o cuidado, garantindo sua qualidade aos usuários e familiares. O enfermeiro é considerado protagonista na gestão do cuidado, por ser uma função inerente a sua formação profissional (AGÜERO, KLIJN, 2010).

A gerência do cuidado de enfermagem envolve uma relação dialética entre o saber-fazer gerenciar (gerência) e o saber-fazer cuidar (assistência). Esta abarca os saberes da gerência e do cuidado, possibilitando, assim, a existência de uma interface entre esses dois objetos na prática profissional da Enfermagem. A gestão do cuidado abrange habilidade técnica; competência gerencial, assistencial; e conhecimento científico, pessoal, ético e estético da complexidade do homem, compreendendo sua individualidade, multiplicidade e singularidade, inserindo este ser multidimensional em seu contexto de vida (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Umpierrez (2013) refere que gerir o cuidado repercute em diversos aspectos, sendo que, em primeiro lugar deve-se respeitar os interesses das pessoas a quem o cuidado se refere. Ressalta que o ato de cuidar necessita da interação entre quem cuida e quem é cuidado, bem como a valorização da autonomia dos sujeitos no desenvolvimento de suas funções. Ainda, resume a gestão do cuidado como um processo humano e social que está apoiado na relação interpessoal, liderança, motivação, participação, comunicação e colaboração.

Para a gestão do cuidado devemos levar em consideração fatores de risco e de vulnerabilidade dos indivíduos, permitindo um delineamento do cuidado para a pessoa com condições e agravos crônicos, como HIV/Aids. Deve-se considerar as possibilidades de ação, compreensão, estabelecimento de redes de apoio diante de cada grau de vulnerabilidade. As estratégias para aumentar a adesão a tratamentos contínuos, a diminuição do número de abandono e a adoção de práticas saudáveis de vida, levam em conta os fatores de risco presentes em cada situação, e também o diálogo entre os aspectos individuais, institucionais e sociais que desenham o perfil de vulnerabilidade dos indivíduos (GRABOIS, 2011).

A gestão das práticas de saúde necessita do conhecimento, mais profundo quanto à diversidade humana. O diálogo entre os sujeitos proporciona o reconhecimento das igualdades e diferenças referentes às esferas biológica, social, política e cultural que se inter-relacionam na

complexidade do ser humano e nas relações de cuidado (ERDMANN et al., 2006).

Cecílio (2009) apresentou o conceito de gestão do cuidado através de dimensões, sendo elas a dimensão profissional, dimensão organizacional e dimensão sistêmica. Na primeira, entende-se o encontro profissional e usuário, e destaca-se a potência de possibilidades de criação e singularidade neste espaço. A segunda trata-se centralmente dos desdobramentos da divisão técnica e social do trabalho em saúde. A terceira representa-se pelo conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e diferentes graus de incorporação tecnológica e os fluxos que se estabelecem entre eles. Constituindo o núcleo duro das três dimensões, a dimensão profissional é onde a potencialidade do ser humano é representada. Notavelmente, as três dimensões do cuidado são interdependentes e complementares para a gestão do cuidado.

Já em sua publicação mais recente, Cecílio (2011) apresenta o conceito de gestão do cuidado através de seis dimensões, e não mais três apenas, sendo elas: a individual, a familiar, a profissional, a organizacional, a sistêmica e a societária. Essas dimensões se representam por círculos concêntricos dispostos de modo que a individual é o círculo central e a societária o mais amplo, englobando os demais, desta forma, estas dimensões se interconectam, estando uma intimamente entrelaçada na outra.

A dimensão individual do cuidado é considerada a mais pessoal, abordando o cuidar de si. Nela, produzimos um modo singular de viver, onde as escolhas repercutem no modo de produzir saúde. A dimensão familiar assume importância diferente em momentos diferentes da vida, apresenta como atores os familiares, amigos e os vizinhos. É uma dimensão privilegiada para o desencadeamento de relações conflituosas, consequência da complexidade dos laços familiares, influenciadas pelas concepções, principalmente culturais, de cuidado e cuidador (CECILIO, 2011).

A gestão do cuidado na dimensão profissional pode ser entendida como aquela que se dá por meio do encontro entre o profissional de saúde e o usuário, no caso deste estudo com o adulto jovem, geralmente privado e em ambiente protegido, considerada o núcleo do território da micropolítica em saúde. “Podemos considerar a micropolítica nas organizações de saúde como o conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade” (CECILIO, 2009, p. 547). A dimensão profissional contempla três elementos principais sendo eles a competência técnica profissional, entendida como a capacidade de dar

respostas coerentes aos problemas apresentados pelos usuários; a postura ética do profissional no sentido de mobilização dos recursos, em suas condições reais, para assistir da melhor forma possível as necessidades dos cidadãos; e por fim a capacidade de construção de vínculos com quem necessita do seu cuidado (CECÍLIO, 2011).

No que tange a dimensão organizacional da gestão do cuidado, pode-se defini-la como aquela realizada nos serviços de saúde, representada pela divisão técnica e social do trabalho e que contempla elementos como trabalho em equipe, atividades de comunicação, coordenação e gerência, fluxos de atendimento, processo de trabalho, planejamento e avaliação, todos dependentes da ação cooperativa de vários protagonistas, que ocorre normalmente em territórios marcados por disputas e assimetrias do poder (CECÍLIO, 2011).

A dimensão sistêmica se refere a capacidade de construção de conexões formais regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo redes ou linhas de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade. Apesar dos esforços do sistema de saúde em produzir serviços, nas mais diversas complexidades, ainda são encontradas inúmeras dificuldades de articulação entre os pontos de atenção, muitas vezes mantendo a velha forma de regionalização hierárquica da pirâmide ascendente, a qual não foi substituída pela proposta da rede de atenção à saúde, buscando a transversalidade das ações e integralidade (CECÍLIO, 2011).

A última dimensão apresentada pelo autor é a societária, a qual consiste na produção de políticas públicas em geral, bem como as de saúde em particular. Contempla o papel do Estado dentro da sociedade no sentido de formular e implementar estratégias que garantam a implantação das políticas sociais. Por contemplar a produção da cidadania, o acesso à toda forma de consumo e o direito à vida, é considerada a dimensão mais ampla da gestão (CECÍLIO, 2011).

No campo das pessoas vivendo com HIV/Aids, a gestão do cuidado perpassa todas as dimensões, do mesmo modo como demanda recursos nas mais variadas complexidades. As necessidades emergentes desta população específica dependem significativamente da Gestão do Cuidado em saúde.

Para se oferecer um cuidado de qualidade e integral é preciso combinar o modelo de assistência voltado para os riscos e necessidades de uma população e a capacidade de identificação dos recursos, de forma planejada e pactuada entre os gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema (GRABOIS, 2011).

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico escolhido para orientar esta pesquisa, direcionando a análise e interpretação dos dados, foi o pensamento complexo proposto por Edgar Morin.

### 4.1 O PENSAMENTO COMPLEXO

Edgar Nahoum nasceu em Paris no dia 8 de julho de 1921, filho dos judeus Vidal Nahum e Luna Beressi. Sua mãe morreu quando ele tinha dez anos de idade. Com a perda da mãe, encontrou refúgio na literatura, teatro e cinema, numa busca pelo saber e pela cultura (PETRAGLIA, 2008). Durante a Segunda Guerra Mundial, com a ocupação da França pela Alemanha, foi obrigado a refugiar-se em Nanterre, aderiu a resistência e adotou o apelido Morin. Formado em sociologia, foi reconhecido como o pioneiro e o principal teórico do paradigma emergente da ciência do final do século XX para o XXI, o Pensamento Complexo (INSTITUTO PIAGET, 2016).

Segundo Morin (2010), a complexidade ao longo dos anos ficou à periferia pelo pensamento científico, epistemológico e filosófico. Esta marginalização da complexidade gerou alguns equívocos acerca da complexidade, sendo um deles a tentativa de conceber a complexidade como uma receita; ela deve ser considerada como um desafio e como uma motivação para pensar. Outro equívoco, destacado pelo autor, é confundir a complexidade com a completude, pois para ele é o contrário, a complexidade nos leva à incompletude do conhecimento. A complexidade tenta dar conta de unir pedaços, entre eles os das disciplinas, das categorias cognitivas, entre outros. O que a complexidade objetiva é nos levar ao pensamento multidimensional, portanto o pensamento complexo comporta em seu interior a incompletude, a incerteza, a desordem, a contradição, a pluralidade, a complicação, entre outros (MORIN, 2010; MORIN, 2011a).

Complexo vem do termo latino *complexus*, que em seu sentido original significa aquilo que é tecido junto. É o tecido formado por diferentes fios que no seu conjunto formam uma só coisa. Estes entrelaçados formam a unidade da complexidade; mas, a unidade do *complexus* não elimina a variedade nem a diversidade das complexidades que o teceram (MORIN, 2008).

Morin (2011a) define que é complexo aquilo que:

não pode se resumir numa palavra-chave, o que não pode ser reduzido a uma lei nem a uma ideia simples. Em outros termos, o complexo não pode se resumir à palavra complexidade, referir-se a uma lei da complexidade, reduzir-se a ideia de complexidade. Não se poderia fazer da complexidade algo que se definisse de modo simples e ocupasse o lugar da simplicidade. A complexidade é uma palavra-problema e não uma palavra-solução (MORIN, 2010, p.5).

Segundo Morin (2008), quando falamos de complexidade temos que ter em mente a noção de sistemas. A concepção dos sistemas nasce do entendimento de que o todo não é redutível às partes, desta forma compreendemos que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e que o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes. O sistema serve para designar todo o conjunto de relações entre constituintes formando um todo, para o autor é impossível conhecer o todo sem conhecer as partes, como conhecer particularmente as partes sem conhecer o todo.

Não podemos nos limitar a conceber como problema central a manutenção das relações todo/partes, uno/diverso, devemos ver, também, o caráter complexo dessas relações. Ou seja, o todo é mais que a soma das partes, o todo é menos que a soma das partes e o todo é mais que o todo. Ainda podemos complementar o pensamento do autor afirmando que o todo é insuficiente; o todo é incerto; o todo é conflituoso (MORIN, 2008).

O pensamento complexo estabelece articulações entre o que foi separado, para buscar compreender a multidimensionalidade, para pensarmos na singularidade com a localidade, com a temporalidade, e para nunca esquecermos as totalidades integradoras. É a concentração na direção do saber total, tendo ao mesmo tempo a consciência antagonista. A totalidade é, simultaneamente, verdade e não-verdade, sendo a complexidade essa junção de conceitos que lutam entre si. O pensamento complexo é aquele que reconhece os fenômenos multidimensionais, em vez de isolar cada uma de suas dimensões. Ele também reconhece e trata as realidades que são simultaneamente solidárias e conflituosas, e respeita a diferença, enquanto reconhece a unicidade (MORIN, 2008).

Desta forma, entende-se que o pensamento científico precisa substituir um pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une. Devemos substituir um pensamento redutor por um pensamento do complexo (MORIN, 2008). Para isso, Morin (2010, p. 93)

nos revela sete princípios que compõem o pensamento complexo, sendo estes complementares e interdependentes entre si.

**1. Princípio sistêmico ou organizacional:** relaciona o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, sendo considerado impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, bem como conhecer o todo sem conhecer as partes. A ideia sistêmica, oposta à ideia reducionista, é que o todo é mais do que a soma das partes, assim como o todo é, igualmente, menos que a soma das partes, nas quais as qualidades são inibidas pela organização do conjunto;

**2. Princípio holográfico:** expõe em evidência o paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. Desta forma, entende-se que cada célula é uma parte de um todo, mas ao mesmo tempo também o todo está em cada célula, já que a totalidade do patrimônio genético está presente individualmente em cada célula;

**3. Princípio do circuito retroativo:** permite o conhecimento dos processos auto reguladores, rompendo com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa. A “homoestasia” de um organismo vivo, de modo complexo, é um conjunto de processos reguladores baseados em múltiplas retroações;

**4. Princípio do circuito recursivo:** vai além da noção de regulação com as de autoprodução e auto-organização. É um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que o produz. Da mesma forma que os indivíduos são produto de um sistema de reprodução que vem do início dos tempos, mas esse sistema não pode se reproduzir sem os indivíduos se tornarem produtores com o acasalamento;

**5. Princípio da autonomia/dependência (auto-organização):** os seres vivos são auto-organizadores, que não param de se autoproduzir e gastam energia para manter sua autonomia. Isto vale especificamente para seres humanos, que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura e para as sociedades que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico. Destaca-se que um ponto crucial da auto-eco-organização viva é que ela se regenera permanentemente através da morte de suas células;

**6. Princípio dialógico:** junta dois princípios ou noções que deviam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade. De acordo com as mais diversas formas, a dialógica está

constantemente atuante nos mundos físico, biológico e humano. Este princípio permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo;

**7.Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento:** opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e épocas determinadas.

Percebe-se que a complexidade é capaz de unir, de contextualizar, de globalizar, e, ao mesmo tempo, reconhece o singular, o individual, o concreto. Diferentemente do pensamento fragmentado e unilateral, o pensamento complexo configura-se em outra forma de abordar a realidade. A complexidade é um tipo de pensamento que não busca as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana, integrando os diferentes modos de pensar, complementar às estruturas reducionistas e simplificadoras (MORIN, 2011a).

Desta forma, Morin (2011b) enfatiza o “Ser humano” e o define como complexo, considerando que traz consigo características antagônicas dentre elas *sapiens* e *demens*; *faber* e *ludens*; *empiricus* e *imaginarius*, ou seja, o homem é ao mesmo tempo racional e afetivo, trabalhador e descontraído, empírico e imaginário. O autor afirma que o Ser humano é um todo e não simplesmente a soma das partes que forma o todo. Estabelece inter-relações consigo, com o outro e com o universo a sua volta. Para conhecer o Ser humano é preciso situá-lo no universo, e não separá-lo dele. Logo, é importante compreender a estrutura complexa da natureza humana, bem como, contemplar o ambiente no qual o Ser humano está inserido, buscando valorizar a existência humana na sua singularidade e pluralidade (MORIN, 2011b).

Para Morin (2011b), as interações entre os seres humanos permitem o surgimento e a conservação da cultura e auto-organização da sociedade. Assim, todo desenvolvimento humano significa o desenvolvimento de suas autonomias individuais, participações comunitárias e do sentimento de fazer parte da espécie humana. O desenvolvimento do conhecimento racional-empírico-técnico não anula o conhecimento simbólico, místico ou poético. O Ser humano é único com múltiplas características que não podem ser desconectadas, que devem ser consideradas nas suas relações e interações.

Nesse sentido, é preciso compreender igualmente as condições objetivas e subjetivas da natureza humana. Podemos dizer que para compreender determinado fenômeno é necessário emergir no contexto da

singularidade de cada Ser humano e nas complexas relações, interações e inter-relações que o mesmo estabelece consigo, com o meio e com os outros. Assim, o conhecimento das informações por isoladas não faz sentido ao homem, estas informações precisam estar situadas em um contexto para que não sejam abstratas (MORIN, 2011b).

A separação do corpo e alma, do sujeito e objeto, da emoção e razão, entre outras, traz a necessidade de mudança, sendo que a separação do ser humano em biológico, social e psíquico, como componentes diversos, não mais responde às necessidades humanas.

O sistema de saúde é um sistema aberto e sua dinâmica está sempre relacionada a outros sistemas e ao conjunto das relações sociais em certo tempo e local. Dessa forma, um sistema de saúde possui componentes que se relacionam, mas nem sempre essa relação é organizada. O ambiente dos sistemas é considerado um ambiente mais caótico do que ordeiro, e mais conflituoso que consensual, sendo assim, os sistemas de saúde são complexos e estão constantemente sofrendo mudanças (LOBATO; GIOVANELLA, 2008). Diante do exposto, utiliza-se o pensamento complexo como um guia para que possamos compreender e construir o referencial teórico deste estudo. Quando pensamos em gestão do cuidado em saúde aos adultos jovens que (con)vivem com HIV/Aids, visualizamos um fenômeno complexo que envolve múltiplos aspectos, como: contexto de vida (biopsicossocial), cultura, crenças, valores, medos, esperança, processo de cuidado e sua condição crônica. Para compreender a gestão do cuidado do adulto jovem com HIV/Aids e sua interface com a adesão a TARV, temos que colocar o fenômeno diante de um ponto de vista social, econômico e cultural, sem realizar sua fragmentação, uma vez que, no pensamento complexo devemos manter um olhar sistêmico que não separa, não fragmenta e não especializa.

Partindo desses princípios, podemos afirmar que necessitamos refletir sobre esses temas e, para isso, as obras de Edgar Morin permitem o início de um diálogo em busca da compreensão da gestão do cuidado voltada para o fortalecimento da adesão à terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/ Aids.



## 5 MÉTODO

Este capítulo apresenta o percurso metodológico trilhado na busca pela compreensão da problemática.

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, embasado na *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A pesquisa qualitativa produz resultados que não podem, ser obtidos através de procedimentos estatísticas ou por meios de quantificação. Busca pesquisar sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções, sentimentos, como também funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais, partindo da suposição da abordagem dos significados atribuídos pelas pessoas e/ou grupos (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A TFD foi desenvolvida, inicialmente em 1967, nos Estados Unidos, por dois sociólogos, Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss. O método tem por objetivo compreender explicações sobre a ação dos indivíduos em um contexto delimitado, através da realidade vivenciada por eles (DANTAS, 2009).

As “teorias fundamentadas”, por serem baseadas nos dados tendem a oferecer mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia importante para a ação” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 25). Além disso, constitui-se em um processo contínuo e sistemático de coleta e análise de dados, no qual o pesquisador não inicia o estudo com uma teoria já formulada, mas sim com uma área de estudo possibilitando que a teoria revele-se a partir dos dados (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A TFD é considerada para a enfermagem um referencial metodológico qualitativo bastante promissor, pois permite a construção de conhecimentos sobre fenômenos pouco ou ainda não estudados. Estas teorias contribuem para o conhecimento e para a prática de Enfermagem, sendo que se manifestam a partir da investigação das interações humanas e dos significados atribuídos pelos atores sociais (LEITE et al., 2012).

O objetivo do pesquisador que utiliza a TFD é gerar teorias para exibir os fenômenos em determinada situação, a partir da concepção dos participantes e como os participantes se relacionam com os mesmos. Na TFD, a coleta e análise dos dados é feita simultaneamente. A partir da análise dos dados vão emergindo as categorias, com base nos conceitos emergentes dos dados, sendo identificadas como os elementos conceituais da teoria. É através da relação entre os dados/categorias que se gera

hipóteses. As hipóteses buscam diferenças e semelhanças entre os dados incidentes e podem sugerir ao pesquisador relações entre os elementos presentes nas categorias no decorrer da pesquisa (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Segundo Corbin e Strauss (2015), uma teoria é mais do que o conjunto de resultados, ela tem por finalidade oferecer uma explicação sobre os fenômenos, sendo importante para o desenvolvimento de um campo de conhecimento. A teoria é o ato de construir, a partir dos dados, um conjunto de categorias que são sistematicamente inter-relacionadas, com o intuito de formar uma estrutura teórica que explique o fenômeno. A TFD busca expor a realidade a partir da percepção do significado de um contexto ou objeto em relação com os indivíduos. Tendo em vista que as pessoas agem com base em significados e que os significados são definidos e redefinidos por meio de interações, a TFD objetiva interpretar e extrair significados de fenômenos em contextos complexos, permitindo a compreensão dos mesmos. Desta forma, desenvolve uma “teoria” a partir de dados sistematicamente reunidos e analisados (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A corrente Straussiana da TFD no ano de 2015 sofreu uma atualização. Para Corbin e Strauss (2015), teoria é entendida como o conjunto de categorias bem desenvolvidas, sistematicamente inter-relacionadas para formar uma estrutura teórica que explique fenômenos. A teoria é mais do que o conjunto de resultados, pois oportuniza a explicação dos fenômenos, responde quem, o que, quando, onde, por que, como e com que consequências esse fenômeno ocorre.

Diante disso, utilizou-se a TFD para alcance do objetivo propostos neste estudo, que é de compreender o significado da gestão do cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids e sua interface com a adesão à Terapia antirretroviral, na perspectiva da equipe multiprofissional da rede de atenção à saúde em um município do sul do Brasil.

## 5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em alguns pontos da Rede de Atenção à Saúde do município de Florianópolis, sendo eles a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Policlínicas do Centro e Continente, e Centros de Saúde (CS) do Monte Cristo (Distrito continente) e Saco Grande (Distrito norte).

Florianópolis é a capital do estado de Santa Catarina, localizada na região sul do Brasil. Segundo o último censo demográfico brasileiro, de 2010, a população estimada do município é de 421.240 habitantes distribuídos em uma área de 675,4 km<sup>2</sup>. A cidade vem crescendo de

forma acelerada principalmente pela migração, já que a taxa de natalidade do município é de 13,04 por mil habitantes, sendo considerada relativamente baixa. A situação sociodemográfica da cidade demonstra que o envelhecimento da população ocorre em ritmo acelerado, associado a baixa taxa de fecundidade, situação característica de países desenvolvidos. Em 2014, Florianópolis ocupava a 47ª posição referente ao Produto Interno Bruto (PIB) per capita entre os municípios de Santa Catarina, equivalendo a R\$ 37.546,32 por habitante, o que a deixava atrás de todas as capitais das Regiões Sul e Sudeste. Além disso, apresenta uma taxa de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,847 (IBGE, 2010).

Referente aos serviços públicos de saúde, a capital se destaca pelos investimentos na Rede de Atenção Básica e conta com uma cobertura de equipes de saúde da família de 115,44%, a maior dentre as capitais do país (FLORIANÓPOLIS, 2017). Atualmente a rede de atenção básica do município possui 50 Centros de Saúde, distribuídos pelos quatro Distritos Sanitários de Saúde (Norte, Sul, Continente, Centro), atuando na modalidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Há duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Norte e Sul e quatro Policlínicas (Norte, Sul, Centro e Continente), contendo dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) alocados nas Policlínicas Centro e Continente (FLORIANÓPOLIS, 2017b).

As equipes de ESF desempenham, dentre muitas funções, a vigilância em saúde e o controle de doenças transmissíveis, como o HIV, inserindo 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, trabalho com grupos de educação em saúde e convivência, atividades educativas, entre outros (FLORIANÓPOLIS, 2007). Atualmente, no município, o diagnóstico para HIV através dos testes rápidos está descentralizado nos CS e CTA. Quanto ao manejo da doença, o atendimento ainda permanece centrado nas Policlínicas municipais, com apoio das Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), localizada nas Policlínicas Centro e Continente. Porém, algumas equipes de ESF estão participando de um projeto piloto onde receberão capacitação para ações de diagnóstico precoce e manejo da infecção pelo HIV e, adesão ao tratamento na ABS, com objetivo à descentralização da assistência à PVHA.

Para a realização dessa pesquisa, foi feita coleta de dados em diferentes pontos da RAS do município, sendo eles: Policlínicas Centro e

Continente (por alocarem as UDM), Secretaria Municipal de Saúde e CS Monte Cristo e Saco Grande.

Como Florianópolis não apresenta SAE municipal, mas trabalha entre diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), iniciou-se a coleta de dados nas Policlínicas junto à equipe especializada, partindo para coleta em nível central na SMS e por fim nos CS Monte Cristo e Saco Grande, cada CS foi indicado pelos infectologistas/especialista de sua policlínica de referência.

Com a seleção destes pontos de coleta foi possível realizar a coleta de dados no período pré-estabelecido para sua execução e obteve-se uma visão mais ampla do fenômeno no município.

### 5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A definição dos participantes do estudo foi realizada com base no conceito de amostragem teórica, um dos principais pressupostos da TFD. A amostragem teórica é o processo de coleta de dados com o objetivo de procurar lugares, pessoas ou acontecimentos que contribuem na descoberta de variações entre conceitos e as categorias. Os grupos amostrais são formados de acordo com as necessidades de informações que surgem ao longo da pesquisa (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Tarozzi (2011) destaca que na TFD a amostra não pode ser pré-estabelecida, os grupos amostrais vão se direcionando no decorrer do estudo, seguindo as lacunas da teoria emergente, coletando dados de sujeitos e contextos que apresentam características sobre as quais a teoria emerge.

Diferente de outros métodos de amostragem, na TFD o pesquisador realiza a coleta e análise dos dados concomitantemente. A análise dos dados se inicia logo após a realização da primeira coleta, sendo assim, a coleta e análise ocorrem simultaneamente. A análise conduz aos conceitos que geram indagações que levam a outras coletas. Este ciclo se repete até que o ponto de saturação seja atingido pelo pesquisador, em outras palavras, é quando não emergem novos conceitos da coleta e as principais categorias estão consolidadas (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Na TFD não há um número pré-definido de participantes, tivemos uma população inicial identificada, sendo que definição dos demais participantes ficou em aberto. Foi a partir da análise das entrevistas desta população inicial, que compõe o primeiro grupo amostral, e ao decorrer da análise que foram identificados os novos participantes, estes fizeram parte do segundo grupo amostral (STRAUSS; CORBIN, 2015).

Para identificar quem seriam os profissionais do primeiro grupo amostral foi feita uma visita no campo de coleta de dados, soube-se que nas Policlínicas os profissionais que atuam diretamente no cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids são: farmacêuticos, enfermeiros e médicos infectologistas. O acesso a estes profissionais se deu através de contato direto em seu local de trabalho e posteriormente por telefone ou e-mail fornecido pelo próprio participante do estudo.

A seleção dos participantes do primeiro grupo amostral se deu de maneira intencional, dentre quatro enfermeiros, três farmacêuticos, três infectologistas, um coordenador da Policlínica Centro, um farmacêutico, um infectologista e um coordenador da Policlínica Continente, sendo que um enfermeiro não teve interesse em participar do estudo. Estes profissionais foram os selecionados a participar do estudo, pois compõem a equipe multiprofissional de saúde que atua na atenção secundária/especializada nas Policlínicas do Centro e Continente, já incluindo os enfermeiros do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) por fazerem parte das policlínicas, órgãos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Identificou-se nesse primeiro grupo que a gestão do cuidado realizado pela equipe multiprofissional da atenção especializada, por si só, não consegue responder as necessidades para o cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids, devendo ter a interação entre os níveis de atenção dentro da RAS e com o nível administrativo/gestor. Desta forma, fomos direcionados ao segundo grupo amostral, indicados pelos participantes do primeiro grupo, composto por três profissionais da SMS de Florianópolis (coordenação da vigilância epidemiológica, coordenação da atenção especializada e coordenação da residência multiprofissional) e dois médicos do ESF. Os profissionais no nível gestor trouxeram as novas mudanças na linha de cuidado das PVHA que estão ocorrendo na Prefeitura Municipal de Florianópolis e apresentaram um projeto piloto onde há a gestão compartilhada do cuidado do adulto jovem que convive com HIV/Aids entre atenção primária e atenção secundária, sendo isto essencial para melhorar a assistência para os adultos jovens. A atenção primária e equipes de Estratégia de Saúde da Família foram identificadas pelos entrevistados como fundamental para a ampliação do acesso, assistência, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das PVHA. Desta forma, ainda no segundo grupo amostral foi feita entrevista com dois profissionais médicos participantes do projeto piloto citado pelos membros do nível gestor e infectologistas que realizam o matriciamento.

Adotou-se como critério de inclusão para participação na pesquisa os profissionais de saúde que atuavam há pelo menos seis meses no

serviço, no atendimento à pessoas vivendo com HIV/Aids. Os critérios de exclusão adotados para ambos os grupos amostrais foram: estar afastado do trabalho durante o período de coleta de dados. Por esta razão, foi excluído um farmacêutico que estava de férias no período que compreendeu a coleta dos dados. A partir da repetição de informações e ausência de novos elementos relevantes para a pesquisa e compreensão do fenômeno, obteve-se a saturação teórica, totalizando dezenove (19) participantes.

#### 5.4 COLETA E REGISTRO DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira para caracterização dos sujeitos e a segunda a entrevista em profundidade semiestruturada. De acordo com a TFD, a entrevista é o recurso que provê maior riqueza de dados para a construção de uma teoria. Nesta modalidade de entrevista o participante possui liberdade de se expressar melhor (STRAUSS; CORBIN, 2015). A entrevista foi iniciada, em todos os dois grupos amostrais, com uma questão inicial norteadora: “Fale-me sobre o significado da gestão do cuidado para você, em especial, na adesão à TARV dos adultos jovens com HIV/Aids” (APENDICE A) e, no decorrer da entrevista, de acordo com cada grupo amostral, novas questões foram levantadas para responder ao objetivo do estudo, visando à compreensão do fenômeno estudado. A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre julho e setembro de 2017. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e foram gravadas com áudio e posteriormente transcritas na íntegra para análise dos dados. O agendamento das entrevistas foram por e-mail e/ou telefone conforme disponibilidade dos participantes.

A entrevista em profundidade pode ser formulada por perguntas abertas e amplas aos respondentes chaves, desta forma permitem flexibilidade para explorar o fenômeno profundamente, explorando ao máximo as expressões e significados relatados pelos participantes. A entrevista pode ocorrer em mais de uma ocasião, podendo assim, levar um longo período de tempo. Além disso, o entrevistado pode indicar outras pessoas para serem entrevistadas, bem como outras fontes de evidência a serem adotadas. O entrevistado assume um papel ativo de “informante”, não sendo apenas compreendido como um respondente (STRAUSS; CORBIN, 2008; YIN, 2010). Este estudo utilizou a dialogicidade, que segundo Morin, possibilita a abertura ao saber e experiências do outro, considera as falas contrárias, contribuindo para a construção do conhecimento.

O Princípio dialógico afirma que há forças opostas ou contrárias sempre atuando e que são, por necessidade de funcionamento, ao mesmo tempo, complementares, interagem entre si e, nessa interação mantêm a realidade funcionando. Refere-se a dialógica que para Morin (2005, p. 300) é entendida como “unidade complexa entre duas lógicas, entidades ou instâncias complementares, concorrentes e antagonicas que se alimentam uma da outra, se completam, mas também se opõem e combatem”.

Segundo Morin (1990, p. 107), “o que digo a respeito da ordem e da desordem pode ser concebido em termos dialógicos. A ordem e a desordem são dois inimigos: um suprime o outro, mas ao mesmo tempo, em certos casos, eles colaboram e produzem organização e complexidade.” Isto é, produzem a realidade que é este conjunto tecido junto (complexo) e multidimensional. Morin (1990, p. 107) complementa afirmando: “O princípio dialógico permite-nos manter a dualidade no seio da unidade. Associa dos termos ao mesmo tempo complementares e antagonicos”. O ser humano depende da ordem e da desordem, em outras palavras seria da razão e da afetividade, para ser ele mesmo. Desta forma, ocorre a constituição da subjetividade humana. O movimento dialético se dá entre tese e antítese. A síntese é a superação da contradição. Uma vez estabelecida como superação, a síntese torna-se uma nova tese que, pelo movimento dialético, se encontrará com uma nova antítese, originando novos conflitos.

## 5.5 ANÁLISE DE DADOS

O método de análise dos dados se deu pela análise comparativa, esta refere-se a um processo dinâmico no qual os dados são coletados e comparados entre si, entre eles e os códigos, entre os códigos e os conceitos, entre os conceitos e as categorias. A análise comparativa na TFD é um processo constante, em que o pesquisador, ao comparar os incidente dos dados, desenvolvem categorias e conceitos para a compreensão do evento estudado (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Para auxiliar neste processo, foi utilizado o software NVivo 10®, uma ferramenta que auxilia na organização dos dados de pesquisas qualitativas. Ele permite união e organização dos conteúdos de entrevistas, discussões em grupo, pesquisas, áudio, dentre outros (QSR INTERNATIONAL, 2017). Neste estudo, foram utilizados na análise das entrevistas e elaboração dos memorandos desenvolvidos ao longo da pesquisa.

No software foi feita a colocação das entrevistas após serem transcritas

na íntegra e validadas pelo entrevistado. Da data da coleta até sua colocação no software levou-se em média sete dias. Assim que colocada a entrevista, iniciava sua análise dos dados.

A análise realizada de acordo com as três etapas de codificação apresentadas por Strauss e Corbin (2015), sendo elas: codificação aberta, codificação axial e integração. O processo de codificação busca a redução dos dados, desta forma eles são divididos, nomeados, conceitualizados e integrados para formar a teoria.

A primeira fase, de codificação aberta, é caracterizada pelo processo de microanálise, onde os dados são isolados em partes distintas, sendo examinados com rigor e comparados em busca de similaridades e de diferenças, dando valor aos incidentes, ideias, eventos e atos distintos, e a partir disso, recebem nomes que os representem. Na análise dos dados brutos, linha-a-linha, serão gerados os códigos substantivos que são agrupados em categorias (CORBIN; STRAUSS, 2015). Neste momento, foi feita a nomeação dos fenômenos, também conhecida como “conceituação”, que é o agrupamento de fatos e acontecimentos similares sob um mesmo tópico ou classificação comum – categoria.

Quadro 1. Exemplo da etapa de codificação aberta

<b>Entrevista 01</b>	<b>Código Preliminar</b>
<p>(...) uso de drogas também afeta muito, o uso de drogas nessa idade junto com essa fase parece que é o pior para largarem tudo e tratar irregularmente.</p> <p>(...) ver como está a situação social, familiar dele, conversar mais sobre isso.</p>	<p>Percebendo a relação de fatores biopsicossociais na adesão a TARV</p>
<p><b>Entrevista 02</b></p> <p>(...) depende muito de como é a questão familiar de cada um e a sua personalidade também, do jeito que a doença impacta na vida deles no preconceito em si, então, isso a gente vê muito.</p>	

Fonte: Elaborado pela autora

Na fase seguinte, de codificação axial, o objetivo é especificar as propriedades e as dimensões das categorias, baseia-se em um processo de reagrupamento dos dados para fornecer uma explicação sobre os



fenômenos, ou seja, nesta fase as categorias foram relacionadas às subcategorias, com o intuito de obter uma explicação mais completa sobre o fenômeno. Uma categoria representa um fenômeno, o problema, um acontecimento considerado importante para os informantes, já as subcategorias respondem questões sobre o fenômeno (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Quadro 2 - Exemplo da etapa de codificação axial

<b>Subcategorias</b>	<b>Categoria</b>
<p>Avanços no tratamento antirretroviral</p> <p>O preconceito relacionado ao HIV/Aids</p> <p>Sistemas de informação no controle da adesão ao a TARV</p> <p>Reconhecendo os sujeitos envolvidos no cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids</p> <p>Desvelando o perfil dos Adultos Jovens com HIV/Aids</p> <p>Substituindo o Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids por outra forma de organização dos serviços.</p> <p>Reconhecendo a Meta 90-90-90 e entendendo o papel da Vigilância Epidemiológica para atendimento dessa meta</p>	<p>Percebendo a importância dos múltiplos fatores, dos diferentes sujeitos envolvidos no cuidado e dos sistemas de informação e serviços no processo de adesão à TARV dos adultos jovens com HIV/Aids</p>

Fonte: Elaborado pela autora

A última fase é representada pela Integração, esta tem por objetivo integrar e refinar as categorias. Isto consiste em definir a categoria central (a categoria que evidencia o fenômeno da pesquisa) para que, em seguida, os resultados da pesquisa assumam a forma de teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Quadro 3 - Exemplo da etapa de integração

Categorias	Categoria Central
<p>Percebendo a importância dos múltiplos fatores, dos diferentes sujeitos envolvidos no cuidado e dos sistemas de informação e serviços no processo de adesão à TARV dos adultos jovens com HIV/Aids</p> <p>Desvelando a gestão do cuidado no incentivo a adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids</p> <p>O compartilhamento do cuidado da Pessoa Vivendo com HIV/Aids, em especial dos adultos jovens, e a estruturação de linha do cuidado para suprir esta nova demanda</p>	<p>Compreendendo a adesão à terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids alicerçada a gestão do cuidado realizada pelos profissionais da Rede de atenção à saúde</p>

Fonte: Elaborado pela autora

No reagrupamento, como a associação entre as categorias pode ser discreta, é importante ter um esquema/ferramenta analítica que possa ser utilizado para agrupar e classificar as conexões identificadas. O Paradigma é um desses esquemas. Assim, para organização e relacionamento das categorias foi utilizado o modelo paradigmático para condução da investigação e desenvolvimento da teoria, sendo este um esquema organizacional, o qual ajuda a reunir e ordenar os dados sistematicamente permitindo que o fenômeno seja visualizado (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Conforme Strauss e Corbin (2015), os componentes básicos do paradigma são:

- Condições - explicam por que, como, quando e de que forma as pessoas respondem ao fenômeno;
- Ações e interações - são as verdadeiras respostas que as pessoas ou grupos têm aos eventos ou situações problemáticas que ocorrem em suas vidas. Respondem questões para identificar os significados ou qual particular ação/ interação foram tomadas para chegar a tais condições;

- Consequências - alteram a situação e afetam o fenômeno garantindo explicações mais completas, ou seja, são os resultados das ações e interações. Elas podem ser de ordem física, psicológica ou social.

O fenômeno é o termo que responde a pergunta: O que está acontecendo por aqui? Em outras palavras, responde a problemas e situações em que as pessoas se encontram (CORBIN; STRAUSS, 2015). Assim, destaca-se que o intuito da codificação axial é desenvolver as categorias de forma sistemática e relacioná-las (STRAUSS; CORBIN, 2008).

No capítulo intitulado resultados dedicamos o tópico “Representação do modelo teórico” para descrição detalhada do processo de análise dos dados que resultou no modelo teórico deste estudo. Na figura 1, do capítulo dos resultados, podemos visualizar cada etapa do modelo paradigmático com a identificação do fenômeno e categorias e subcategorias que o sustentam.

### **5.5.1 Memorandos**

Outra etapa no processo de coleta de dados e análise de dados é a elaboração de memorandos. Os memorandos são registros escritos, que consiste em extensivas anotações feitas durante todo o processo de pesquisa, elevando o nível de abstração das categorias. A produção de memorandos tem como objetivo desenvolver ideias. Ao elaborar memorandos, o pesquisador eleva os dados a níveis conceituais, desenvolve as propriedades das categorias, elabora hipóteses, começa a integrar essas conexões em conjuntos de categorias e situa a teoria emergente em relação a outras teorias potencialmente relevantes. Os memorandos também servem para a orientação da amostragem teórica, indicando lacunas na análise e possíveis novos direcionamentos que emergem dos dados (CORBIN; STRAUSS, 2015; CHARMAZ, 2009).

Glaser e Holton (2004) destacam que os memorandos, são notas teóricas sobre os dados e as conexões conceituais entre as categorias. A escrita de memorandos teóricos é fundamental no processo de geração de teoria. Para esses autores, se o pesquisador ignorar esta etapa, ele não está construindo uma TFD.

A seguir, encontram-se alguns dos memorandos elaborados para demonstração dessa etapa do método.

## Quadro 4 - Memorando 01

**Memorando 01- A ausência de Serviço de Assistência Especializada SAE em Florianópolis**

O Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids objetiva proporcionar atendimento de forma integral e com qualidade a todos seus usuários, este conta com uma equipe multiprofissional proporcionando atendimento as demandas locais. É através do SAE que muitos cidadãos com HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis estabelecem vínculo com a equipe multiprofissional. Estes profissionais atuam como coautores no processo de promoção da saúde das PVHA.

No município de Florianópolis os SAE não estão mais presentes dentro de sua linha de cuidado a PVHA do município. Com as novas demandas dessa população, surge a necessidade de descentralização do cuidado, sendo estes usuários direcionados para realizar seu tratamento junto com as equipes de estratégia de saúde da família, tendo seu cuidado compartilhado com os demais níveis da rede de acordo com as necessidades.

Ao se ofertar tratamento em um SAE em HIV/Aids taxa-se a PVHA expondo assim seu diagnóstico podendo causar desconforto e outros sentimentos a este usuário. Ao ser tratado em sua unidade básica de saúde a tendência é ter um cuidado integral, dentro de seu contexto de vida tendo o suporte de sua equipe de vínculo.

Fonte: Elaborado pela autora

## Quadro 5 - Memorando 06

**Memorando 06- Consulta de enfermagem agendada à PVHA**

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro. Esta compreende uma série de ações realizadas, desde a recepção do cliente até a avaliação geral de todo o atendimento prestado. O enfermeiro coleta informações, observa, examina para conhecer, compreender e explicar a situação de saúde antes de decidir sobre o diagnóstico de enfermagem e terapêutica do enfermeiro.

O enfermeiro realiza a consulta agendada e por demanda espontânea. Se falando em HIV/Aids identificamos a necessidade destas duas modalidades de consulta, porém infelizmente os profissionais de enfermagem acabam perdendo espaço e cedendo o momento da consulta agendada aos pacientes com HIV/Aids para que outros profissionais assumam este cuidado. É através da consulta de enfermagem agendada a PVHA que o enfermeiro pode compreender, investigar, diagnosticar, planejar, implementar assistência e avaliar o processo de enfermagem, é na consulta agendada de rotina que se realiza as principais medidas de prevenção e promoção de saúde.

A ausência de consulta de enfermagem agendada no cuidado da PVHA pode vir a interferir diretamente na adesão ao tratamento para HIV/Aids. Pois além de valorizar a categoria profissional, a consulta vai auxiliar que o paciente seja aderente ao tratamento.

Fonte: Elaborado pela autora

Como etapa final, Corbin e Strauss (2015) dão ênfase na validação da teoria, esta validação pode estar relacionada ao modo sistemático de análise e organização dos dados por meio dos componentes do modelo paradigmático. Desta forma, destaca-se que há quatro critérios para o julgamento da aplicabilidade da teoria ao fenômeno estudado. O primeiro é o Ajuste, este identifica se a teoria é fiel à realidade, devendo se ajustar à área estudada; o segundo critério é a Compreensão, devendo a teoria ser compreensível e fazer sentido tanto às pessoas estudadas quanto aos estudiosos da área focalizada; o terceiro critério é Generalização teórica, que diz que a teoria deve ser abstrata o suficiente e incluir variação o bastante para que possa ser aplicável a outros contextos relacionados àquele fenômeno; por fim o quarto critério é o Controle, devendo a teoria proporcionar controle, pois as hipóteses que se relacionam com os conceitos podem ser usadas para guiar ações posteriores (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A próxima etapa da pesquisa seria a etapa de validação da teoria, que não foi realizada diante do limite de tempo disponível para finalização da dissertação.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, através da Plataforma Brasil, segundo as orientações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Os princípios éticos foram respeitados em todas as fases de execução deste estudo, incorporados, sob a óptica do indivíduo e das coletividades, os princípios básicos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

A participação na pesquisa foi feita mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (ANEXO A), aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob protocolo n. 2.177.218 (ANEXO II) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias assinada pelos pesquisadores. Sendo mantido o sigilo e anonimato do nome dos participantes e da imagem da instituição.

Todos os participantes que aceitaram contribuir com o estudo foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e de sua metodologia, bem como foram solicitados a manifestarem sua concordância de participação e consentimento do uso dos dados da pesquisa por meio da assinatura do TCLE (APÊNDICE B). Para garantia do sigilo das informações e

anonimato dos participantes, os sujeitos do estudo foram identificados pela sigla “P” de profissional seguida pela numeração ascendente (P1, P2, P3...). Assegurando-se o direito à livre participação no estudo, o participante terá liberdade para recusar participar, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência de participar da pesquisa não repercutirá em punição, prejuízo, dano ou desconforto.

O material coletado poderá ser consultado sempre que o participante desejar, mediante solicitação. Os dados deste estudo serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Em relação aos riscos envolvendo a pesquisa, pode-se dizer que esta pode oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais entre teoria e prática nos campos da gestão do cuidado e da adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids.

## 6 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em quatro subcapítulos. O primeiro faz uma introdução aos resultados apresentando o modelo teórico representativo, o Paradigma; no segundo temos a caracterização dos participantes da pesquisa; e os dois últimos são apresentados dois manuscritos, conforme estabelecido pela Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC (PEN/UFSC).

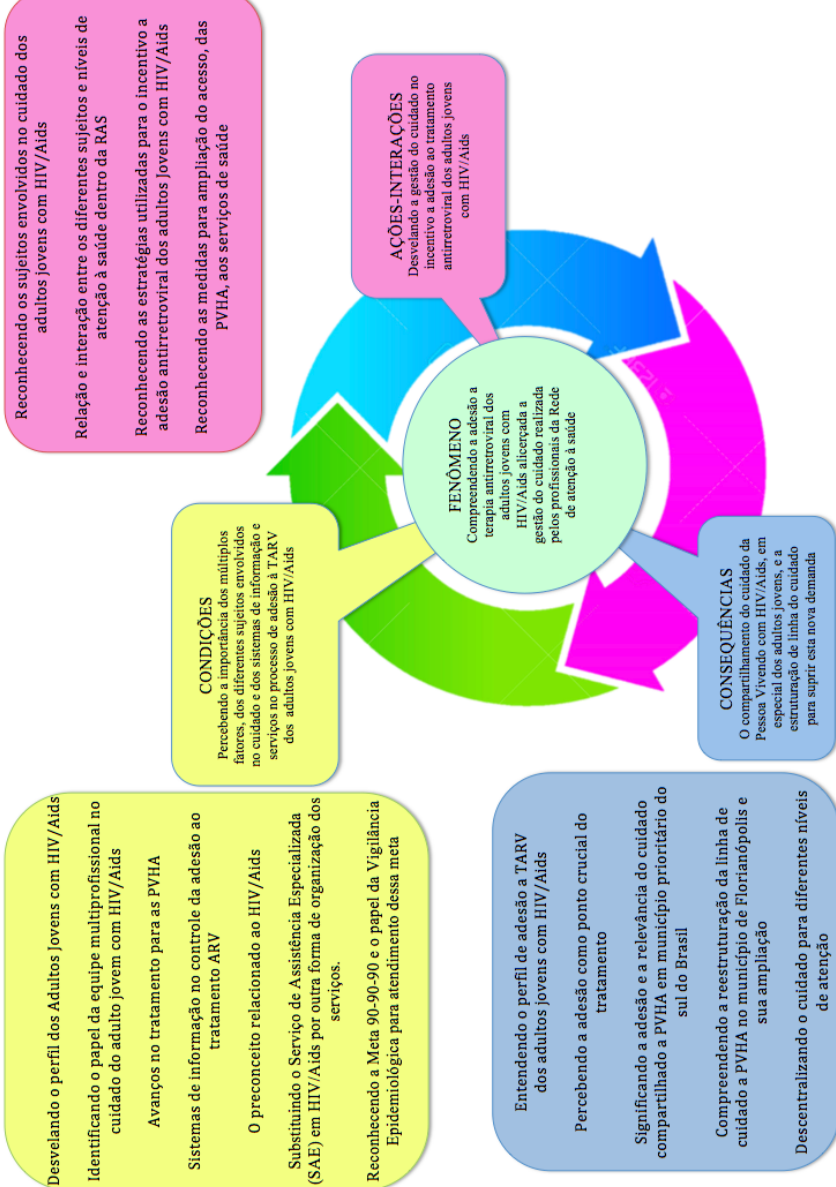
Este estudo gerou o modelo teórico e dele obteve-se dois manuscritos: Gestão do cuidado para a adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids; e O compartilhamento do cuidado à pessoa com HIV/Aids e a estruturação da linha de cuidado.

Para cada manuscrito foi feita uma seleção das subcategorias contidas nas três categorias centrais, apresentando nos resultados de cada manuscrito as três etapas do paradigma. Desta forma, um manuscrito complementa o outro para a ilustração do fenômeno como um todo.

### 6.1 REPRESENTAÇÃO DO MODELO TEÓRICO

O presente estudo seguiu o modelo paradigmático proposto por Corbin e Strauss (2015), esta é uma ferramenta analítica que possibilita reunir e ordenar os dados de forma sistemática. O primeiro componente, condições, expõe os motivos dados pelos informantes para a ocorrência de determinado fato. O componente ações-interações corresponde às respostas expressas pelas pessoas as situações problemáticas ocorridas em sua vida. O componente consequências expressa os resultados previstos ou reais. Desta forma, estes três componentes atuam juntos para criação da categoria central, o fenômeno da pesquisa (CORBIN; STRAUSS, 2015) que neste estudo intitula-se “Compreendendo a adesão a terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids alicerçada a gestão do cuidado realizada pelos profissionais da Rede de atenção à saúde”, ilustrado na figura a seguir:

Figura 1 - Modelo paradigmático/ Modelo teórico representativo



Fonte: Elaborado pela autora.



Ao final da análise dos dados emerge o fenômeno “Compreendendo a adesão à terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids alicerçada a gestão do cuidado realizada pelos profissionais da Rede de atenção à saúde”. O fenômeno é sustentado pelos seus três componentes, consecutivamente condições, ações-interações e consequências. As condições são representadas por “Percebendo a importância dos múltiplos fatores, dos diferentes sujeitos envolvidos no cuidado e dos sistemas de informação e serviços no processo de adesão à TARV dos adultos jovens com HIV/Aids”; As ações e interações estão sustentadas em “Desvelando a gestão do cuidado no incentivo a adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids”. E, como consequência tem-se “O compartilhamento do cuidado da Pessoa Vivendo com HIV/Aids, em especial dos adultos jovens, e a estruturação de linha do cuidado para suprir esta nova demanda”.

No primeiro componente, Condições, podemos perceber a importância dos múltiplos fatores biopsicossociais, pessoais e familiares no incentivo da adesão ao tratamento antirretroviral, principalmente quando falamos no contexto dos adultos jovens que (con)vivem com HIV/Aids. Neste componente ainda podemos compreender o papel dos sujeitos envolvidos do cuidado desta população. Percebemos o papel individual da PVHA, com seu autocuidado, o papel da família, de cada profissional envolvido direta e indiretamente, vemos o papel do nível gestor e podemos visualizar a complexidade do emaranhado da gestão do cuidado do adulto jovem com HIV/Aids. Um outro fator muito importante identificado no tópico condição foi o papel dos sistemas de informação que facilitam o acompanhamento da adesão e permitem visualizar o trajeto de tratamento das PVHA dentro da RAS. O cuidado dos adultos jovens compartilhado na RAS é identificado como um facilitador no processo de adesão à TARV.

O componente Ações e interações desvela gestão do cuidado, em suas múltiplas dimensões, no incentivo a adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids. Nela podemos ver as medidas realizadas para pôr em prática o incentivo da adesão ao tratamento ARV. Percebe-se o papel dos profissionais da atenção primária, secundária e do nível gestor no incentivo a adesão.

Por fim, no componente Consequências, podemos perceber a percepção dos profissionais quanto a adesão à TARV e vislumbramos o compartilhamento do cuidado das PVHA, em especial dos adultos jovens, dentro da RAS e desvela-se a estruturação da linha do cuidado à PVHA no município de Florianópolis.

Com o entendimento destes três componentes podemos

compreendendo a adesão à terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids alicerçada a gestão do cuidado realizada pelos profissionais da Rede de atenção à saúde do Município de Florianópolis.

A partir destes resultados, foram criadas duas grandes categorias, que serão apresentados nos dois manuscritos intitulados “**Gestão do cuidado para a adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids**”; e “**O compartilhamento do cuidado da pessoa com HIV/Aids: a estruturação da linha de cuidado num olhar direcionado ao adulto jovem**”.

Desta forma, os manuscritos podem ser compreendidos isoladamente, e ainda assim, complementam-se possibilitando a compreensão do fenômeno como um todo.

## 6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo um total de dezenove (19) profissionais, destes sete (7) enfermeiros sendo que um (1) além de enfermeiro é odontólogo, quatro (4) farmacêuticos e oito (8) médicos, sendo quatro (4) deles com especialização em infectologia. Do total de entrevistados, quinze (15) são do sexo feminino e quatro (04) do sexo masculino, com idades variando entre 21 e 61 anos. O tempo de formação dos participantes e atuação profissional variou de 7 e 39 anos, sendo que o tempo de atuação no cargo atual foi de 2 a 25 anos, estando a maioria dos participantes há menos de 10 anos.

O período de atuação na SMS variou entre 1 e 15 anos, e o período de atuação no centro de saúde atual ficou compreendido entre 1 e 12 anos. Referente ao grau de escolaridade seis (6) apresentavam 3º grau completo, dez (10) especialização, dois (2) mestrado e um (1) doutorado.

Quadro 6 - Participantes da pesquisa.

GRUPO	LOCAL DA COLETA	Nº	PROFISSIONAL
1º Grupo amostral	Atenção secundária (Policlínicas Centro e Continente)	4	Enfermeiros
		4	Médicos infectologistas
		4	Farmacêuticos
		2	Coordenadores
2º Grupo amostral	Nível gestor (SMS) e Atenção Primária (CS Monte Cristo e Saco Grande)	4	Médicos
		1	Enfermeiros

Fonte: Elaborado pela autora.

## 6.3 MANUSCRITO 1

**GESTÃO DO CUIDADO PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS JOVENS COM HIV/AIDS**Bruna Coelho<sup>1</sup>Betina Hörner Schindwein Meirelles<sup>2</sup>**RESUMO**

**Objetivo:** Compreender a gestão do cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids e sua interface com a adesão a Terapia antirretroviral, na perspectiva da equipe multiprofissional da rede de atenção à saúde em um município do sul do Brasil. **Método:** Pesquisa qualitativa, com aporte metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. Os dados foram coletados junto a Rede de Atenção à saúde de um município do sul do Brasil, totalizando 19 participantes, estando eles distribuídos em dois grupos amostrais. O processo de análise dos dados ocorreu concomitante à coleta, foi utilizado o método de análise comparativa. Para auxiliar a análise de dados foi utilizado o software NVivo® 10. **Resultados:** A pesquisa revelou que a gestão do cuidado dos adultos jovens é realizada nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. O foco do incentivo à adesão ao tratamento dos adultos jovens com HIV/Aids materializa-se durante as consultas médicas, farmacêuticas e de enfermagem. Desvela-se a importância da equipe multiprofissional no incentivo a adesão ao tratamento, bem como a formação de vínculo terapêutico com usuários. Os profissionais podem acompanhar a adesão através dos sistemas de informação e prontuário eletrônico próprio do Município. **Considerações finais:** O cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids ainda está concentrado na atenção secundária, porém já se identifica alguns vestígios

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Endereço: Campus Universitário – Trindade - 88040-900 – Florianópolis – SC – Brasil. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde – Bloco I – 4º andar. E-mail: bruninhahcoelho@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Associada da UFSC. Membro do GEPADES e do Laboratório de e Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde às Pessoas em Condição Crônica (NUCRON). Florianópolis, Brasil. E-mail: betina.hsm@ufsc.br

do direcionamento desse cuidado para a atenção primária, buscando a implementação do cuidado da pessoa vivendo com HIV/Aids dentro da Rede de Atenção à Saúde.

**Palavras-chave:** Gestão em saúde; Adulto jovem; Infecção por HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos conquistou-se avanços mundiais no que se refere ao acesso das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) ao tratamento. Atualmente, a infecção pelo HIV/Aids ainda é considerada um problema de saúde pública (REIS et al., 2015). Um destaque relevante é o aumento no número de caso em jovens de 15 a 24 anos, tendo diagnóstico da doença, sendo que de 2005 para 2014 a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,1 para 6,7 casos por 100 mil habitantes) e entre os de 20 a 24, quase dobrou (de 16,0 para 30,3 casos por 100 mil habitantes) (BRASIL, 2015). Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de mortes, entre adolescentes e jovens, relacionadas com o HIV está aumentando. O HIV é classificado como a segunda causa de mortes de adolescentes no mundo todo (WHO, 2014).

No ranking de taxa de detecção, por 100 mil habitantes, de casos de Aids notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM) e registrados no SISCEL/SICLOM, segundo capital de residência por ano de diagnóstico, de 2003 a 2015, identificou-se que Florianópolis é a segunda capital brasileira com maiores taxas, ficando atrás de Porto Alegre. Neste mesmo período, ao avaliar o coeficiente de mortalidade por Aids nas capitais, Florianópolis fica na terceira posição, sendo antecedido apenas por Porto Alegre e Belém (BRASIL, 2016).

O jovem com HIV/Aids vive em uma fase de desenvolvimento com características comuns aos adolescentes que não têm a infecção. As alterações físicas e psicossociais reúnem-se às necessidades específicas do HIV/Aids, como: a descoberta do diagnóstico, as repercussões diárias da doença através da terapêutica e as situações de preconceito e discriminação enfrentadas (MARTINS; MARTINS, 2011). Desta forma, intensifica-se a necessidade de se levar em consideração características e necessidades socioculturais e demográficas específicas dessas faixas etárias (BRASIL, 2014a).

A atuação dos profissionais de saúde na promoção da adesão à TARV é fundamental, entendendo que estes atuam como facilitadores no acompanhamento e, se necessário, nas intervenções, através da

identificação de fatores que estejam relacionados às fragilidades e falhas da adesão ao tratamento (ABRÃO et al., 2014).

Para a equipe multiprofissional, proporcionar um cuidado de qualidade a esta população é necessário ter conhecimento e utilizar de estratégias de gestão do cuidado. Neste estudo será utilizado o conceito de gestão do cuidado proposto por Cecílio (2011), este apresenta a gestão do cuidado através de dimensões, sendo elas a individual, a familiar, a profissional, a organizacional, a sistêmica e a societária. Essas dimensões se representam por círculos concêntricos dispostos de modo que a individual é o círculo menor/central e a societária o mais amplo, englobando todos os outros. Sendo assim, estas dimensões se encontram interligadas como compartimentos crescentes, envoltas uma na outra.

Este estudo tem como objetivo compreender a gestão do cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids e sua interface com a adesão à Terapia antirretroviral, na perspectiva da equipe multiprofissional da rede de atenção à saúde em um município do sul do Brasil.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, embasado na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), cujo intuito consiste na busca pela compreensão dos fenômenos sociais a partir das relações e interações entre os sujeitos e dos significados atribuídos por esses (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A coleta de dados ocorreu no período de Julho a Setembro de 2017 por meio de entrevista aberta e teve como cenário de estudo a RAS do município de Florianópolis. Os participantes do primeiro grupo amostral foram selecionados intencionalmente e convidados a participar da pesquisa através de contato telefônico ou por e-mail. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no local de trabalho dos participantes, sendo gravadas com dispositivo áudio-digital e posteriormente transcritas na íntegra. A entrevista foi iniciada, com uma questão norteadora: “Fale-me sobre o significado da gestão do cuidado para você, em especial, na adesão à TARV dos adultos jovens com HIV/Aids” e, ao longo da entrevista foram desencadeadas novas perguntas, de acordo com as singularidades de cada participante.

Participaram do estudo 19 profissionais da RAS de Florianópolis divididos em dois grupos amostrais. Compuseram o primeiro grupo amostral 14 profissionais das Policlínicas Centro e Continente, cada uma com os enfermeiros do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) incluídos por fazerem parte das policlínicas, sendo 4 médicos, 4 enfermeiros, 4 farmacêuticos e dois coordenadores com formação em

enfermagem. Este primeiro grupo direcionou a coleta de dados para o nível gestor na Secretaria Municipal de Saúde e médicos do ESF, pois em seus relatos trouxeram uma nova mudança na linha de cuidado da PVHA que está sendo implantada e que teve o início de seu desenvolvimento no nível organizacional através de um projeto piloto envolvendo, neste primeiro momento, médicos do ESF e infectologistas. O segundo grupo amostral foi composto por 3 profissionais de pontos estratégicos da secretaria de saúde, sendo que deles 2 eram médicos e 1 enfermeiro e mais 2 médicos membros da Estratégia de Saúde da Família envolvidos ativamente no projeto piloto, sendo que cada médico foi indicado por infectologista em policlínica de referência, no total o segundo grupo foi composto por 5 profissional de saúde.

Adotou-se como critério de inclusão para participação na pesquisa os profissionais de saúde que atuavam há pelo menos seis meses no serviço, no atendimento ao adulto jovem com HIV/Aids, e como critério de exclusão para os três grupos amostrais considerou-se os profissionais que estivessem afastados do serviço durante o período de coleta de dados, independente do motivo. A partir da repetição de informações e ausência de novos elementos relevantes para a pesquisa e compreensão do fenômeno, obteve-se a saturação teórica e consolidação das categorias em suas propriedades e dimensões.

O processo de análise dos dados ocorreu concomitante à coleta, foi utilizado o método de análise comparativa. Este se refere ao processo de comparação constante, em que o pesquisador, ao comparar os incidente dos dados, desenvolvem categorias e conceituais para a compreensão do evento estudado. Para auxiliar a análise de dados foi utilizado o software NVivo® 10 para a organização dos dados no processo de codificação. A análise dos dados foi realizada de acordo com as três etapas de codificação apresentadas por Corbin e Strauss (2015), sendo elas: codificação aberta, codificação axial e integração. Na primeira etapa ocorreu a codificação aberta, no qual os conceitos foram identificados, agrupando-se os fatos similares sob as subcategorias. Em seguida, ocorreu a codificação axial, relacionando as categorias às subcategorias, obtendo-se uma explicação mais aprofundada dos dados. A terceira e última etapa foi a integração, ligando as categorias em torno de uma categoria central, onde emergiu o fenômeno. Foi utilizado o modelo paradigmático para condução da investigação e desenvolvimento da teoria, sendo este um esquema organizacional, o qual ajuda a reunir e ordenar os dados sistematicamente permitindo que o fenômeno seja visualizado. Os componentes básicos do paradigma são: condições, ações-interações e consequências (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Este estudo atendeu aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), sob protocolo número 2.177.218. Os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo, metodologia e aspectos éticos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para garantir o sigilo e anonimato dos participantes, utilizou-se a letra E seguida do número correspondente à ordem de realização das entrevistas para designá-los (E1, E2, E3...) e da indicação do grupo amostral – primeiro grupo (G1) E segundo grupo (G2) – da seguinte forma: (E1G1); (E1G2).

## **RESULTADOS**

Conforme supracitado no método, este estudo utilizou como ferramenta de análise dos dados o modelo paradigmático proposto por Corbin e Strauss (2015). Deste modelo emergiu o fenômeno do estudo, sendo ele: “Compreendendo a adesão a terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids alicerçada a gestão do cuidado realizada pelos profissionais da Rede de atenção à saúde”. O fenômeno é sustentado por três categorias, referentes a cada etapa do paradigma: condições, ações-interações e consequências, elas são respectivamente: “Percebendo a importância dos múltiplos fatores, dos diferentes sujeitos envolvidos no cuidado e dos sistemas de informação e serviços no processo de adesão à TARV dos adultos jovens com HIV/Aids”; “Desvelando a gestão do cuidado no incentivo a adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids”; e “O compartilhamento do cuidado da Pessoa Vivendo com HIV/Aids, em especial dos adultos jovens, e a estruturação de linha do cuidado para suprir esta nova demanda”. A seguir será apresentada cada categoria com suas subcategorias.

No item *condições* encontram-se explicações do por que, como, quando e de que forma as pessoas respondem ao fenômeno do estudo. Algumas questões tem impacto na adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids, sendo que a primeira subcategoria levantada foi “Desvelando o perfil dos adultos jovens com HIV/Aids”. Nesta subcategoria os profissionais fazem um levantamento de alguns fatores relacionados a adesão ao tratamento a TARV, sendo a faixa etária dessa população, a forma de transmissão do diagnóstico, a não aceitação do HIV, os fatores biopsicossociais, a gestação associada ao HIV e questões familiares. Mais da metade dos entrevistados reconhece a



importância de conhecer o perfil desta população para o planejamento do cuidado específico.

[...] desde o início não aceitaram o fato de ter o HIV, ou porque outros fatores né, uso de drogas ou situação social em casa, onde vive [...] (E1G1).

Outra subcategoria levantada foi “Identificando o papel da equipe multiprofissional no cuidado do adulto jovem com HIV/Aids”. Aqui surgem dois opostos, dialéticos, aqueles que acreditam que existe uma equipe multiprofissional e os que questionam a existência desta. É identificado o papel do enfermeiro, médico e farmacêuticos como profissionais que trabalham na policlínica, mas não como uma equipe multiprofissional em si. Até porque, como citado por muitos entrevistados, não há trocas de casos e maiores interações entre estes profissionais

Nossa equipe multiprofissional aqui são médicos, enfermeiras e farmacêuticas [...] (E3G1).

[...] Eu acho que ainda não se tem uma equipe multiprofissional, nós temos pessoas com boas intenções, mas não uma equipe multiprofissional [...] (E9G1).

Dentro deste tópico desvela-se a importância da equipe multiprofissional no incentivo da adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) dos adultos jovens. O papel da equipe multiprofissional é trabalhar em conjunto, com orientações coerentes, um profissional complementando o cuidado do outro para que consigam atingir o objetivo comum que é incentivar a Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), dentre elas os adultos jovens, a aderir ao tratamento.

[...] orientação repetida é o caminho para as coisas darem certo. Eu oriento: você vai tomar remédio, não vai emagrecer, não vai ficar com lipodistrofia. Que hoje os pacientes já sabem dos efeitos colaterais antes de chegar na gente, se eu falo aqui e ele desce na farmácia, a farmacêutica reforça o risco de efeitos colaterais, reforça que o paciente será assistido caso o paciente tenha efeitos colaterais. É bem melhor do que uma pessoa falar, que eu vi isso várias vezes

acontecer, médico deu e paciente não toma porque ele ainda tem muito medo de iniciar o tratamento de HIV. A gente falando aqui, daí ele saindo e se passasse por uma consulta de enfermagem que reforçasse isso, passasse na consulta da farmacêutica que reforçasse isso... Quanto mais reforço, acho que melhor e a possibilidade da adesão completa (E12G1).

Cada membro da equipe multiprofissional tem seu papel, os entrevistados destacam que os profissionais da farmácia, por ter um contato mensal com os adultos jovens, pode identificar os casos de não aderentes e discutir com os demais profissionais da equipe para poderem trabalhar no incentivo à adesão ao tratamento.

[...] a farmácia ajuda muito, as farmacêuticas do serviço fazem um certo acolhimento na hora de pegar o remédio. Quando elas veem que está com pouca adesão, elas chamam e conversam, veem o que está acontecendo, explicam para o paciente e alguns casos debatem com os demais da equipe (E10G1).

[...] eu acredito que na equipe multiprofissional cada profissional tem um papel muito importante na adesão ao tratamento. Os farmacêuticos, nós somos talvez os profissionais que lidam com maior frequência com esses pacientes, porque a consulta médica muitas vezes falta, é mensal ou trimestral ou até mesmo semestral, mas o contato nosso aqui (farmácia) é mensal, a entrega aqui de medicamentos é mensal. Então, estimular, se a gente vê que aquele paciente não está aderindo, estimular na retirada mensal dele, estimular ele a retirar corretamente [...] (E8G1).

O trabalho coletivo entre a equipe é exemplificado por muitos entrevistados através das renovações de receita. Quando o usuário chega na farmácia para retirada da medicação e a receita está vencida e o farmacêutico identifica que este paciente não está aderente porque a validade da receita foi ultrapassada, o farmacêutico encaminha o usuário para uma consulta de enfermagem de demanda espontânea. Nesta consulta, a enfermeira avalia os resultados de exame da pessoa, vê as

retiradas de medicação na farmácia e quando identifica que ele continuará este tratamento, então, é conversado com o médico e renovada a receita. Assim, o paciente consegue continuar seu tratamento sem prejuízo, através de uma consulta de enfermagem, independente de ter passado por uma consulta médica.

[...] Ocorre, as vezes, do paciente perder consultas médicas. Enfim, nesses aspectos ele vem e conversa conosco, se for algo que uma equipe avalie que realmente foi só o problema de ele não aderir por não ter a receita do medicamento, a gente encaminha para a enfermeira (E6G1).

[...] mas aqui a equipe é bem unida, por exemplo, tem um paciente que chega com a receita vencida, não consegue, então tem essa conversa com as enfermeiras e com os infectologistas, não vai ser uma consulta? Vai! Mas a enfermeira, por exemplo, avalia ou eu avalio muitas vezes quando elas estão ocupadas: então carga viral está zero, está mantendo nesse nível, a gente pega a receita encaminha para o profissional, ele carimba e o paciente consegue pegar a medicação. Mas isso tudo vai depender da parte clínica dele e dos exames laboratoriais, se realmente a terapia antirretroviral está funcionando, que é o objetivo, está funcionando, mantém e continua, não tem o que mudar. Então essa conversa sempre tem, a interação da equipe principalmente farmácia, CTA [enfermagem] e infectologia é muito boa. Nós temos profissionais muito bons, muitos parceiros que procuram cuidar da melhor forma possível os clientes (E13G1).

Sempre que os membros da equipe identificam a necessidade de discutir casos é feito o contato, que não ocorre de forma institucionalizada, pois não apresentam reuniões para discussão de caso, mas no dia-a-dia quando identificam um caso é feito o contato, propiciando momentos de interação.

[...] Aqui tem uma comunicação muito importante entre nós, a gente se comunica muito, conversa muito, a gente tem uma parceria muito boa, a gente consegue acesso tanto a farmácia quanto a infectologia, a gente consegue ter essa interação

entre os profissionais, mas não é uma coisa institucionalizada, é uma coisa pessoal dos profissionais que trabalham (E4G1).

Alguns profissionais relatam que a discussão de caso é de acordo com a demanda, mas identificam a necessidade de reunião de equipe para debate dos casos e para atualização e padronização das ações da equipe quanto aos procedimentos que devem ser utilizados, de acordo com as novas diretrizes.

[...] apareceu a demanda a gente conversa. Temos as vezes casos que aparecem aqui para a gente que o paciente relata que a gente tem que contactar o médico, se for nosso médico aqui é excelente, é fácil acesso, eles trabalham no primeiro andar é muito rápido o acesso, a gente conversa, verifica o que pode ser feito por esse paciente. O contrário também acontece, o infectologista precisando, ele vem aqui e conversa com a gente, é conforme a demanda. A gente não tem instituído uma reunião mensal, apesar de que já conversamos sobre isso com a gestão anterior, sobre a possibilidade de fazer essa reunião mensal ou não sei com que frequência seria. Não só para a discussão de casos, mas também para alinharmos os procedimentos, porque em relação ao tratamento ao HIV/Aids as diretrizes estão mudando com bastante frequência (E8G1).

Os entrevistados das policlínicas informam que atuam como porta aberta, atendendo seus usuários quando surgem as demandas. Além disso, para facilitar a adesão ao tratamento estes profissionais, ainda realizam a busca ativa de pacientes não aderentes ao tratamento, informam que com a sobrecarga de trabalho as buscas ativas acabam sendo em alguns casos deficientes, mas buscam sempre fazer o melhor ao alcance da equipe.

[...] eu acho que do paciente geral, esse paciente que está indo bem, que não tem problema, eu acho que é deixar as portas abertas mesmo, que ele tenha a ideia de que se ele precisar a equipe está disponível, que ele se sinta seguro para voltar no caso de ter qualquer outra intercorrência (E11G1).

[...] como eu tenho acompanhamento frequente desses pacientes, eles vão a busca ativa, evita-se que

o paciente falte. Então, existe um controle aqui na coordenação, como nós que controlamos o retorno dos pacientes, então há sempre uma procura desses pacientes para que eles não desistam do tratamento (E14G1).

Alguns dos profissionais entrevistados relatam que o serviço prestado aos jovens com HIV/Aids poderia ser melhor se a equipe multiprofissional das policlínicas pudesse contar, em sua equipe, com outros profissionais como psicólogo, nutricionista e assistente social. Estes profissionais podem ser localizados dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), porém o número de vagas para estes profissionais é limitado e os usuários com HIV/Aids acabam necessitando de uma grande demanda, não sendo esta suprida pela rede, em alguns casos chega a ser necessário encaminhar estes usuários a Organizações não Governamentais (ONGs) que ofertam estes serviços.

[...] teria que ter assistente social, nutricionista e psicólogos junto com a gente ao mesmo tempo, para suprir esta demanda (E10G1).

Na RAS tem assistente social e psicólogo, mas não é da equipe exclusiva do tratamento o encaminhamento dela é feito via rede assim, vem paciente inclusive não HIV para ela acompanhar (E12G1).

[...] tem o GAPA, que aí a gente encaminha para lá e aí lá eles tem uma orientação sobre assistência do ponto de vista dos seus direitos, serviço social e grupo de acolhimento lá também tem psicólogo exclusivo da ONG (E18G2)

Outro fator citado pelos entrevistados que prejudica no cuidado dos usuários é a falta de uma rede de suporte, com estrutura, recursos materiais e humanos, com equipes multidisciplinares, integradas e capacitadas para acolher as demandas desta população.

[...] Falta uma rede de suporte. E não só aqui, não quero só criticar um serviço, acho que no Brasil falta, mas já tem lugares que estão pensando mais sobre isso (E9G1).

Alguns entrevistados do serviço de referência nas policlínicas levantam a necessidade de um trabalho intersetorial, além de atuarem com equipe multidisciplinar para atender a demanda dos adultos jovens é necessária a interação entre todos os membros da RAS, da educação (escolas) e das comunidades.

[...] Eu creio que desenvolver mais estratégias junto com a Equipe de Saúde da Família, no caso em escola, comunidades (E6G1).

Outra condição que interfere no fenômeno de estudo é os “Avanços do tratamento para as PVHA”. Com a inovação nos estudos e das tecnologias, observa-se cada vez mais melhorias no campo da TARV e acesso ao tratamento e este é um ponto facilitador para incentivar a adesão.

[...] E o tratamento hoje em dia, ele é muito bom, considero um tratamento top, de primeira linha, porque se tu tomar o direitinho, praticamente cem por cento das pessoas conseguem baixar a carga viral a zero, o risco de transmissão diminui absurdamente [...] (E13G1).

Além de avanços na TARV também se identifica avanços nos mecanismos de controle para acompanhamento do tratamento dos usuários, isto pode ser identificado na subcategoria “Sistemas de informação no controle da adesão ao tratamento ARV”. Os entrevistados citam o uso de prontuário eletrônico próprio do município (INFOSAÚDE), no qual os profissionais dos diversos pontos da RAS municipal de Florianópolis tem acesso aos registros do usuário. O controle da retirada da TARV pode ser acompanhado através do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e o controle do resultado dos exames pode ser feito através do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL). Isto propicia o acompanhamento do tratamento em diversos pontos da rede de atenção.

[...] Infosaúde é muito importante! A gente visualiza e consegue acompanhar em conjunto esse paciente (E19G2).

[...] O SICLOM, através dele a gente consegue analisar sistematicamente esses valores, de retirada de medicamentos (E6G1).

[...] Exames também, o CD-4, a carga viral, a gente acompanha, também não é pelo nosso prontuário, é tudo daí via SISCEL. É bacana que a gente consegue ter um histórico assim de todos os exames, mesmo que não tenha sido tu que não tenha solicitado. Às vezes, o paciente veio de outro município, mas a gente consegue ter o histórico (E19G2).

A última condição levantada que interfere no fenômeno de estudo é “O preconceito relacionado com HIV/Aids” é outra condição que interfere negativamente no fenômeno da adesão, a maioria dos profissionais entrevistados citam o preconceito como um fator que interfere na aceitação da doença e do tratamento.

[...] porque tratar a doença gera um certo preconceito, o tratamento reforça isso. Então, a pessoa olha para o medicamento e vê aquilo ali como algo ruim para ela, então dependendo de como a pessoa se sente no momento ou no período, ela vai estar aderente ou não (E7G1).

Seguindo o modelo paradigmático para compreensão do fenômeno temos a fase das *ações e interações*. Este componente corresponde à resposta expressa pelas pessoas ou grupos aos eventos ou situações problemáticas ocorridas em sua vida. Nesta fase, identificamos a subcategoria “Reconhecendo os sujeitos envolvidos no cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids”. Neste item os profissionais identificam as esferas da gestão do cuidado que estão envolvidas no incentivo da adesão do adulto jovem com HIV/Aids. Eles citam as esferas: individual, familiar, profissional, organizacional e sistêmica.

[...] eu acho que é um trabalho de formiguinha (incentivar a adesão), de cada profissional no seu setor, da equipe multiprofissional, seja no posto, seja na policlínica, ou no ponto onde ele [paciente] tá na rede. É também estar trazendo a responsabilidade para o paciente de cuidar da sua saúde, no caso do jovem também da família, porque a saúde é dele, nós estamos fornecendo o suporte, mas a saúde é dele,

ele tem que dar a sua própria saúde, tem que responsabilizar (E13G1).

A gestão do cuidado foi descrita pelos profissionais como uma forma de planejamento e organização do cuidado. Ela é realizada em diferentes níveis de atuação, dependendo do Ministério da Saúde, da Prefeitura Municipal, da Secretaria Municipal de Saúde, dos profissionais que atuam na RAS, da população, dos familiares e do próprio usuário. Focando na Gestão do Cuidado à pessoa vivendo com HIV/Aids, foi descrita pelas entrevistados como um conjunto de ações que envolve desde o diagnóstico, tratamento e acompanhamento em todas as fases da vida da PVHA. Este cuidado envolve diversos profissionais em diferentes níveis da atenção.

Significado de gestão no cuidado... eu acho que abrange tudo, desde a parte de programação, de como tu vai organizar o serviço, contratação de profissionais, as agendas, ofertas de vagas, até o dia a dia com orientação de cada profissional em cada setor, do paciente ser incluído, para fazer o adulto/jovem, no caso que é o alvo da pesquisa aqui, aderir (E13G1).

[...] a gestão do cuidado para a pessoa vivendo com HIV/Aids, ela envolve desde o diagnóstico, tratamento, acompanhamento, todas as fases da doença com o paciente. Então, a gestão do cuidado envolveria um contato próximo com a atenção primária, que ela ofereça um diagnóstico oportuno sempre que possível, [...], se o diagnóstico for positivo, ele possa oferecer então o início dos pedidos dos exames iniciais de avaliação da doença, oferecer o tratamento no caso clínico, oferecer outros cuidados que possam ser identificados de necessidade psicossociais daquele paciente com o que a rede oferece, referenciar em determinados casos para o infectologistas e referenciar caso com maior necessidade, maior rapidez para poder gerenciar esse caso (E16G2).

O cuidado do adulto jovem com IVH/Aids é feito através do compartilhamento do cuidado entre os diferentes níveis de atenção à saúde, isto pode ser observado nas falas dos profissionais presentes na



subcategoria “Relação e interação entre os diferentes sujeitos e níveis de atenção à saúde dentro da RAS”. Percebe-se que os profissionais entendem a necessidade e importância do compartilhamento do cuidado entre os níveis de atenção, incentivando cada vez mais a participação da atenção primária, tendo ela o papel de organizadora do cuidado das PVHA e dos adultos jovens.

[...] é importante esse compartilhamento, da média e da básica [...] vemos sempre esta questão primária. A manutenção do cuidado, o gerenciamento do cuidado é lá, na básica, o usuário vem para a atenção especializada, mas sempre a ideia principal é retornar para a atenção primária (E14G1).

Outra subcategoria identificada no item de ação e interação foi “Reconhecendo as estratégias utilizadas para incentivar a adesão dos adultos Jovens com HIV/Aids”. Os profissionais trazem como estratégia a realização de consulta médica de enfermagem e farmacêutica.

Na consulta médica com infectologista, é apresentado pelos profissionais diversas estratégias utilizadas para incentivar a adesão dos adultos jovens. Primeiramente é feito o acolhimento do adulto jovem. Segundo relato de alguns profissionais, o cuidado diferencial prestado ao jovem em relação às demais PVHA é a forma do acolhimento, pois é neste momento que o profissional consegue criar um vínculo com o usuário que vai repercutir na adesão ao tratamento. Durante a consulta, o infectologista busca conhecer o histórico de vida do usuário, visando entender as questões biopsicossociais envolvidas. Após, é feito esclarecimento sobre o que é a infecção pelo HIV, identifica-se o que o jovem sabe sobre a doença e esclarece dúvidas, busca-se entender o que significa ter a doença para o adulto jovem, e explicar de forma clara e com vocabulário de fácil entendimento sobre as mudanças que terá ao longo da vida. É esclarecido quanto aos fluxos de atendimento, fala-se da medicação que será utilizada e dos exames que devem ser feitos. Em todas as consultas, os profissionais acompanham a retirada da medicação e resultado de exames pelos sistemas SISCLON e SISCEL.

[...] com o jovem, essa abordagem tem que ser feita sempre, de uma maneira mais suave possível, porque você vai ter que abordar situações que ele não imaginaria ter que viver naquela faixa etária, como a ideia de ter que tomar um remédio diariamente, como a ideia de ter cuidados gerais e

pessoais, que até então não faziam muito parte do dia-a-dia dele (E9G1).

[...] conseguir durante a consulta ter essa percepção, se ele consegue entender o que significa ter HIV tanto do ponto de vista científico, que é uma doença, um vírus, e, que não tem cura até o momento, quanto do ponto de vista social (E9G1).

Após ser esclarecido da doença e do tratamento, o adulto jovem escolhe se vai começar o tratamento ou não, pois o tratamento só é iniciado se este tiver interesse. Se o adulto jovem ou a PVHA não tiver interesse em iniciar o tratamento o profissional respeita a escolha, mas persiste incentivando e esclarecendo os benefícios que o tratamento pode trazer para a qualidade de vida da PVHA. O papel do infectologista é escolher o tratamento ao qual o adulto jovem possa se adaptar melhor, sempre levando em consideração o preconizado pelo Ministério da Saúde. Os profissionais também fazem o incentivo do uso de preservativo de barreira para evitar infecção por outras IST.

[...] e naquele que diz não, eu aprendi ao longo desses dez anos, a respeitar a opinião, mas não desistir, porque respeitar não significa falar que você vai falar “tá bom, até logo”, mas respeitar a opinião dele em primeiro momento e tentar trabalhar ao longo do tempo a importância da adesão e da tomada dos medicamentos diariamente, acho que seria isso (E9G1).

Quando eu tenho um sim, eu fico muito satisfeita e tenho que trabalhar a adesão do número de comprimidos, sempre tentando prescrever o de melhor qualidade, orientado pelo Ministério da Saúde, pela Organização Mundial de Saúde e também pensando individualmente naquele indivíduo, nas atividades dele, para inserir o tratamento de uma maneira mais suave possível (E9G1).

A primeira consulta do usuário após o diagnóstico do HIV deve ser com tempo estendido, fortalecendo a relação entre profissional e paciente. O incentivo a adesão deve ser feito em todas as consultas e o agendamento do início da TARV deve ser mais precoce, para que sejam feitos os

devidos ajustes na terapia e para que o adulto jovem se sinta mais amparado e confortável com o tratamento, facilitando sua adesão.

[...] a primeira consulta é assim, uma conversa, tu tem que conhecer a pessoa e fazer toda a explicação se ele não teve (E10G1).

[...] eu tento ver esses pacientes de perto também, no início é uma coisa que eu tento preconizar. Então, toda vez que eu insiro uma terapia antirretroviral, eu tento um retorno entre vinte a trinta dias para esse paciente, num encaixe, porque é uma maneira de eu vê-lo e até acho interessante, porque ele volta muitas vezes, muito mais feliz do que ele saiu da última consulta, e isso acaba sendo gratificante para o profissional, porque daí ele se sente seguro, porque ele vai embora com aquele medicamento na mão, daí em vinte dias ele volta pra te dizer “olha eu estava desesperado, mas depois que tomei eu vi que não era o fim do mundo” (E9G1).

Os infectologistas identificam que no caso do HIV/Aids, por ser uma doença crônica, está mais vulnerável a falha na adesão em algum momento do processo de viver humano, e isto é um fator comum identificado em diferentes doenças crônicas. Fatores biopsicossociais também estão relacionados com a adesão a TARV, devendo estes serem levados em consideração na hora de gerenciar o cuidado deste adulto jovem.

O que a gente vê muito aqui nos pacientes e acho que isso é inerente a qualquer doença crônica, não só ao HIV, depois que o paciente começa a usar a medicação e está adaptado às vezes começa a ter falha de adesão, simplesmente por um esquecimento “ah eu acho que tomei o remédio” e na verdade não tomou, mas tem a certeza que tomou (E11G1).

[...] depende muito de como é a questão familiar de cada um e a sua personalidade também, do jeito que a doença impacta na vida deles no preconceito em si, então, isso a gente vê muito [...] ver como está a situação social, familiar dele, conversar mais sobre isso (E10G1).

As enfermeiras não realizam consulta previamente agendada às PVHA, nem aos adultos jovens, sendo que nas policlínicas a consulta de enfermagem é por demanda espontânea ou no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). É feita uma separação entre as enfermeiras, na mesma instituição das policlínicas funcionam os CTA, então metade das enfermeiras ficam atuando no CTA na realização dos testes rápido, enquanto a outra metade faz as consultas de enfermagem por demanda espontânea aos usuários que buscam a policlínica pelos diversos casos relacionados aos atendimentos com especialistas do local, sendo umas das especialidades a infectologia, sendo referida pelas enfermeiras como a especialidade por maior demanda da população.

[...] aqui a gente não tem assim sistemático consulta de enfermagem para HIV/Aids. Não existe esse programa aqui. O que tem aqui é demanda espontânea, e também temos aqui o CTA, mas também é demanda do dia (E1G1).

Nas consultas de demanda espontânea e no CTA, as enfermeiras aproveitam para fazer a abordagem aos adultos jovens com HIV/Aids e incentivam a adesão a TARV. Os adultos jovens costumam buscar as consultas de enfermagem no CTA para realização de teste rápido, na demanda espontânea, também reconhecida como acolhimento, ainda tem-se o predomínio das demais faixas etárias, tendo uma busca pequena dos adultos jovens.

[...] então a gente amarra esses momentos (consulta de CTA e acolhimento) para trabalhar a adesão (E2G1).

[...] o CTA é... que a gente faz pré testagem né?! Muito mais adultos/jovens do que do acolhimento (E4G1)

O CTA funciona como livre demanda, atendendo aos usuários, independente do local de moradia. Se o resultado do teste é positivo, o usuário é encaminhado para o município de residência, e se é morador de Florianópolis este é encaminhado para a unidade de saúde de referência.

[...] essas pessoas que vem e que são de outro município e dá o exame positivo, por exemplo, elas

são direcionadas para o município delas e as de Florianópolis para cá (E2G1).

No CTA é feita a orientação pré-teste e pós-teste, nos caso de resultado positivo no pós-teste a enfermeira dá o suporte para o usuário, esclarece sobre a doença, exames, tratamento, mudanças no estilo de vida, responsabilidade social para não infectar outras pessoas e evitar coinfeções com IST. Por fim, a pessoa ainda sai desta consulta sabendo que vai passar por outros profissionais e os devidos encaminhamentos para a atenção primária. No momento do diagnóstico aproveita-se para iniciar o incentivo da adesão ao tratamento e para criar vínculo com o adulto jovem, e demais diagnosticados. Alguns profissionais relatam que o adulto jovem quando bem orientado no momento do diagnóstico, facilita o processo de adesão ao tratamento. A consulta do CTA, quando identificado um diagnóstico positivo para o HIV, não tem tempo limitado de duração. Esta consulta se estende até onde o pessoa necessitar, e após isso, a enfermeira faz o acompanhamento se o usuário foi buscar sua unidade de saúde pelo prontuário eletrônico, Infosaúde, isso no município de Florianópolis.

[...] ali (CTA) eu acho que é um ponto fundamental importantíssimo para que você já amarre o paciente, não só no sentido de que a vida dele vai continuar normal, desde que ele tome a medicação certa, principalmente quem faz uso de álcool, drogas, ele tem uma qualidade de vida saudável. Eu gosto muito de colocar mesmo sobre o que que acontece quando eu tomo a medicação, o que que vai acontecer contigo agora [...]A maioria que foi muito bem orientada no início dificilmente ela não tem uma boa adesão depois (E3G1).

Nas vagas de consulta de acolhimento, também conhecida como demanda espontânea, chegam os adultos jovens, e demais usuários, que estão com alguma queixa, e não conseguem consulta com infectologista, entre outros casos. Mas, o caso mais comum da vinda dos adultos jovens ainda é voltado para renovação de receita. Neste momento, é feito o reforço da importância de adesão ao tratamento e sana-se dúvidas apresentadas pelo adulto jovem ou PVHA. Para ser feita a renovação da receita sempre avalia-se os resultados dos exames de carga viral e CD4, também avalia-se como está a retirada da medicação pelo usuário na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). A enfermeira consegue

fazer esse controle pois tem acesso aos sistemas de informação SICLOM e SISCEL.

[...] você vê adesão, tomada de medicação, como que está, se está tendo reação... mas não é uma consulta programática, é uma livre demanda, a necessidade dele, a falta de receita, faz com que ele acabe vindo para as enfermeiras. Então, é esse o tipo de atendimento que a gente faz (E4G1)

A enfermagem na demanda espontânea acaba pegando alguns casos nos quais a pessoa precisa de apoio e falar com alguém. Como na equipe multiprofissional da policlínica não há psicólogo, a enfermeira acaba recebendo esta demanda e fazendo o encaminhamento para psicólogo da RAS. Porém, segundo relato dos entrevistados, a demanda por psicólogos é muito maior do que a oferta desses dentro da rede do município. Com a falta de psicólogos na RAS muitos profissionais que atuam nas policlínicas, e inclusive nas unidades básicas de saúde, indicam atendimento em Organizações Não Governamentais (ONGs), sendo que a ONG referida pela maioria dos profissionais é o Grupo de Apoio a Prevenção de Aids (GAPA).

[...] Mas é nesse sentido, está precisando de acolhimento naquele momento, ele é acolhido, fala, quer chorar? Chora! Põe para fora, há muita troca! Eu acho que o cuidado vai muito mais além de você simplesmente falar, é o toque realmente as vezes, é aquele abraço que a pessoa está precisando, é aquela atenção maior que ela não está conseguindo dividir com a outra pessoa por falta de confiança, pelo preconceito, e sim, como eu não sou psicóloga, eu não posso ficar atendendo essa pessoa [...] Ela pode ser acolhida sim, mas ela tem que ir para um psicólogo e eu acho que eles usam muito a questão das ONGs, aqui tem o GAPA, pelo o que eles me falam e no serviço de saúde (E3G1).

Outro profissional que realiza atendimento direto aos adultos jovens com HIV/Aids é o farmacêutico nas UDM. Na farmácia é feita a consulta farmacêutica sempre que o paciente recebe o diagnóstico e inicia a TARV. Além deste contato inicial com o paciente, mensalmente ou em alguns casos bimensalmente, os farmacêuticos entram em contato com os

adultos jovens em tratamento no momento da retirada da medicação. Em alguns casos é feita uma consulta farmacêutica em pacientes identificados como não aderentes.

Segundo relato de alguns entrevistados, a consulta farmacêutica teve origem com o objetivo de dar amparo as PVHA, dentre elas a faixa específica dos adultos jovens, que estão em um momento de recém diagnóstico, de redescobrimto e passando a entender que possuem uma doença crônica que irão ter que lidar com a tomada de medicação para o restante de suas vidas. A consulta farmacêutica vem com o sentido de dar suporte e incentivar a adesão ao tratamento para que o adulto jovem e demais pessoas diagnosticadas com o HIV possa ter uma boa qualidade de vida.

[...] Essa consulta foi criada porque a gente percebeu que esse momento é um momento muito difícil para o paciente, que é nesse momento que ele vai se dar conta de que realmente ele tem uma doença crônica e ele vai ter que lidar com o medicamento diariamente, então a gente criou a consulta farmacêutica nesse sentido (E6G1).

A consulta farmacêutica aos novos pacientes tem o mesmo desenrolar do que a consulta dos demais profissionais. Nesta consulta é feito o cadastro do usuário no sistema de retirada da TARV. Aproveita-se o momento para esclarecer sobre a doença, o tratamento, os exames a serem realizados, esclarecer dúvidas e estabelecer o vínculo com o usuário. O foco desta consulta é mais direcionado ao tratamento medicamentoso, fala-se sobre os benefícios e efeitos colaterais da TARV. Nesta consulta, os profissionais utilizam e indicam estratégias para auxiliar a PVHA a lembrar da tomada da medicação, para alguns usuários indicam adesivos de “sol e lua”, lembretes na geladeira, caixas organizadoras de medicação, para outros indicam a utilização de lembretes no celular e despertador, com os adultos jovens também acabam indicando uso de aplicativos móveis para smartphones, entre outras estratégias. Os aplicativos móveis para celular foram citados por poucos profissionais, porém todos indicam o despertador e lembrete como forma de auxílio na adesão ao tratamento. Estes mecanismos para facilitar a adesão são indicados, também, pelos demais profissionais que atuam com os adultos jovens com HIV/Aids e demais pessoas diagnosticadas com o vírus.

[...] a gente vai explicando como tomar a medicação, a importância do medicamento, o que o medicamento faz no organismo, o porque o paciente não pode interromper o tratamento, o que vai acontecer se ele interromper [...] já orienta tudo sobre o medicamento, sobre reações adversas, interações medicamentosas (E8G1).

[...] porque não é fácil tomar um medicamento de forma crônica, assim de uma hora para outra [...] E então, a gente orienta, se esquecer coloca o celular despertar em tal horário ou tu imprimes um calendário e vai riscando se não tem celular [...] vezes tem algum problema mental, dificuldade mesmo em se organizar, então a gente orienta a família para que a família de o medicamento no horário certo ou ajudar nisso [...] ele vai ter que incluir na rotina o seu hábito do medicamento (E7G1).

[...] eu vi um aplicativo que eu estou falando para vários pacientes usarem, é “Cuide-se bem”, é um aplicativo bem legal, feito especificamente para pacientes com HIV e hepatite. Então, eu tenho reforçado isso, mesmo aquele paciente que aparentemente toma a medicação direitinho, eu acho que ajuda (E11G1).

São os farmacêuticos que, ao identificarem casos de pacientes não aderentes, realizam a busca ativa desses adultos jovens, porém com a sobrecarga de trabalho estes profissionais relatam estar tendo dificuldade de pôr em dia a busca ativa dessa população em abandono do tratamento.

[...] quando o paciente está em abandono a gente faz o contato também, a gente liga para esse paciente e vê o que está acontecendo, porque que ele abandonou o tratamento? [...] A gente estimula ele a voltar e quando ele volta a gente traz ele aqui na salinha (consultório farmacêutico), conversa novamente sobre o que está acontecendo, o que a gente pode fazer para ajudar, se necessário a gente explica novamente o que não ficou bem claro, então a gente faz esse trabalho também de tentar trazer



aquele paciente em abandono de volta ao tratamento (E7G1).

No momento da retirada da medicação, a farmacêutica ou técnicos de enfermagem que trabalham na farmácia observam como está o histórico de retirada de medicação do paciente. Se este estiver tendo atraso na retirada das medicações, a farmacêutica aproveita o momento para realizar uma consulta e ver o que está acontecendo com o usuário. Nesta ocasião aproveita, também, para sanar dúvidas e deixa contato telefônico e e-mail da farmácia para facilitar acesso e fortalecer vínculo com o usuário.

[...] e a gente gosta de deixar bem claro que a qualquer momento ele é livre para vir aqui, a gente fornece telefone, a gente deixa e-mail, a gente diz que eles podem vir aqui a qualquer momento que a gente vai estar disponível para tirar qualquer dúvida [...] a gente gosta de criar esse vínculo com eles. No dia a dia, nós e também os técnicos de enfermagem que trabalham conosco, a gente sempre conversa “houve algum atraso na dispensa ou na retirada do medicamento?” “O que está acontecendo?”, “o que levou esse paciente?” Então, as vezes, a gente acaba descobrindo algumas coisas, alguns problemas familiares, problemas psicossociais [...] (E8G1).

No atendimento dos usuários pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é realizado o acolhimento deste usuário, teste rápido é ofertado a população por livre demanda, sendo este realizado pela enfermeira da equipe. Assim que é detectado um teste reagente, a enfermeira orienta o usuário recém diagnosticado e o encaminha para consulta com o médico da família. Os profissionais do ESF já possuem vínculo com o usuário e estão inserido em seu contexto de vida, facilitando o acompanhamento do adulto jovem com HIV/Aids e demais diagnosticados. Assim, de acordo com os novos protocolos que permitem o início do TARV na atenção primária, é iniciado o tratamento das PVHA, incluindo dos adultos jovens, na própria unidade de saúde, onde se consegue fazer o acompanhamento mais próximo das necessidades e do estado do usuário. O médico no ESF faz o encaminhamento do adulto jovem com HIV/Aids para o infectologista apenas em casos necessários, conforme o protocolo de acesso aos especialistas, sendo que na prefeitura de Florianópolis há a possibilidade de realizar matriciamento com médico

Infectologista, facilitando a identificação dos casos que devem ser encaminhados ou não. O tratamento das PVHA na atenção primária é visto pelos entrevistados como fator facilitador da adesão ao tratamento e melhoria da qualidade de vida deste usuário.

[...] Então essa proximidade que a atenção primária tem com o paciente geograficamente mesmo, de ser muito fácil ele chegar aqui, a minha área, a pessoa andando consegue chegar na unidade, não precisa pegar ônibus. [...] que nem eu e a enfermeira, estamos aqui na média de quatro anos cada uma, então a gente conhece muitas famílias, conhece as pessoas, então a gente tenta fazer com que esse paciente seja entendido, que a gente acolha as dúvidas e dessa maneira vá tentando estimular o autocuidado, a formação de vínculo, a autonomia do cuidado dele, que ele se empodere [...] apesar de fazer essas buscas ativas que estimulem o paciente a se empoderar do seu tratamento, desconstruindo seus preconceitos (E19G2).

De uma forma geral, identifica-se que todos os profissionais em suas consultas esclarecem sobre a doença e sobre o tratamento para HIV/Aids, focando sempre nas dúvidas e demandas do paciente, desta forma fortalecem as explicações e se complementam. Quanto à busca ativa dos pacientes não aderentes, acabam sendo focadas na equipe da farmácia e na atenção primária.

O vínculo com o usuário é estimulado por todos profissionais, tendo aquele profissional que o usuário vai acabar elegendo como o de maior vínculo para si e vai acabar sendo sua referência no cuidado.

[...] Isso vem, acho que de todos os profissionais que tem que estar fazendo isso no seu âmbito, estimulando, criando vínculo com o paciente, que ele sinta segurança com a gente, de expor se tiver algo acontecendo, então, acho que é mais ou menos isso (E13G1).

Os coordenadores das policlínicas procuram contribuir na gestão do cuidado dos adultos jovens proporcionando um meio e condições mais adequadas para a equipe estar desenvolvendo suas atividades. O coordenador faz uma ponte entre os demais pontos da RAS, faz um papel de facilitador.

Eu procuro não interferir no trabalho dos outros profissionais, deixo que eles desenvolvam, já que eles tem esse conhecimento técnico, mas ao mesmo tempo tento trazer o máximo possível as condições, para que eles possam realmente conseguir uma maior adesão (E14G1).

No modelo paradigmático o terceiro o último componente para compreensão do fenômeno de estudo são as *consequências*, sendo esta nossa terceira categoria, estas referem-se aos resultados previstos ou reais levantados pelos sujeitos do estudo. Este componente trouxe uma subcategoria “Compreendendo o perfil de adesão a TARV dos adultos jovens com HIV/Aids”.

A percepção dos profissionais quanto a adesão dos adultos jovens foi bem divergente, temos desde profissionais que referem não conseguir avaliar o perfil de adesão por não ter informações suficiente para tirar sua conclusão, outros dizem que a adesão esta boa na faixa etária dos adultos jovens e tem aqueles que vão relatar que está tendo uma má adesão. Alguns relatam que conseguem identificar que está ocorrendo mais casos de detecção, mas quanto à adesão não podemos tirar uma resposta unânime.

Identifica-se que os profissionais do primeiro grupo amostral, na sua maioria, defendem a boa adesão dos adultos jovens, tendo aqueles que dizem não ter parâmetros para avaliar a adesão. Já os profissionais do segundo grupo, mais em nível de Secretaria Municipal de Saúde, acreditam que esta população não está tendo uma boa adesão. E mesmo identificando esta dificuldade de adesão na faixa etária dos adultos jovens, poucas são as medidas direcionadas especificamente pra esta população.

[...] Olha, os jovens que estão chegando aqui, de maneira geral, acredito que estão tendo uma boa adesão ao tratamento. São jovens, que a gente percebe, assim, muitos deles com um nível de estudo de graduação, pós-graduação. São jovens com bastante entendimento já, com melhor entendimento do que é o HIV hoje e isso ajuda bastante. Eles têm uma visão mais ampla, já vem com muita informação, hoje a informação está bem disponível. Então, eles já vêm com bastante informação, bastante curiosos, a gente vê que nas consultas

iniciais a gente vê que eles estão bastante interessados em conhecer e em tirar essas dúvidas e acredito que isso tenha ajudado na adesão (E8G1).

[...] nós temos um problema maior ainda de adesão e talvez essa questão do significado, do entender, o impacto disso na sua vida seja uma questão crucial no meio dessa história. Nós realmente não temos uma boa adesão nessa população jovem. Inclusive, não só adesão ao tratamento bonitinho, mas adesão ao mínimo de cuidado. Tem pessoas que simplesmente nunca mais apareceram no serviço (E17G2).

Os profissionais tiveram dificuldade em identificar como está o perfil de adesão dos adultos jovens, porém todos têm em comum o entendimento da importância da adesão ao tratamento. Assim identifica-se a última subcategoria “Percebendo a adesão como ponto crucial do tratamento”. Percebe-se que todos, em algum momento de suas entrevistas, trazem a adesão a TARV como ponto crucial do tratamento, pois apenas irão conseguir ter um resultado, um desfecho positivo, se o profissional conseguir que esse adulto jovem com HIV/Aids tenha uma boa adesão ao tratamento. Desta forma, todos buscam contribuir de alguma forma para incentivar a adesão. Atualmente, no município, pensa-se muito na PVHA como um todo, sem considerar as especificidades dos adultos jovens.

[...] a adesão é um ponto crucial do tratamento, porque a gente só vai ter um resultado, um desfecho positivo, se a gente conseguir que essa pessoa, aqui no caso a gente está direcionando para o adulto/jovem, mas de um modo geral, se o sujeito aderiu o tratamento. Então, o que a gente tem tentado fazer no sentido de melhorar essa questão de adesão (G17G2).

## **DISCUSSÃO**

Os achados deste estudo evidenciam que a adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids está relacionada a diversos fatores, sendo eles a faixa etária do usuário, a forma de contaminação, a maneira como foi transmitido o diagnóstico, a não aceitação do diagnóstico, os fatores biopsicossociais e questões familiares. Em estudo de Santos et al. (2016) evidenciam que para uma

boa adesão deve-se considerar diversos fatores como: a precocidade do diagnóstico, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, a situação socioeconômica do indivíduo e o grau de organizações dos serviços. Para Silvia, Costa e Costa. (2013) conhecer os fatores biopsicossociais pode auxiliar os profissionais na detecção dos usuários mais vulneráveis e propícios a não adesão, oferecendo assim um auxílio à equipe de saúde.

Pereira et al. (2012) destacam que a adesão ao tratamento antirretroviral está relacionada a determinados fatores sociodemográficos, como: sexo, idade, etnia, escolaridade, renda, religião; e fatores clínicas, como por exemplo: forma de contágio, tempo de diagnóstico, uso da TARV e presença de doenças oportunistas.

Em uma pesquisa realizada em Chicago, EUA, com jovens entre 16 e 29 anos, buscaram avaliar a relação de várias condições psicossociais, como: sintomas de depressão, ansiedade, uso de maconha, álcool e outras drogas relacionadas com a adesão a TARV das PVHA. Este estudo avalia as múltiplas condições psicossociais que podem interferir para a adesão à TARV entre jovens com HIV positivo. Foi um estudo semelhante a pesquisas anteriores realizadas com adultos. Como resultado, identificaram várias condições relacionadas com a adesão, sendo que com números crescentes de condições psicossociais desfavoráveis, diminuiu-se a probabilidade de adesão ao TARV (MUTUMBA et al., 2016).

Com os avanços tecnológicos, as TARV tiveram seu aprimoramento, passando o usuário a tomar menos comprimidos e tendo redução dos efeitos colaterais, desta forma facilitou a adesão ao tratamento. No desenvolvimento de um esquema com maior comodidade posológica, sem prejuízo de eficácia e segurança, possibilita melhor adesão ao tratamento e ganho em qualidade de vida (CASTELO FILHO; POTT-JUNIOR, 2016).

Os mecanismos para controle do usuário também tiveram melhoria e facilitação de acesso às informações. Atualmente Florianópolis tem um prontuário eletrônico próprio (INFOSAÚDE), através do qual os profissionais dos diversos pontos da RAS municipal têm acesso aos registros do usuário. O controle da retirada da TARV pode ser acompanhado pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e o controle do resultado dos exames pode ser feito através do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL).

Os autores Rocha et al. (2011) realizaram um estudo que investigou três diferentes metodologias para verificar a adesão ao TARV, sendo elas: o registro da retirada dos medicamentos na farmácia, a análise

do prontuário e o autorrelato do usuário. A retirada regular da medicação na farmácia leva a entender que este usuário está fazendo o uso correto das medicações conforme orientação da equipe. A análise do prontuário é feita através da avaliação das informações presentes, podendo assim acompanhar as situações que indiquem a não adesão ao tratamento e para o autorrelato sobre a administração dos antirretrovirais considera-se boa adesão aqueles que referem ter tomado 95% da medicação nos últimos 3 dias. Estes métodos podem auxiliar a equipe a identificar os pacientes não aderentes, podendo assim atuar em tempo oportuno.

A Gestão do Cuidado à pessoa vivendo com HIV/Aids foi descrita pelas entrevistados como um conjunto de ações que envolve desde o diagnóstico, tratamento e acompanhamento em todas as fases da vida da pessoa. Assim, entende-se que esta disponibiliza um cuidado planejado, utilizando recursos disponíveis, metas e estratégias, esta objetiva manter e proporcionar um cuidado de qualidade aos usuários e seus familiares (AGÜERO, KLIJN, 2010).

Para a gestão do cuidado devemos levar em consideração os fatores de risco e de vulnerabilidade dos indivíduos, permitindo um delineamento do cuidado para a pessoa com condições e agravos crônicos, como HIV/Aids. As estratégias para aumentar a adesão a tratamentos contínuos, a diminuição do número de abandonos e a adoção de práticas saudáveis de vida, levam em conta os fatores de risco presentes em cada situação, e também o diálogo entre os aspectos individuais, institucionais e sociais que desenham o perfil dos indivíduos (GRABOIS, 2011).

A Gestão do cuidado é descrita pelos profissionais como uma forma de planejamento e organização do cuidado, nos diferentes níveis de atenção, seja federal, estadual ou municipal. Envolve profissionais que atuam na RAS, população, familiares e o próprio usuário. Este achado, é aderente ao debate trazido por Cecílio (2011), que traz a visão de Gestão do Cuidado dividida em seis dimensões, e sendo elas a individual, a familiar, a profissional, a organizacional, a sistêmica e a societária.

Para o autor a dimensão central, a individual, é considerada a mais pessoal, que contempla o cuidar de si, o autocuidado. A segunda dimensão é a familiar, esta possui papel diferente em determinadas fases da vida, apresenta como atores os familiares, amigos e vizinhos. A terceira dimensão é a profissional, ela é revelada por meio do encontro entre o profissional de saúde e o usuário. A quarta dimensão, a organizacional, é aquela realizada nos serviços de saúde, esta contempla elementos como trabalho em equipe, atividades de comunicação, coordenação, fluxos de atendimento, processo de trabalho, planejamento e avaliação. A quinta dimensão, sistemática, refere-se a capacidade de

construção de conexões entre os serviços de saúde, compondo redes e/ou linhas de cuidado. Por fim, a última dimensão é a societária, a qual consiste na produção de políticas públicas. Essas dimensões se apresentam como círculos concêntricos, dispostos desde a dimensão individual, como círculo central, até a societária, o círculo mais amplo, englobando os demais, desta forma, estas dimensões se interconectam (CECÍLIO, 2011).

No campo das pessoas vivendo com HIV/Aids, a gestão do cuidado perpassa todas as dimensões, assim como demanda recursos complexos. As necessidades emergentes destas pessoas dependem significativamente de uma Gestão do Cuidado em saúde de qualidade.

Tendo em vista o conceito multidimensional de gestão do cuidado proposto por Cecílio (2011), identifica-se a necessidade de refletir na ótica do pensamento complexo de Edgar Morin, estabelecendo articulações entre o que foi separado, para buscar compreender a multidimensionalidade, para pensarmos na singularidade com a localidade, com a temporalidade, e para nunca esquecermos as totalidades integradoras. A complexidade reconhece os fenômenos multidimensionais, em vez de isolar cada uma de suas dimensões (MORIN, 2008).

No contexto atual da infecção pelo HIV/Aids, e tendo em vista as dimensões da gestão do cuidado proposta por Cecílio (2011), identifica-se a necessidade de uma atuação com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar contribuindo assim, com a qualidade de vida e incentivo da adesão à Terapia Antirretroviral (TARV). O papel da equipe multiprofissional no cuidado da PVHA é trabalhar em conjunto, um profissional complementando o cuidado do outro, para que consigam atingir o objetivo comum. Reconhecer a multidimensionalidade da gestão do cuidado demonstra a necessidade de atuação com uma equipe multidisciplinar que incentiva o autocuidado e o cuidado dos familiares, estando sempre a disposição para atender as demandas do usuário tanto em nível profissional quanto organizacional dentro das dimensões de gestão do cuidado. As equipes multiprofissionais nos diferentes níveis de atenção compõem a dimensão Sistêmica. Para Morin (2008) a concepção dos sistemas nasce do entendimento de que o todo não é redutível às partes, desta forma compreendemos que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e que o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes. Refletindo diante do sistema de saúde e das RAS, entende-se importância do todo e de trabalho de cada uma das partes envolvidas na complexidade do sistema de saúde e das Redes de Atenção a Saúde.

Nesta rede complexa de cuidado, os resultados apontam que a pessoa com HIV/Aids, no caso os adultos jovens, quando inicia acompanhamento com especialista na atenção secundária, passa em consulta com Infectologista e após com farmacêutica, para assim iniciar a TARV. A enfermagem não tem instituída uma consulta com as PVHA em acompanhamento nas policlínicas. A enfermagem realiza seu atendimento no CTA e como consulta do dia por demanda espontânea.

Para Macêdo, Sena e Miranda (2013), a consulta de enfermagem, a demanda espontânea e agendada, é percebida como importante instrumento assistencial, que possibilita oferecer suporte ao paciente diante seu diagnóstico, esclarece dúvidas, orienta e facilita o processo terapêutico do pacientes. Através dela, torna-se possível promover o apoio, o acolhimento, a interação, a escuta e o diálogo com o usuário, configurando-se em um momento educativo oportuno para a troca de saberes e fortalecimento do vínculo, fato este corroborado pelos participantes desta pesquisa.

O papel da enfermagem nas policlínicas é visto pela equipe multiprofissional, através testagem e aconselhamento para HIV e nas consultas de demanda espontânea quando o usuário busca o serviço por estar sem a receita do medicamento e não consegue agendar consulta com infectologista. A equipe da farmácia desempenha um importante papel na identificação dos casos que não estão aderentes ao tratamento. O contato do usuário com as farmacêuticas é mensalmente ou bimestralmente, essa proximidade com o usuário facilita a identificação precoce dos casos de abandono, possibilitando assim uma intervenção precoce. Uma vez que, as consultas com infectologista não ocorrem com tanta frequência como as retiradas de medicamentos, o farmacêutico pode contribuir na monitorização do tratamento, realizando seu papel no planejamento do cuidado de cada paciente, como parte de uma equipe multidisciplinar (LOUREIRO, 2012) a fim de garantir um atendimento integral às PVHA que acessam a UDM.

Na atenção secundária a ausência de reuniões para discussão de caso foi citada por entrevistados como uma dificuldade para a gestão do cuidado das pessoas com HIV/aids. Atualmente, quando necessitam debater sobre alguma situação, é feito contato no momento da demanda. Para Cecílio (2011) a reunião de equipe está incluída dentro da dimensão organizacional do cuidado, esta dimensão assume centralidade na organização do processo de trabalho, podendo ser utilizados dispositivos compartilhados por todos os profissionais, sendo as reuniões de equipe um dispositivo para o planejamento e gestão do cuidado, pois nessa



dimensão da gestão do cuidado depende da ação cooperativa de todos profissionais.

Também, nem sempre os serviços dão conta das necessidades e demandas. A demanda para atendimento psicológico às PVHA é grande, sendo que o usuário quando encaminhado para esse profissional na RAS acaba esperando muito tempo pelo atendimento ou sendo atendido nas ONG, como o Grupo de Apoio a Prevenção de Aids (GAPA). Uma proposta dos profissionais desse estudo foi a complementação da equipe multiprofissional da atenção secundária que presta atendimento aos usuários com HIV/Aids, sugerindo a contratação de um psicólogo e assistente social, atualmente estão sem esses profissionais na policlínica é indicado aos usuários que utilizem a os serviços ofertados por ONGs.

Os grupos de apoio e redes de suporte ao adulto jovem com HIV/Aids são importantes para o enfrentamento da doença e aceitação do diagnóstico, contribuindo com a adesão a TARV. Segundo estudo de Favero, Sehnem e Bonadiman (2015), os adolescentes tem como principal rede de apoio social o suporte com amigos ou colegas para dialogar acerca dos assuntos que perpassam a adolescência. Este envolvimento permite dividir angústias, dúvidas e preocupações da adolescência. Porém, mesmo demonstrando maior liberdade para comunicação com os pares, ainda identifica-se a dificuldade de abertura sobre o diagnóstico do HIV, isso principalmente voltado para questão do sigilo e como forma de proteção contra o preconceito. Os profissionais acabam dando o suporte necessário aos usuários por garantirem seu sigilo, mas ainda assim, a participação em grupos ainda é pouco comum com as PVHA.

Os coordenadores das policlínicas buscam contribuir na gestão do cuidado dos adultos jovens proporcionando um meio e condições mais adequado para a equipe desenvolver suas atividades. O coordenador faz uma ponte entre os demais pontos da RAS, tendo um papel de facilitador.

No atendimento dos usuários pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é feito o acolhimento deste usuário, é ofertado teste rápido para o HIV a população por livre demanda. Assim que é detectado um teste reagente, a pessoa é orientada e encaminhada para consulta com o médico da família, este já possui vínculo com o usuário e está inserido em seu contexto de vida. Assim, atendendo os novos protocolos (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2014c) que permitem o início do TARV na atenção primária, o tratamento das PVHA é iniciado na própria unidade de saúde, onde faz o acompanhamento mais próximo das necessidades e do estado de saúde do usuário. O encaminhamento do adulto jovem com HIV/Aids para o infectologista se faz apenas em casos necessários, sendo

que, na prefeitura de Florianópolis tem-se a possibilidade de realizar matriciamento com médico Infectologista.

O Ministério da Saúde, através do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, e do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, busca fornecer suporte à organização do cuidado à pessoa com HIV/Aids, compartilhado entre a Atenção Básica e Especializada. Nos novos modelos, compreende-se a necessidade do cuidado de saúde do usuário com HIV/Aids seja na rede de atenção saúde, tendo uma linha de cuidado que envolva outros serviços de saúde, em especial a Atenção Básica, com o suporte da atenção especializada, o SAE (BRASIL, 2015b). Florianópolis está seguindo o preconizado pelo Ministério de Saúde, por mais que o município não trabalhe com a perspectiva de SAE, mas este conta com o apoio da atenção especializada que fica locada nas policlínicas.

O Tratamento das PVHA na Atenção Primária é visto pelos entrevistados como fator facilitador na adesão ao tratamento e melhora a qualidade de vida deste usuário. Pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos, que enfoca o cuidado às condições crônicas, demonstrou melhoria na continuidade do tratamento entre os pacientes que receberam cuidados e orientações na proximidade do domicílio (CLANCY et al., 2007). Nascimento et al. (2016) destacam a qualificação da Atenção Primária à saúde na presença de ESF, devendo se ter ampliação da cobertura desse tipo de serviço. Estes autores, ainda indicam a importância de se avaliar a qualidade da atenção à saúde e a necessidade de investimento em instrumentos que contemplem a especificidade da população vivendo com HIV que, por sua maioria, ainda se encontra vinculada ao serviço especializado, devendo os serviços passar a pensar mais a perspectiva de atendimento em rede de atenção à saúde.

Ressalta-se a importância dos resultados apresentados, considerados como um avanço no cuidado às pessoas com HIV/aids na RAS. O cuidado compartilhado garante o direito de integralidade à PVHS. A Atenção primária estabelece vínculo com o usuário que vive com HIV/Aids, esta incentiva um estilo de vida saudável e consegue reconhecer os múltiplos fatores relacionados a adesão ao tratamento antirretroviral, podendo agir em tempo hábil para melhora na qualidade de vida do usuário. Além disso, o cuidado em rede envolve as diversas dimensões da gestão do cuidado, proporcionando um cuidado de qualidade aos usuários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo respondem ao objetivo proposto, pois pode-se compreender o significado da gestão do cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids e sua interface com a adesão a Terapia antirretroviral, na perspectiva da equipe multiprofissional da rede de atenção à saúde no município de Florianópolis. Porém, encontra-se a dificuldade de reconhecer estas ações especificamente relacionadas com os adultos jovens com HIV/Aids. Os profissionais reconhecem que o cuidado prestado às pessoas vivendo com HIV/Aids não se diferencia pela faixa etária, mas sim levando em consideração os múltiplos fatores envolvidos, como os biopsicossociais. São consideradas algumas singularidades da faixa etária dos adultos jovens, mas, de forma geral, os profissionais costumam realizar o cuidado dessa população de forma semelhante aos demais.

O cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids, no município de Florianópolis, ainda está, predominantemente, sendo realizado na atenção secundária. Porém, percebe-se um movimento de mudança do perfil de atendimento das PVHA com um olhar voltado para atenção primária, atendendo a proposta ministerial, na qual o vínculo terapêutico, mais próximo da realidade do usuário, é visto como fator facilitador no processo de adesão ao tratamento.

A Gestão do Cuidado é descrita pelos profissionais como uma forma de planejamento e organização do cuidado na qual a equipe multiprofissional está inserida, trabalhando em conjunto, um complementando o trabalho do outro, para atingir o objetivo comum que é o cuidado integral e a adesão dos adultos jovens com HIV/aids ao tratamento.

Pode-se perceber que os profissionais do estudo identificam as diversas dimensões da gestão do cuidado, sendo elas a individual, familiar, profissional, organizacional, sistemática e societária. Considerando que a gestão do cuidado é um arranjo complexo e multidimensional, devemos trabalhar na perspectiva das redes. É reconhecido que os serviços de atenção especializada são essenciais ao cuidado da PVHA, mas a linha de cuidado envolve outros serviços, sendo o centro da rede a atenção básica, com o apoio dos serviços de referência especializada.

Uma limitação para a discussão deste estudo foi encontrar bibliografias que discutam o cuidado da pessoa com HIV/Aids dentro da RAS. Os materiais referentes a esta temática ainda estão concentrados com publicações do Ministério da Saúde.

## REFERÊNCIAS

ABRÃO, F. M. S. et al. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/AIDS na cidade de Recife, Brasil. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 3, p.140-154, mar. 2014. Disponível em: <[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/702/pdf\\_471](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/702/pdf_471)>. Acesso em: 13 mai. 2016.

AGUERO, S. E.; KLIJN, T. P. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. **Cienc. Enferm.**, Concepción, v. 16, n. 3, p. 33-39, dic. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000300005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005)> Acesso em: 31 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt/pediatrico>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. p.160. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hivaids-na-atencao-basica>>. Acesso em: 25 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Saúde. **Cadernos de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 95 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hivaids-na-atencao-basica>>. Acesso em: 25 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim\\_aids\\_11\\_2015\\_web\\_pdf\\_19105.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**: Manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a Disponível em: <file:///Users/brunacoelho/Downloads/boletim\_2016\_1\_pdf\_16375.pdf> . Acesso em: 13 ago. 2017.

CASTELO FILHO, Adauto; POTT-JUNIOR, Henrique. Simplificação do tratamento antirretroviral combinado na prática clínica. **Bjid Educação Médica Continuada**, [S.l.], v. 4, n. 2, p.107-111, 2016. Disponível em: <<http://www.bjid.org.br/en/simplificacao-do-tratamento-antirretroviral-combinado/articulo/X2177511716574472/>>. Acesso em: 17 out. 2017.

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, abr./jun., 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000200021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021)> Acesso em: 14 maio 2016.

CLANCY, Dawn E. et al. Further Evaluating the Acceptability of Group Visits in an Uninsured or Inadequately Insured Patient Population With Uncontrolled Type 2 Diabetes. **Diabetes Educator**, v. 33, n. 2, p.309-314, 2007. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0145721707299266>>. Acesso em: 18 out. 2017.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research**: techniques and procedures for developing Grounded Theory. California: SAGE, 2015.

FAVERO, Natalia Barrionuevo; SEHNEM, Graciela Dutra; BONADIMAN, Priscila de Oliveira Bolzan. Adolescente que vive com HIV/AIDS: as redes de apoio social. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.349-359, 2 jul. 2015. Universidade Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769214996>.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

LOUREIRO, VC. Quality of life of HIV+ patients undergoing pharmacotherapeutic follow-up. **Braz. J. Pharm. Sci.** v. 4, n. 48, p. 711-718, 2012.

MACEDO, Simara Moreira de; SENA, Márcia Cristina dos Santos and MIRANDA, Karla Corrêa Lima. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, v. 66, n.2, p.196-201, 2013.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19/10/2017.

MARTINS, S.S.; MARTINS, T.S.S. Adesão ao tratamento antirretroviral: vivências de escolares. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p.111-118, 2011. Disponível em:

<[http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF/0227\\_71419103013.pdf](http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF/0227_71419103013.pdf)>. Acesso em: 03 maio 2016.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

MUTUMBA, M. et al. An Index of Multiple Psychosocial, Syndemic Conditions Is Associated with Antiretroviral Medication Adherence Among HIV-Positive Youth. **Mary Ann Liebert**, [s.i.], v. 30, n. 6, p.185-192, 2016. Disponível em:

<<http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/apc.2015.0328>>. Acesso em: 12 maio 2017.

NASCIMENTO, Leticia do et al. Quality of Primary Health Care for children and adolescents living with HIV. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.i.], v. 24, p.1-10, 2016. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/pdf/2814/281449727014.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2017.

PEREIRA, L. et al. Fatores Sociodemográficos e Clínicos Associados à TARV e à Contagem T-CD4. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, [s.i], v. 16, n. 2, p.149-160, maio 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/11544/7321>> . Acesso em: 12 maio 2016.

ROCHA, Gustavo Machado et al. Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p.67-78, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001300008)>. Acesso em: 19 out. 2017.

SANTOS, Érick Igor dos et al. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/Aids. **Rev Rede Cuid Saúde**, v. 10, n. 1, p.1-15, 2016. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/view/2554/1506>> . Acesso em: 18 out. 2017.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da; COSTA, Mayara Mirna do Nascimento; COSTA, Danyella Augusto Rosendo da Silva. Adesão ao tratamento com antirretrovirais por pessoas com Aids: revisão de literatura. **Rev. Enferm Ufpe**, Recife, v esp., n. 7, p.4227-4234, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11652/13772>>. Acesso em: 18 out. 2017.

REIS, C. B. da S. et al. Prevalência e fatores associados às intenções de paternidade em homens com HIV/aids em Fortaleza, Ceará. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1053 - 60, out - dez 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/ppdf/ttce/vv24n4/ppt\\_0104-0707-tce-201500003560014.ppt](http://www.scielo.br/ppdf/ttce/vv24n4/ppt_0104-0707-tce-201500003560014.ppt)>. Acesso em: 05 abril 2017.

WHO- World Health Organization. Media center: **WHO calls for stronger focus on adolescent health**, 2014. Disponível em: <[www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

## 6.4 MANUSCRITO 2

**O COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DA PESSOA COM HIV/AIDS: A ESTRUTURAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO NUM OLHAR DIRECIONADO AO ADULTO JOVEM**Bruna Coelho<sup>3</sup>Betina Hörner Schindwein Meirelles<sup>4</sup>**RESUMO**

**Objetivo:** Compreender o compartilhamento do cuidado a pessoa vivendo com HIV/Aids, com destaque ao adulto jovem, e a estruturação de linha de cuidado em município prioritário do sul do Brasil. **Método:** Pesquisa qualitativa, ancorada pela Teoria Fundamentada nos Dados. Os dados foram coletados na Rede de Atenção à saúde de um município do sul do Brasil, totalizando 19 participantes, distribuídos em dois grupos amostrais. O processo de coleta e análise dos dados se deu concomitantemente, e o método foi a análise comparativa. Foi utilizado o software NVivo@ 10 para auxiliar na organização dos dados. **Resultados:** A pesquisa revelou que o município passa por um momento de transição em seu modelo de atenção às pessoas com HIV/Aids, em especial os adultos jovens, no qual o cuidado dessa população não está mais centralizado no Serviços de Assistência Especializada. Está em implantação da Linha de Cuidado à pessoas com HIV/Aids, realizando atendimento na Atenção primária, com maior vínculo e integralidade das ações. **Considerações finais:** O cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids no município estudado não está mais centrado nos SAE. Com o novo modelo, tem-se a inclusão do manejo do HIV nos serviços da

---

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Endereço: Campus Universitário – Trindade - 88040-900 – Florianópolis – SC – Brasil. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde – Bloco I – 4º andar. E-mail: bruninhahcoelho@gmail.com.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do GEPADES e do Laboratório de e Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde às Pessoas em Condição Crônica (NUCRON). Florianópolis, Brasil. E-mail: betina.hsm@ufsc.br



atenção primária, concomitantemente ao estabelecimento de um modelo assistencial matriciado e mais resolutivo. Desta forma o cuidado da PVHA, e adultos jovens, passa a ser compartilhado dentro dos diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Gestão em saúde; Adulto jovem; Infecção por HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Enfermagem. Cuidado

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) teve seus primeiros casos no início da década de 80. O surgimento da Terapia Antirretroviral (TARV) modificou a história da infecção pelo HIV. A Aids que antes era compreendida como uma doença letal, passou a ser considerada uma condição crônica, permanente, passível de controle, necessitando de orientações específicas ao paciente (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2016a).

Segundo relatórios da UNAIDS (2017), no Brasil em 2016 havia 830.000 pessoas vivendo com HIV, com 48.000 novas infecções e estima-se que o número de mortes relacionadas à Aids é de 14.000 pessoas. No Ranking de taxa de detecção, por 100 mil habitantes, de casos de Aids notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLON, segundo capital de residência por ano de diagnóstico, de 2003 a 2015, identifica-se que Florianópolis é a segunda capital brasileira com maiores taxas, ficando atrás, apenas, de Porto Alegre. Neste mesmo período, ao avaliar o coeficiente de mortalidade por Aids nas capitais, Florianópolis ficou na terceira posição, sendo antecedida apenas por Porto Alegre e Belém (BRASIL, 2016b). Inclui-se como um dos municípios prioritários para o combate a Aids no país/estado.

Na reunião da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em 2014, com a participação de países da América Latina e Caribe, foram estabelecidas três metas para o monitoramento de etapas fundamentais da cascata de cuidado contínuo do HIV. Esta Cascata tem por base o cuidado continuado das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), permitindo calcular, com base no número estimado de PVHA, a proporção de pessoas com diagnóstico de HIV, em tratamento antirretroviral e com supressão da carga viral. Tais metas são chamadas de metas 90-90-90, nas quais os países devem atingir, até 2020: 90% das PVHA diagnosticadas; 90% das PVHA diagnosticadas em terapia antirretroviral; e 90% das PVHA em terapia com supressão viral (BRASIL, 2015a).

Desde a descoberta do HIV, houve um movimento pela humanização na prestação da assistência em saúde na atenção primária e

alguns avanços no processo de acolhimento e acesso aos serviços de saúde (ZAKABI, 2012). Para a equipe multiprofissional, atingir a meta 90-90-90 e proporcionar uma atenção de qualidade as PVHA é fundamental a atuação em redes de saúde guiada por uma linha de cuidado específica para esta população, para isto é necessário conhecimentos referente a gestão do cuidado.

Neste sentido, Cecílio (2011) apresenta o conceito de gestão do cuidado através de dimensões do cuidado, sendo elas: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Essas dimensões são apresentadas como círculos concêntricos, sendo a dimensão central a individual e a mais ampla, que envolve os demais círculos é a societária. Estas dimensões são interligadas como compartimentos crescentes, envoltas uma na outra.

Tendo em vista que a gestão do cuidado é um arranjo complexo e multidimensional, considera-se trabalhar com a perspectiva das redes. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que contemplam as diversas densidades tecnológicas, que interligadas por sistemas de apoio buscam garantir um cuidado integral. Na rede de atenção a saúde, à atenção básica é estruturada como a principal porta de entrada do sistema, sendo esta composta por equipe multidisciplinar que presta atendimento a toda população (BRASIL, 2014b). No Brasil, conforme o Ministério da Saúde, a tendência atual para a prestação do cuidado à PVHA é por meio do compartilhamento entre a Atenção Básica e Especializada (BRASIL, 2015b). Os últimos protocolos, preconizam o cuidado de saúde do usuário com HIV/Aids integrado na RAS, tendo como guia a linha de cuidado à PVHA, com o envolvimento, em especial, a Atenção Básica, com o suporte da atenção especializada (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2014c).

Pinto (2009), Marinho et al. (2011) discutem que estudos sobre Linhas de Cuidado revelam que são potentes ferramentas de gestão para reorganização do processo de trabalho e cuidado de forma a atender as necessidades de saúde das pessoas, com integralidade, operando de forma sistêmica, incorporada como algo inerente aos serviços de saúde, com intervenções multidisciplinares eficazes e efetivas, com uma equipe proativa preparada, uma interação produtiva dos pacientes com a equipe e um paciente informado e ativo .

Este estudo tem como objetivo compreender o compartilhamento do cuidado da pessoa vivendo com HIV/Aids, com destaque para o adulto jovem, e a estruturação de linha de cuidado em município prioritário do sul do Brasil.

## MÉTODO

Pesquisa qualitativa com aporte metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A TFD busca, a partir da compreensão dos fenômenos emergidos das interações entre as pessoas, descobrir ou criar uma teoria, um conjunto de categorias bem desenvolvidas sistematicamente inter-relacionadas através de interações e declarações de relações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Conforme preconizado pelo método, a coleta e análise dos dados ocorreram simultaneamente. O período de coleta de dados foi de Julho a Setembro de 2017, através de entrevistas abertas e em profundidade, gravadas com dispositivo áudio-digital e posteriormente transcritas na íntegra para processo de análise dos dados. O cenário de estudo foi a Rede de Atenção à Saúde do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. A seleção dos participantes foi de caráter intencional, sendo estes convidados a participar da pesquisa através de contato telefônico e/ou por e-mail. As entrevistas foram previamente agendadas com os participantes, sendo sua realização individualmente no local de trabalho dos sujeitos.

A amostragem teórica desse estudo contou com a participação de dezenove (19) profissionais da RAS de Florianópolis distribuídos em dois grupos amostrais. A entrevista foi iniciada, com uma questão inicial norteadora: “Fale-me sobre o significado da gestão do cuidado para você, em especial, na adesão à TARV dos adultos jovens com HIV/Aids” e, no decorrer da entrevista, de acordo com a especificidade de cada grupo amostral, novas questões foram levantadas para responder ao objetivo do estudo. O primeiro grupo amostral foi composto por quatorze (14) profissionais das Policlínicas Centro e Continente, sendo quatro médicos, quatro enfermeiros, quatro farmacêuticos, e dois coordenadores com formação em enfermagem. Os dados coletados neste grupo direcionaram coleta de dados para o nível gestor na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pois os dados apontaram um processo de reestruturação do cuidado a PVHA, em implantação da linha de cuidado que iniciou-se no nível organizacional, por meio de um projeto piloto em andamento no município. Este projeto piloto relaciona-se ao compartilhamento do cuidado da PVHA, e dos adultos jovens, dentro da RAS do município, sendo, num primeiro momento, os médicos de ESF e os infectologistas os principais envolvidos.

O segundo grupo totalizou cinco (5) entrevistados. Este contou com a participação de três profissionais de pontos estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que dois desses profissionais são médicos e um enfermeiro e dois médicos membros da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Estes profissionais foram selecionados a partir da

indicação dos infectologistas de cada policlínica, sendo um médico do distrito continente e outro do distrito norte.

Como critério de inclusão para participação na pesquisa, em ambos os grupos amostrais, adotou-se os profissionais de saúde que atuavam há pelo menos seis meses no serviço, no atendimento aos adultos jovens com HIV/Aids; e como critério de exclusão, enquadraram-se os profissionais que estivessem afastados do serviço, independente da causa, durante o período de coleta de dados. Tendo no total um profissional eliminado. Deu-se por encerrada a coleta de dados quando atingida a saturação teórica, sendo esta considerada a repetição das informações e ausência de novos elementos relevantes para a pesquisa e compreensão do fenômeno.

Para o processo de análise dos dados foi utilizado o método de análise comparativa, este é o processo de comparação constante, no qual o pesquisador compara os incidentes dos dados, desenvolvendo categorias conceituais para a compreensão do evento estudado. Foi utilizado o software NVivo® 10, para contribuir na organização dos dados no processo de codificação. A análise dos dados seguiu as três etapas de codificação apresentadas por Corbin e Strauss (2015), sendo elas: codificação aberta, codificação axial e integração. Na codificação aberta é a fase de identificação dos conceitos através do agrupamento em categorias conforme suas similaridades. Em seguida tem-se a fase de codificação axial, na qual as categorias e subcategorias são relacionadas entre si, buscando explicação mais aprofundada dos dados. Por fim, na etapa de integração, as categorias foram interligadas em torno de uma categoria central, onde surgiu o fenômeno.

Para condução da investigação e desenvolvimento da teoria foi utilizado o modelo paradigmático proposto por Corbin e Strauss (2015), este é um esquema para organização e relacionamento das categorias, contribui com a organização dos dados, sistematicamente, contribuindo para a manifestação do fenômeno. O paradigma é composto pelos seguintes componentes: condições, ações-interações e consequências (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Atendendo os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, com protocolo número 2.177.218. Todos participantes tiveram esclarecimento quanto ao objetivo, metodologia e aspectos éticos da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A fim de garantir o sigilo e anonimato dos participantes, foi utilizada a letra E seguida do número correspondente à ordem de

realização das entrevistas para designá-los (E1, E2, E3...) e após a indicação do grupo amostral, primeiro grupo (G1) E segundo grupo (G2), da seguinte forma: (E1G1); (E1G2).

## RESULTADOS

Este manuscrito faz parte da dissertação de mestrado intitulada “Gestão do cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids e sua interface com a adesão a terapia antirretroviral em um município do sul do Brasil”.

Conforme supracitado, este estudo utilizou o modelo Paradigmático, proposto por Corbin e Strauss (2015), e evidenciou o fenômeno: “Compreendendo a adesão a terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids alicerçada a gestão do cuidado realizada pelos profissionais da Rede de atenção à saúde”. Este fenômeno sustenta-se por três componentes, sendo representados: **Condições** - “Percebendo a importância dos múltiplos fatores, dos diferentes sujeitos envolvidos no cuidado e dos sistemas de informação e serviços no processo de adesão à TARV dos adultos jovens com HIV/Aids”; **Ações-interações** - “Desvelando a gestão do cuidado no incentivo a adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids”; e **Consequências** - “O compartilhamento do cuidado da Pessoa Vivendo com HIV/Aids, em especial dos adultos jovens, e a estruturação de linha do cuidado para suprir esta nova demanda”.

No componente condições encontra-se explicações do por que, como, quando e de que forma as pessoas respondem ao fenômeno do estudo. A primeira subcategoria levantada foi “Substituindo o Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids por outra forma de organização dos serviços”. Nesta subcategoria todos os profissionais dos grupos amostrais afirmam que o município não trabalha mais com a perspectiva de um SAE em HIV/Aids, sendo que o atendimento a esta população é feito através do compartilhamento do cuidado da PVHA na RAS. Entendem que esta abordagem na Rede é mais complexa e desafiadora, porém é mais sustentável e responde melhor a demanda desta população.

[...] acho que é uma questão conceitual. É importante quando a gente lê sobre serviço de HIV, quando a gente fala sobre serviço de HIV em Florianópolis. Nós não trabalhamos com ideia de SAE, como os municípios trabalham. Nós temos uma outra forma de enxergar ele. É uma forma que a gente acha mais

desafiadora, que é mais difícil de organizar, mas ela é mais sustentável (E15G2).

Os entrevistados relatam que antigamente Florianópolis trabalhava com um SAE em HIV/Aids, sendo que ficava localizado onde atualmente encontra-se a Policlínica Centro, porém há aproximadamente 10 anos, segundo relato dos entrevistados, o município abandonou este tipo de abordagem aos usuários com HIV/Aids. Do ponto de vista de alguns entrevistados, o fim dos SAE em Florianópolis buscou, principalmente, manter o sigilo das PVHA, pois ao serem atendidas neste SAE os usuários eram identificados pela população que sabia que aquele local fazia tratamento exclusivo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV/Aids.

[...] Nós tínhamos isso [SAE], até por volta de 2006, que era o ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis. Ele funcionava onde funciona agora a Policlínica do centro. Ali era um ambulatório, que tratava especificamente de doenças sexualmente transmissíveis, e a demanda, era por pessoas portadoras de HIV. Então, mais nenhum profissional no município, do ponto de vista do serviço público do município, se envolvia no cuidado do paciente com HIV. E era só nesse ambulatório especificamente, e até quem estava passando na rua sabia que quem subia a rampa do ambulatório era porque tinha HIV. Então, se faz esse trabalho de segregação com a ideia de cuidado com o sigilo, quando na verdade é justamente a segregação que acaba com ele (E15G2).

Antes desse prédio ser policlínica, existia aqui, na parte de cima, o ambulatório de DST e Aids. Lá eu trabalhei mais de dezoito anos (E2G1).

Quando existia o SAE, este era composto por uma equipe multiprofissional com Psicólogo, Assistente Social, Enfermeiro, Farmacêutico, Infectologista, Psiquiatra, Ginecologista, entre outros. Com a implementação do trabalho em rede, esse cuidado multiprofissional passou a ser acessado em diferentes pontos da rede, de acordo com a necessidade de cada usuário.

[...] nós tínhamos psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, ginecologistas, chegamos a ter um laboratório dentro do ambulatório (E2G1).

Atualmente nas policlínicas concentram-se atendimento de diversas especialidades, sendo uma delas o atendimento com Infectologista. Em ambas policlínicas, contam com serviço do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que oferece teste rápido livre demanda, aconselhamento pré e pós teste; Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM) com liberação dos medicamentos antirretrovirais; ponto de coleta do Laboratório de Saúde Pública (LAMUF) onde é feito coleta para diversos exames, incluindo Sorologia para HIV, contagem de Carga Viral e CD4.

[...] hoje em dia a gente tem alguns pontos específicos, nós temos uma farmácia, que dispensa antirretroviral. Tem duas no município [...]. Temos um CTA, que oferece teste rápido, aconselhamento pré e pós teste. Nós temos ponto de coleta do LAMUF [...] Não é um serviço de atenção especializada, como falei antes, antigamente tinha! E nós temos três infectologistas, esta é a policlínica que mais tem infectologista, nós temos três infectos de vinte horas. Então, são serviços separados que atuam em conjunto aqui dentro com a atenção primária (E13G1).

As mudanças ocorridas na Linha de cuidado da PVHA no município de Florianópolis objetivam atingir a meta 90-90-90 reconhecidas pela Unaid. Uma subcategoria levantada na etapa de Condição do modelo paradigmático foi “Reconhecendo a Meta 90-90-90 e entendendo o papel da Vigilância Epidemiológica (VE) para atendimento dessa meta”, nesta subcategoria aparece a percepção de alguns entrevistados quanto a necessidade de cumprimento desta meta até 2020.

[...] tem aquela meta 90-90-90, e o paciente fica bem clinicamente e reduz muito o risco de transmissão. Então, por isso é fundamental atuar tendo em vista atingir a meta até 2020 (E13G1).

No atual modelo de atenção à saúde em Florianópolis, a atenção primária ainda desenvolve seu papel principalmente no primeiro noventa da meta, atuando prioritariamente na oferta de diagnóstico de HIV através da realização de teste rápido. Porém, Florianópolis está em momento reestruturando a Linha de Cuidado à PVHA, e para o adulto jovem, proporcionando mais autonomia para a atenção primária, poder atuar nos três pontos da meta 90-90-90.

[...] a gente atua no primeiro noventa, daquela meta 90-90-90 do HIV. Então, essa é a primeira questão: a gente oportunizar acesso adequado da equipe de atenção primária para qualquer cuidado de saúde, principalmente ao jovem [...] (E16G2).

A Vigilância Epidemiológica, atuante na SMS, tem seu papel na gestão do cuidado como uma facilitadora. Ela não é a organizadora do cuidado, mas proporciona informações pertinentes para o processo de tomada de decisão e planejamento do cuidado das PVHA, e dos adultos jovens, mostrando os indicadores, através de boletins, e-mails e notas. Para atingir a meta 90-90-90 é necessário conhecer o perfil da população e como está sendo o *feedback* frente as condutas tomadas, podendo assim ser feito os ajustes necessários.

[...] a vigilância [epidemiológica] tem função de facilitadora. Nós não somos os organizadores do cuidado, quem organiza o cuidado é a assistência! A vigilância tem acesso às informações e consegue perceber o que está funcionando e o que não está funcionando, acaba funcionando como um catalizador desse processo. A gente chama os parceiros e tenta colocar em contato uns com os outros para que essa linha de cuidado seja revista, enfim, aprimorada (E15G2).

Ainda, seguindo o modelo paradigmático para descrição do fenômeno, temos o componente *ações-interações*. Este componente corresponde à resposta expressa pelas pessoas ou grupos aos eventos ou situações problemáticas ocorridas em sua vida. Nesta fase identificamos a subcategoria “Reconhecendo as medidas para ampliação do acesso das PVHA aos serviços de saúde”.

Os profissionais dos diferentes grupos amostrais relatam que para poder incentivar a adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens



com HIV/Aids é necessário proporcionar acesso a esta população. Acesso é referido por eles como disponibilidade do profissional para atender as demandas do usuário quando ele necessita.

Eu acho que, em primeiro lugar, é dar acesso. Acesso para consultas, para a retirada de dúvidas, para poder avaliar algum efeito colateral quando o paciente tem. Então, a gente começa a garantir a adesão do paciente. Quando ele é bem orientado inicialmente, quando a gente dá acesso para esse acompanhamento logo na primeira semana após o início da terapia [...] (E19G2).

Alguns entrevistados relatam que para ampliação do acesso ao cuidado das pessoas com HIV/Aids, com destaque aos adultos jovens, é necessário direcionar o atendimento desta população para atenção primária. Contudo, preconizam a assistência compartilhada em rede, na qual a atenção primária é a organizadora do cuidado desse usuário, porém, sem perder a referência do serviço especializado. Nessa perspectiva de cuidado compartilhado dentro da RAS, a atenção primária e secundária se comunicam para melhor gerir o cuidado dessa população.

Então, acho que trazer o HIV para a Atenção primária é uma forma de direcionar o que vai para o especialista, e o especialista fazer o cuidado compartilhado com a Atenção primária. Mesmo aquele paciente que hoje está com o especialista e não acompanha na atenção primária, ele vai ter que acompanhar por outras questões, e essa equipe estar preparada para atender as situações de HIV dele, em contato com o especialista. Essa aproximação do especialista com a atenção primária eu acho bem importante para a adesão (E16G2).

Além de direcionar o adulto jovem com HIV/Aids e as PVHA para atenção primária, se faz necessário reconhecer as necessidades de cada indivíduo e saber utilizar dos serviços disponíveis na rede, como por exemplo, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sabe-se que a adesão ao tratamento tem relação multifatorial, tendo interferências biopsicossociais, dessa forma, conhecer as demandas do usuário e saber usufruir dos recursos disponíveis na rede pode auxiliar no incentivo a adesão à TARV.

[...] os casos mais complexos de adesão geralmente são casos relacionados a vulnerabilidade e risco. Então, pessoas que, as vezes, tem muitas outras patologias ou têm muitos outros problemas de ordem psicossocial, famílias desestruturadas ou pessoa que é moradora de rua, ou que tem o uso de drogas em conjunto... Então, para isso, eu acho que o HIV entra na rede como um todo e que dá suporte a essas condições [...] sabemos que se têm problemas de adesão vinculados a outras questões, como problemas psicossociais, e poder ter uma equipe, o NASF de referência, que também saiba atender essa demanda e tu ter também um rol de carteira de serviço [...] Se eu sou paciente de determinada equipe, essa equipe conhece esses recursos comunitários e pode indicar (E16G2).

Para que o profissional na Unidade Básica de Saúde (UBS) possa assumir o cuidado do adulto jovem HIV/Aids, e demais usuários com este diagnóstico, é importante a capacitação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois para prestar um cuidado de qualidade os profissionais devem sentir segurança no trabalho que estão desenvolvendo.

[...] a capacitação mesmo dos profissionais. Bom, nem todo mundo tem treinamento, ou tem facilidade em fazer manejo desses pacientes. Esse é um ponto que a gente tem trabalhado na rede, que é periodicamente fazer o treinamento dos profissionais da primária conforme o protocolo de acesso da especialidade, e aí, esses momentos de treinamento ele vem não só para discutir o protocolo, mas também, para tirar dúvidas que os profissionais tem lá na ponta. Então, entender um pouquinho essa lógica do encaminhar, se talvez pudesse fazer o manejo lá. Então, acho que esse é um segundo ponto, que é você se sentir apto a fazer tal manejo (E17G2).

Atualmente em Florianópolis têm-se duas portas de entrada, principais, para o diagnóstico do HIV: ou o usuário entra via atenção primária, faz o teste rápido com sua equipe do ESF e já inicia as primeiras condutas com sua equipe, ou o usuário fará o diagnóstico no CTA e após

será encaminhado para sua equipe de ESF para iniciar as primeiras condutas para o tratamento. Se o usuário não está vinculado com a equipe da atenção primária e por algum motivo não quer entrar no serviço pelo ESF o próprio CTA já inicia com o encaminhamento para infectologista.

Então, nós temos duas portas de entrada, basicamente, para o paciente com o diagnóstico de HIV, ou ele acaba sendo descoberto no próprio serviço de atenção primária ou ele acaba sendo descoberto através de uma testagem espontânea no CTA. Quando o diagnóstico é feito no CTA, se faz a orientação de como funciona o [sistema] e oferece para ele, como primeira opção, que ele entre no sistema através da unidade de saúde. Se, por algum motivo, a pessoa não está pronta para ser acompanhada na sua unidade de saúde, o próprio CTA faz o encaminhamento para o infectologista, que é fora o atendimento, toma as primeiras condutas e aí aos poucos ele vai tentando integrar o médico de família de referência daquela pessoa no cuidado (E15G2).

Tendo em vista o cuidado na atenção secundária, algumas estratégias fazem-se necessárias para melhorar o acesso aos usuários com HIV/Aids ao serviço. Os gestores municipais e coordenadores das policlínicas destacam a necessidade de ter, no mínimo, um infectologista nas policlínicas de Florianópolis (Norte, Sul, Centro e Continente). Além disso, cada policlínica deve contar com uma UDM e LAMUF. Atualmente, Florianópolis conta com LAMUF nos distritos Norte, Sul, Centro e Continente. Até 2016 o município contava apenas com dois pontos de coleta de material nas policlínicas Centro e Continente. O Objetivo atual da SMS é ampliar a distribuição da TARV ampliando o número de UDM, que hoje estão localizadas apenas nas policlínicas Centro e Continente. A SMS do Município vem apresentando um projeto para descentralização dessa assistência, esta descentralização do atendimento deixa o usuário mais próximo de seu território.

[...] até Abril/Maio do ano passado [2016], mais ou menos na região da ilha, o único posto de coleta de sangue era aqui, e o UDM continua sendo o único aqui [na ilha]. Então, tem todo um projeto de alguns anos lá na secretaria, que eu participei desse estudo, desse movimento de descentralização, de cada

policlínica ter um infecto, ter uma UDM e ter um ponto de coleta do LAMUF. Assim, o paciente fica vinculado a sua Unidade de Saúde da Família e quando precisa da atenção especializada está no seu distrito (E13G1).

A ampliação da realização do teste rápido para diagnóstico de HIV já foi conquistada em Florianópolis, todas UBS disponibilizam os teste que são aplicados por livre demanda e realizados pela equipe de enfermagem capacitada para o desenvolvimento do procedimento. Esta medida atinge diretamente o primeiro 90 da meta 90-90-90. O teste rápido sendo realizado nas unidades básicas, além de facilitar o acesso ao diagnóstico do HIV, aproxima o usuário a equipe do ESF ampliando as possibilidade de construção de vínculo terapêutico, condição está levantada por profissionais pesquisados como relevante para adesão ao tratamento.

[...] Então, fazer o diagnóstico aqui [UBS] já facilita muito o vínculo, porque é difícil uma pessoa que faz no CTA, como era antigamente, e depois como é que ele chega aqui e diz: “eu tenho HIV e quero tratar”. A gente sabe que tem essa dificuldade, no público jovem mais ainda, a gente acompanha aqui, faz o aconselhamento pré-teste, vê o resultado, aconselha pós-teste e é um momento que ele já está em contato comigo e com a enfermeira que faz o teste-rápido. Então, aqui na equipe a gente já trabalha muito o vínculo, já deixa retorno marcado em quinze dias. A gente já acompanha esse paciente do início, acho que isso facilita a adesão (E18G2).

Pensando no segundo 90 da meta, a SMS vem planejando ampliar o acesso a TARV transformando as duas farmácias das policlínicas Norte e Sul em UDM. Com essa ampliação, acredita-se facilitar a adesão à medida que não precisam se deslocar grandes distâncias para ter acesso ao tratamento.

Conseguimos fazer algumas mudanças dentro das UDM, exatamente no sentido de tentar melhorar essa gestão do cuidado. Então, especialmente falando na questão da ampliação do acesso, e também, da facilidade para poder pegar a medicação. Então, a gente também, nessa linha,

conseguiu abrir dois postos de coleta, também conseguimos ampliar a questão da testagem rápida, mas a gente conseguiu ampliar postos de coleta para sorologias e a gente também está num projeto de abrir mais duas UDM, transformar a farmácia do Norte e do Sul em UDM. Isso também vem no sentido de melhorar essa questão da adesão. Paciente que mora no norte ele tem que se deslocar para o centro ou continente, o que também pode ser uma barreira (E17G2).

Com a indicação da TARV para todos os usuários, independente da contagem do CD4, identificou-se a necessidade de descentralizar o cuidado. Dessa forma, em Florianópolis inicia-se um projeto piloto para incluir a PVHA, e os adultos jovens com HIV/Aids, dentro da RAS, considerando a atenção primária como articuladora do cuidado ao usuário em tratamento.

Com a questão da ampliação do protocolo, a ampliação para tratamento de pessoas assintomáticas, isso acabou ficando muito concentrado na mão do infectologista, o início da terapia antirretroviral, e é com isso que a gente vem trabalhando nos últimos anos, com essa descentralização (E15G2).

O projeto piloto proposto pela SMS, teve início com discussões sobre o protocolo de acesso utilizado pelo município, junto com os especialistas e com a atenção primária a nível central. Foi feito um levantamento das unidades básicas que tinham interesse em participar do projeto, nesse levantamento identificaram que quase metade da rede tinha ao menos um médico do ESF em sua unidade que já estava fazendo manejo, ou seja, já estavam iniciando a terapia antirretroviral. Então, reuniram esse grupo de profissionais interessados na realização do manejo das PVHA e dos adultos jovens, assim, deram início a um projeto piloto no município. Os médicos do ESF, juntamente com os especialistas Infectologistas, foram reunidos para trabalhar o protocolo de acesso para PVHA. Esses primeiros profissionais começaram a participar do matriciamento. Em síntese, o primeiro grupo do projeto piloto foi composto por médicos do ESF que já estavam fazendo, de uma forma ou de outra, o manejo dos usuários com HIV/Aids, mas que desejavam ter uma retaguarda especializada, o que vem

ao encontro do interesse dos infectologistas em trabalhar com o protocolo de acesso.

[...] pensamos: “vamos fazer um piloto para ver se vai funcionar ou não, porque se a gente fizer com a rede toda tem mais chance de não dar certo, e a gente não ter tempo para fazer os ajustes”. Então, a gente pegou mais ou menos metade da rede, que já eram os que estavam sensibilizados, começou a trabalhar com protocolo de acesso, reuniu esse grupo algumas vezes para discutir o protocolo, para discutir o matriciamento e aí a gente começou com esse grupo. Até agora esse ano [2017], aí agora a gente está num processo de abrir para as demais unidades (E17G2).

O matriciamento é a ferramenta de contato entre os profissionais da atenção primária e secundária. O matriciamento ocorre institucionalmente por meio de troca de informações por e-mail do ESF e e-mail dos Infectologistas. Existe uma escala entre os infectologistas, na qual cada um tem um horário separado em sua agenda para atender as demandas matriciais. Além da comunicação por e-mail, em alguns casos ocorre orientação via *whatsapp*. A resposta no e-mail matricial é feita para que o médico do ESF receba a avaliação do caso, esta mesma resposta também fica registrada no prontuário do usuário (Infosaúde).

[...] a gente criou um serviço de apoio matricial, via e-mail institucional, para que essas equipes possam estar consultando o especialista para tirar dúvida e encaminhar realmente aqueles casos que tem indicação, que tem critério (E17G2).

[...] mas, às vezes, para dúvidas mais pontuais, não discussão completa de caso, a gente acaba utilizando esse grupo de Whatsapp, onde tem infectologistas que participam, pessoal da gestão e os colegas também médicos de família que participam de todo esse trabalho, esse grupo piloto (E19G2).

Os infectologistas e médicos do ESF que estão envolvidos com o projeto piloto e estão realizando o matriciamento avaliam esse trabalho de forma positiva por proporcionar troca de informações terapêuticas que possibilitam melhora da qualidade do atendimento a todos os usuários

com HIV/Aids. Nas falas abaixo temos exemplos do ponto de vista de um infectologista e de um médico de família.

Então, é feito esse matriciamento pelo email institucional. Acabamos discutindo algum caso mais pontual com o médico, a gente tem um acesso ao prontuário, liga, mas aí são casos mais pontuais, que não tem um fluxo estabelecido [...] Já está tendo bons frutos (E11G1).

Então, basicamente, eu atendo um paciente que eu tenho uma dúvida clínica, eu dou a conduta ou explico para o paciente: “eu vou discutir com a colega”. Eu mando um e-mail com dados do paciente ou número do prontuário dele, ou data de nascimento e o nome, e faço a pergunta. Aí, eu não lembro direitinho o tempo que está de matriciamento de infecto, mas tem um tempo lá que eles devolvem a resposta. É muito rápido! Aí eles mandam a resposta pelo e-mail da equipe e a resposta também fica no prontuário. Eles copiam a minha pergunta, o e-mail que eu mandei com a pergunta e a resposta dele, e temos que ver se chegou no meu e-mail. Então, a equipe tem que ficar vigiando esse e-mail, para ter a resposta, e a gente convoca o paciente ou faz o seguimento que for proposto ali (E18G2).

O objetivo de manter o usuário com diagnóstico de HIV na atenção primária vem ao encontro da diretriz do SUS que prega a integralidade e das políticas do Ministério da Saúde com relação ao cuidado em HIV/Aids. A partir do momento que o usuário recebe o diagnóstico do HIV em sua unidade de vínculo, este deve manter o cuidado com sua equipe do ESF, pois esta pode compreender melhor as condições de vida do usuário, atendendo-o de forma integral.

Então, a partir do momento que é feito o diagnóstico, na unidade saúde... bom ele já tem vinculação com a equipe, a partir dali se toma cuidado para priorizar que esse paciente continue em acompanhamento com a equipe, até porque, tem que ter o cuidado integral, e tem outros problemas de saúde, não é só porque ele tem HIV que ele tem proteção contra outras coisas (E15G2).

Nos ESF, na maioria das vezes, os usuários que buscam a unidade para realizar o teste rápido querem fazer exames de rotina, e alguns médicos do ESF já incluem o teste rápido como um exame padrão a ser solicitado, principalmente para a população dos adultos jovem. Os casos testados nas unidades, geralmente, incluem usuários assintomáticos que fazem o exame por rotina ou porque se expôs a uma situação de risco e querem investigar o possível diagnóstico. Estes são usuários de fácil manejo na UBS junto com a equipe de saúde da família.

São para pacientes que estão bem, assintomáticos, que fizeram seu exame fazendo check-up ou se expuseram a alguma situação e foram fazer exame e que estão bem e estáveis. O médico de família ou o enfermeiro conseguem acolher, fazer o teste-rápido, interpretar sorologia, pedir exames de início de tratamento, prescrever o antirretroviral e fazer o acompanhamento, e aí, esse paciente é nosso. Podendo discutir com eles e podendo encaminhar também se algum exame vier alterado, se o paciente complicar (E18G2).

Acompanhar o tratamento do usuário com HIV/Aids na atenção básica passou a ser mais fácil após ser liberado acesso aos sistemas de informação: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Com a liberação dessas informações para os médicos do ESF, facilita no acompanhamento da adesão ao tratamento antirretroviral das PVHA, podendo assim, realizar ajustes no projeto terapêutico do usuário quando necessário.

[...] agora facilitou muito, porque a gente tem acesso ao SISCEL e SICLOM. Então, eu vejo qual medicação ele está fazendo uso, quando pegou, quando foi a última carga viral dele. Então, ajuda um pouco, mas é fundamental esse acompanhamento, porque são remédios difíceis de guardar o nome, o paciente não sabe os exames... Se a gente confiar muito só nas informações que o paciente traz, de um lado para o outro, não dá! (E19G2).



Antes do novo modelo, os usuários e adultos jovens quando diagnosticados com HIV eram encaminhados para o infectologista iam para uma fila de espera do Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Com isso, tinha-se uma demora significativa para conseguir a consulta com o especialista. Casos assintomáticos ficavam esperando na fila até poder ter o primeiro contato com o especialista. Tudo isto dificultava o acesso aos serviços.

O novo modelo vem em resposta a ampliação do acesso [...] esse paciente chega na unidade básica e ele tem uma consulta com o médico da família, esse médico da família está sensibilizado, está capacitado e tem esse apoio matricial do especialista. Ele consegue fazer o manejo, iniciar a terapia, muitas vezes solicitar exames e daí encaminhar para o especialista. Por outro lado, com esse trabalho, a gente consegue hoje que um paciente que tem esse critério para a consulta com o infectologista, dentro de um mês ele passa pela consulta [...] e aí o que a gente começou ver, é que muitos pacientes, não só da infecto, mas especificamente falando, eles estavam numa fila de espera no SISREG, mas sem necessidade de estar ali (E17G2).

Com o novo modelo de atenção à PVHA adotado pelo município de Florianópolis, que é comum a todas faixas etárias, o cuidado do usuário passa a ser compartilhado dentro da RAS. Para que esse compartilhamento seja eficiente e eficaz é necessário que haja uma boa referência e contra-referência. O referenciamento vai de acordo com o protocolo de acesso, tendo o apoio matricial quando necessário. A volta desse usuário para a equipe do ESF ainda não é tão frequente, até porque este é um projeto recente no município. Os entrevistados relatam que a contra-referência fica registrada no prontuário eletrônico do paciente, o Infosaúde, pois este prontuário é comum nos diferentes pontos da RAS municipal, facilitando este retorno para os profissionais. Desta forma, compreendem a importância de um bom registro de como foi a consulta e um plano de tratamento que o médico do ESF possa seguir para se guiar, sendo assim, para o bom funcionamento da referência e contra-referência é importante contar com um sistema informatizado, sendo no caso de Florianópolis, dispõe do Infosaúde.

[...] eu acho que justamente por tu ter o prontuário, principalmente agora, com a dúvida clínica é uma contra referência praticamente. Então, de um modo geral, acredito que isso tem funcionado bem, principalmente pelo prontuário, basicamente não precisar escrever uma carta, se está lá o que eu fiz (E16G2).

[...] Eu, particularmente, não recebi nenhum ainda. Até porque, os critérios para ser dada essa alta, são um pouco fechados demais. Então, tem que ser paciente que começou o tratamento a pouco tempo, menos de um ano acompanhando lá. Acho que não deu muito tempo ainda, paciente está lá mais de um ano já vai ficar lá, a alta seria para esse paciente que fez diagnóstico, que está estável, menos de um ano e aí volta para cá (E19G2).

Segundo informações coletadas, ainda são identificadas pessoas com HIV/Aids que apresentam resistência quanto ao atendimento na ESF. Estes usuários são geralmente os mais antigos, que já estão em acompanhamento com os infectologistas há mais tempo. Além de terem seu vínculo estabelecido com equipe da média complexidade, há usuários que não querem o atendimento da equipe de ESF, pois fica próximo de sua residência, tendo vizinhos, familiares ou alguns amigos que trabalham na UBS.

Uma dificuldade que eles informaram lá [reunião dos profissionais que fazem parte do projeto piloto], é que alguns pacientes têm resistência de vir para o posto de saúde, porque o que é bom para um, pode não é bom para o outro. As vezes está muito perto da sua comunidade, tem um parente que trabalha no posto, um vizinho e ele não quer contar para ninguém (E19G2).

Para finalizar o componente ação-interação, um item presente na fala de todos profissionais foi o vínculo. Vínculo é a palavra-chave levantada que interfere diretamente na adesão do usuário com HIV/Aids, através do vínculo profissional e usuário. Mas, para o cuidado da PVHA, em especial dos adultos jovens, dentro da RAS também trazem a importância do vínculo profissional e profissional, pois o

compartilhamento do cuidado exige confiança no profissional no qual vai ser dividido o cuidado da pessoa vivendo com HIV/Aids.

O vínculo! É um vínculo que a pessoa cria, é uma questão de confiança. Então, para eu conseguir passar de uma forma confiante esse compartilhamento de cuidado com alguém, eu tenho que confiar para quem eu estou passando. Então, não pode ser uma coisa automática, a gente tem vários níveis diferentes desta devolutiva (E15G2).

[...] depende do paciente, depende do médico infectologista e depende de que equipe que ele está contra-referenciando. A gente tem níveis de vinculação diferentes entre os pacientes, tem pessoas que o diagnóstico já foi feito pelo seu médico ou pela enfermeiro da sua equipe de saúde da família. Então, para ele é fácil, é como se fosse para qualquer outro especialista, ele vai lá, vê qual a intervenção que tem que ser feita e volta para sua equipe, isso já acaba acontecendo naturalmente com várias pessoas. Há outras que a porta de entrada não foi por ali, e aí essa construção é uma construção que depende da confiança do paciente, da confiança do infectologista, da confiança da equipe, porque também não dá para negar que tem pessoas que são mais centralizadoras e tem mais dificuldades de construir cuidado compartilhado por suas características próprias de formação, isso é um dos desafios para da gente construir (E19G2).

No modelo paradigmático o terceiro o último componente para compreensão do fenômeno de estudo são as *consequências*, que referem-se aos resultados previstos ou reais levantados pelos sujeitos do estudo. Como subcategoria incluída neste componente temos “Significando a adesão e a relevância de cuidado compartilhado da PVHA em município prioritário do sul do Brasil”. Com o aumento do número de casos novos de pessoas com HIV, os gestores municipais identificam a necessidade da atenção primária atender esta população, tendo em vista que a equipe do ESF deve atuar diante dos problemas de saúde mais frequentes em sua população, e atualmente vivemos uma epidemia do HIV.

Precisávamos acelerar o processo de apropriação do problema pela atenção primária, tem um motivo muito importante para isso, que é a prevalência da doença, se o problema é prevalente, ele é por definição de responsabilidade da atenção primária. A atenção primária é responsável pelos problemas de saúde mais frequentes da sua população, se o HIV é um dos problemas mais frequentes da nossa população, então isso é sim responsabilidade da atenção primária (E15G2).

O direcionamento do cuidado da pessoa com HIV, incluindo os adultos jovens, para atenção primária busca contextualizar o indivíduo em seu meio biopsicossocial. Quando se fala de sujeito, se fala de família e comunidade. Então, o cuidado da equipe do ESF consegue, por estar estrategicamente inserido no território, compreender o contexto de vida dos sujeitos presentes em sua área de abrangência. É importante que a equipe da atenção primária estabeleça o vínculo com seus usuários, pois quando os sujeitos se vinculam com profissionais longe de seu território, dificulta o acompanhamento pela equipe da atenção primária. Com esta nova realidade proposta pelo projeto piloto, identificam uma oportunidade para desmitificação do HIV, é um momento para compreender realmente a pessoa com todos os aspectos que envolvem a doença.

[...] Então, cada vez mais, eu acho, que a primária tem esse papel de estar mais próxima do sujeito. Quando aproximamos ele da primária, a gente também está pensando num conjunto maior de ações que envolve esse sujeito, que envolve a família, que envolve o contexto que ele vive. Então, essa questão de qual o significado disso, na verdade a gente está olhando para um contexto muito maior, a gente está levando esse sujeito para aquela realidade que ele vive e levando também a equipe a conhecer mais esse sujeito, porque, quando ele se vincula com um serviço que está longe da casa dele, muitas vezes a equipe desconhece o que efetivamente se passa (E17G2).

Os envolvidos com o projeto de reestruturação da linha de cuidado da PVHA relatam estar felizes com os resultados alcançados até o momento

e reconhecem que o projeto trouxe benefícios positivos para o cuidado do usuário com HIV/Aids e proporcionou um momento de aprendizado para os profissionais.

[...] Eu vejo um resultado positivo para mim, porque eu estou aprendendo. Há um ano e meio, dois anos atrás, eu não sabia prescrever antirretroviral e nunca tinha prescrito, nunca tinha iniciado uma primeira prescrição, tinha renovado uma ou outra só. Então, tem um resultado positivo assim para mim enquanto profissional. Mas, principalmente para os pacientes [...] Então, eu acho que é sempre um ganho importante quando o paciente consegue ficar com o seu médico de família (E19G2).

Outra consequência, desse processo de mudanças é a subcategoria “Compreendendo a reestruturação da linha de cuidado a PVHA no município de Florianópolis e sua ampliação” Neste item observa-se que os profissionais compreendem essa mudança na linha de cuidado para PVHA e acreditam que esta é necessária para poder melhorar o cuidado prestado aos usuários de saúde do município. Este atendimento em rede é visto como mais sustentável, mas necessita de um fio guia, reconhecido pelos entrevistados como a linha de cuidado. A alteração que está ocorrendo em relação ao cuidado da PVHA não direcionada para o objeto foco desse estudo, que são os adultos jovens, mas ela repercute intensamente no cuidado dessa população. O trabalho em rede já era feito, porém ainda se tinha muitas falhas na comunicação entre os pontos envolvidos, agora com novas alterações consegue-se aproximar esses profissionais facilitando o meio de comunicação entre eles. Reconhecem que até o momento atual do projeto piloto, ainda estão focados na classe médica, e entendem a necessidade do envolvimento dos demais profissionais no cuidado da PVHA, mas para os profissionais da SMS envolvidos com o projeto, tem-se a percepção que a partir dessa coluna entre os médicos os demais profissionais envolvidos no cuidado do usuário vão intervindo e participando do cuidado.

O que eu vejo é que estamos num momento muito propício, porque nós estamos desde o ano passado num momento de revisão da linha de cuidado do HIV. É uma estratégia de apropriação do cuidado do HIV, por toda essa rede, que é preciso que trabalhe interconectado. Então, a gente está num processo de

reestruturação da comunicação entre os diferentes profissionais que fazem parte desse cuidado, isso acaba sendo promissor nesse sentido, de realmente estar construindo uma linha de cuidado, dar um atendimento individualizado [...] nós estamos bem no momento de reorganização dessa linha de cuidado, de estabelecimentos de forma consistente de comunicação entre os diversos profissionais que fazem parte desse cuidado, mas, ainda muito voltada para a questão da abordagem médica, muito forte, na questão da nossa linha de cuidado, eu acho que ela tem que ser prioritária para fase que nós estamos mesmo. Mas, o envolvimento de outras potencialidades de intervenção, começa a vir, a partir dessa coluna de comunicação entre os diferentes pontos de atenção, que é o que está acontecendo agora (E15G2).

Para finalizar, a última subcategoria levantada no tópico consequência foi: “Descentralizando o cuidado para diferentes níveis de atenção”. Florianópolis está conquistando uma nova estratégia de cuidado da pessoa vivendo com HIV/Aids. Com todo processo de reestruturação da linha de cuidado à PVHA e com este projeto piloto em andamento, os profissionais conseguem reconhecer as melhorias que já foram alcançadas. Entende-se pelas falas dos entrevistados que está acontecendo o processo de avaliação e de reestruturação concomitantemente com o desenvolvimento do projeto, possibilitando com esta prática a realização dos ajustes necessários.

Antigamente, o município trabalhava com ideia de SAE, depois passou a focar o cuidado do usuário com HIV na atenção secundária. Porém, com a mudança da estruturação do cuidado da pessoa com HIV/Aids na qual todo usuário, independente de carga viral e CD4, passou a iniciar o uso da TARV e com o aumento considerável no número de casos novos de HIV, os infectologistas passaram a ter sua demanda voltada quase que exclusivamente para pessoas com o HIV, pois poucos pacientes atendidos na policlínica pelos infectologistas não eram portadores de HIV.

Não temos uma separação de lugar onde só atende paciente com HIV, a gente tem lugares que atendem pessoas que tem problemas saúde e um desses problemas de saúde pode ser o HIV. Mas isso não é nenhuma exclusividade, nem só de HIV vive o

infectologista, e principalmente essa articulação entre os profissionais não médicos, ele acaba se dando muito pela articulação da atenção primária mais a articulação com o nível secundário. Às vezes, na atenção primária, a gente trabalha com o psicólogo, assistente social, psiquiatra, que a gente trabalha com outros profissionais que fazem parte do NASF. Então, não tem esses profissionais no nível secundário, como a gente sabe que tem em outros serviços, que aí tem o psiquiatra para cuidar do paciente com HIV. A ideia é para cuidar da pessoa, então, isso está na atenção primária essa articulação (E16G2).

Pensando nas mudanças implementadas no tratamento desta população, no aumento no número de casos e no sigilo desses usuários, os gestores a nível de SMS identificaram a necessidade de atuar em toda a RAS. Com base nesse entendimento, o município vem passando por um processo de descentralização e compartilhamento do cuidado dentro da RAS, focando no redirecionamento do cuidado da PVHA para atenção primária, com retaguarda do NASF e da atenção secundária via matriciamento e referência, melhorando o acesso e a integralidade das ações.

## **DISCUSSÃO**

Os achados deste estudo evidenciam a importância do compartilhamento do cuidado da pessoa vivendo com HIV/Aids e a reestruturação de linha de cuidado para esta população. Tem-se o desafio da mudança do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids, dos serviços especializados, no SAE, que sempre se mostrou o mais eficaz e seguro para os demais pontos da rede de atenção. Consequência do avanço do cuidado às PVHA e a simplificação do tratamento antirretroviral, a infecção pelo HIV passou a ser considerada uma condição crônica e o modelo centrado unicamente em serviços especializados passou a apresentar falhas. Diante disto, desde 2014, o Ministério da Saúde passou a incentivar o compartilhamento da gestão do cuidado das pessoas com HIV entre a atenção primária e secundária (BRASIL,2014a).

Com o objetivo de pôr fim na epidemia da Aids, as Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid), propôs 3 metas para que até 2020 90% das PVHA estejam diagnosticadas; 90% das PVHA diagnosticadas iniciem o tratamento com terapia antirretroviral ininterruptamente; e 90% de todas

PVHA em tratamento antirretroviral adquiram supressão viral (BRASIL, 2015a) Assim, o Município de Florianópolis vem inovando seu cuidado às PVHA. No final do ano de 2016, passaram a reestruturar a Linha de cuidado da PVHA do município buscando atingir a meta 90-90-90 reconhecidas pela Unaid.

Para alcance das metas 90-90-90, os entrevistados reconhecem o acesso como base para o cuidado. Os profissionais dos diferentes grupos amostrais entendem que para poder incentivar a adesão ao tratamento antirretroviral é fundamental proporcionar acesso à população aos serviços de saúde e as tecnologias necessárias para seu cuidado.

Barbiane et al. (2014) realizaram revisão da produção científica de periódicos sobre o acesso aos serviços de saúde no Brasil. Os autores trazem um estudo de Pinheiro e Mattos (2005) que apresenta o conceito de acesso como uma construção social, multidimensional, sendo determinado pelo contexto sociocultural que configuram as necessidades de saúde. Barbiane et al. (2014) abordam em seu estudo, discussão referente ao relacionamento de acesso e a descentralização dos serviços, através de uma visão sistêmica da atuação em Rede de Atenção à Saúde, devendo ser trabalhada a questão de conectividade da rede para poder se proporcionar acesso a população.

Para este autor, as redes de atenção à saúde, são organizações poliárquicas que atuam sem hierarquia entre os pontos de atenção, estes são vinculados entre si por missão única, objetivo comum e ação cooperativa e independente, permitindo oferta de uma atenção contínua, entre os níveis de assistência, tendo a atenção primária à saúde a função de coordenadora da rede (MENDES, 2011).

O trabalho em RAS vem como resposta para a melhoria do atendimento da população, esta é uma forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população. É no arranjo das redes que podemos ampliar e facilitar o acesso da população nos serviços de saúde (MENDES, 2011).

Para a equipe multiprofissional, atingir a meta 90-90-90, e proporcionar uma atenção de qualidade as PVHA é fundamental a atuação em redes de saúde guiada por uma linha de cuidado específica para esta população, para isto realizam medidas de gestão do cuidado. Nos resultados desse estudo consegue-se observar os diferentes níveis de gestão nas falas dos entrevistados, podendo identificar seu papel dentro da RAS.

Cecílio (2011) compreende em suas múltiplas dimensões. Para ele, a gestão do cuidado é a disponibilização das tecnologias de saúde,



conforme as necessidades de cada sujeito, buscando proporcionar bem estar, autonomia e segurança para o viver nas diferentes fases da vida. A gestão do cuidado é contemplada por múltiplas dimensões, sendo elas a individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Estas dimensões são compreendidas como círculos concêntricos, que interligadas entre si ocorrem concomitantemente durante o cuidado do usuário. A dimensão representada pelo círculo central é a individual, e a dimensão que engloba todos os outros círculos/ dimensões é a societária.

Tendo em vista o conceito multidimensional de gestão do cuidado proposto por Cecílio (2011) e a concepção multidimensional de acesso, segundo Pinheiro e Mattos (2005), identifica-se a necessidade de discutir a questão das redes de atenção e o cuidado compartilhado em HIV/aids com um olhar para o pensamento complexo proposto por Edgar Morin. Quando fala-se de complexidade deve-se ter em mente a noção de sistemas, com o entendimento de que o todo não é redutível às partes. Assim, compreendemos que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e que o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes. O pensamento complexo articula o que foi separado, para buscar compreender a multidimensionalidade, para pensarmos na singularidade com sua localidade e temporalidade, e para nunca esquecermos sua totalidade integradora. O pensamento complexo é aquele que reconhece os fenômenos multidimensionais tendo em vista o todo e as partes, em vez de isolar cada uma de suas dimensões (MORIN, 2008).

O sistema de saúde é um sistema aberto e sua dinâmica está sempre relacionada a outros sistemas e ao conjunto das relações sociais em certo tempo e local. Dessa forma, um sistema de saúde possui componentes que se relacionam, mas nem sempre essa relação é organizada (LOBATO; GIOVANELLA, 2008). Nessa perspectiva, as redes têm sido propostas para lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção em saúde, onde há interação de diferentes agentes e onde se manifesta uma crescente demanda por ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde e por participação da sociedade.

Ao direcionar o atendimento da PVHA para atenção primária, acredita-se que por estar mais próxima, territorialmente, a equipe do ESF pode reconhecer as necessidades de seus usuários podendo aproveitar os demais recursos e serviços disponíveis na rede, como o NASF, numa perspectiva mais integral do cuidado. Sabe-se que a adesão ao tratamento tem relação multifatorial, sofrendo interferências, e dessa forma conhecer as demandas do usuário e saber usufruir dos recursos disponíveis na rede

pode auxiliar no incentivo a adesão à TARV sendo fundamental para que se atinja a meta 90-90-90 proposta pela UNAIDS.

O NASF surge com o intuito de apoiar a equipe do ESF, intensificando sua abrangência e resolutividade, ampliando as ações da atenção primária. O NASF foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2008, e desde então vem qualificando e complementando o trabalho das equipes da ESF. A equipe do NASF pode ser constituída por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. O NASF é considerado como apoio da ESF, pois atuam em conjunto, dentro da RAS, a nível de atenção primária, compartilhando conhecimento e práticas de saúde no trabalho diário em cada território (BRASIL, 2010; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010), que são muito relevantes no cuidado a pessoas com HIV/Aids.

Zambenedetti e Silva (2016), realizaram um estudo em Porto Alegre, capital brasileira líder no ranking de incidência de Aids na última década. Os autores trazem o processo de descentralização do diagnóstico para HIV e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/Aids para a atenção básica do município. O estudo foi de caráter qualitativo, realizando grupos focais com equipes de uma unidade básica de saúde, entrevista com o coordenador municipal da política de DST/Aids, com profissional de matriciamento das ações de descentralização e com conselheiro local de saúde. Em seus estudos trazem relato de projeto piloto realizado em Porto Alegre, porém seus resultados são direcionados as dificuldades e fatores que tencionam a descentralização do cuidado da PVHA na atenção primária, sendo as dificuldades: equipes incompletas e rotatividade de profissionais; desconfiança em relação ao teste rápido; percepção de sobrecarga de trabalho; aspectos concernentes ao aconselhamento e comunicação diagnóstica. Entre os aspectos que tencionam favoravelmente do processo foram: sensibilidade em relação aos dados epidemiológicos; perspectiva de trabalho segundo princípios do SUS e da saúde da família; capacitação e apoio matricial. Como conclusão do estudo, os autores entendem que a efetivação do compartilhamento das PVHA na RAS tem maiores condições de ocorrer sob a perspectiva de corresponsabilidade em vez de transferência de responsabilidade entre os profissionais (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

Os resultados do estudo de Zambenedetti e Silva (2016) corroboram com os achados desta dissertação, à medida que trazem a implantação de um projeto piloto semelhante ao de Florianópolis. Em seus resultados mostram dificuldades e fatores que impulsionam a descentralização do cuidado da PVHA, sendo que isto pode contribuir com as fases futuras da descentralização em Florianópolis.

De acordo com Ministério da Saúde, são traçados cinco passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na atenção básica. Primeiramente, é necessário estabelecer meios de classificação de risco, ou seja, quais pessoas com HIV serão manejadas na atenção primária e quais deverão ser encaminhadas para seguimento na atenção secundária, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde (BRASIL, 2014b). Observamos que Florianópolis elaborou um protocolo de acesso no qual tem definido quais usuários podem ser acompanhados pela ESF e quais devem ser encaminhados para atenção especializada

O segundo passo é a qualificação dos profissionais. Vários métodos podem ser utilizados para a qualificação dos profissionais para o manejo da infecção pelo HIV (BRASIL, 2014b). Florianópolis adotou capacitações e reuniões entre profissionais participantes de Projeto piloto que direciona o cuidado da PVHA para atenção primária. O terceiro passo refere-se ao suporte técnico aos profissionais, pois é importante que o profissional de saúde tenha o suporte de outros profissionais com experiência no manejo da infecção pelo HIV, para maior segurança e troca de conhecimentos e experiências (BRASIL, 2014b). Neste estudo, nos relatos dos entrevistados, identifica-se que o principal meio para suporte do profissional da atenção básica é por meio do matriciamento, que ocorre por meio do e-mail institucional do ESF e e-mail dos Infectologistas e, em alguns casos, através de *Whatsapp*. A resposta fica registrada no prontuário do usuário (Infosaúde).

O quarto passo é, além dos testes rápidos para diagnóstico do HIV e exames básicos, as Unidades de Saúde da Atenção Básica devem disponibilizar acesso aos exames de CD4 e Carga Viral (BRASIL, 2014b). Sousa et al. (2017) realizaram um estudo em Fortaleza, no período de 2012 a 2014, que descreve a percepção de mulheres profissionais do sexo quanto ao acesso ao exame para teste rápido de HIV na atenção primária. Os autores identificam em seus resultados que foram conquistados avanços no diagnóstico precoce ao HIV, porém trazem a necessidade de ampliar a cobertura de testagem, principalmente tendo em vista as conquistas estabelecidas com relação ao uso de antirretrovirais. Percebem que mesmo diante dos avanços referentes à disponibilização de testes rápido na atenção básica, estes ainda estão sendo realizados, principalmente, nas testagem direcionadas ao pré-natal. No município de Florianópolis a realização de teste rápido pode ser feita tanto nas UBS quanto nos CTA, sendo incentivado cada vez mais pelos médicos da ESF a inclusão do teste rápido como exames de rotina, principalmente para a população de adultos jovens. Ainda teve-se a ampliação do número

de laboratórios para coleta de exames diagnóstico e de acompanhamento do HIV/Aids, com a implantação de duas unidade do LAMUF em policlínicas municipais, passando a contar com um laboratório em cada policlínica (Norte, Sul, Centro e Continente) e em algumas unidades básicas estratégicas.

Em estudo de Souza et al. (2017), os autores trazem alguns fatores importantes para acompanhamento da adesão ao tratamento antirretroviral e acompanhamento do estado da infecção, sendo alguns deles: consulta ao prontuário do usuário, contagem de CD4+ e carga viral e retirada de medicação na UDM.

O quinto passo da cartilha do Ministério da Saúde, trata da viabilização de acesso aos antirretrovirais (BRASIL, 2014b). O último protocolo brasileiro, e seu anterior, recomendam que a TARV deve ser estimulada a todas as PVHA, pois além do provável impacto clínico favorável, o início precoce da TARV é importante para a redução da transmissão (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015c). Florianópolis conta com apenas duas UDM para dispensação de antirretrovirais, porém, já está prevista a ampliação, tendo por objetivo dispor uma UDM em cada policlínica.

Para finalizar, um item que se destaca na fala dos profissionais desse estudo foi o vínculo. Souza et al. (2010), em seu estudo sobre abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de ESF, os autores trazem o conceito de Vínculo como sendo polissêmico, apresentando articulação com os conceitos de humanização, responsabilização e integralidade. De acordo com Souza et al. (2010) e Santos et al. (2017), podemos definir vínculo como algo que une as pessoas e proporciona uma aproximação mais efetiva entre usuário e profissional, fortalecendo laços interpessoais. Para os autores o fortalecimento do vínculo entre a equipe de ESF e o usuário é de extrema importância, pois favorece a produção do cuidado mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos.

Neste estudo, o vínculo também aparece como uma palavra chave para o cuidado, referida pelos profissionais nas entrevistas, propiciando melhor adesão do usuário com HIV/Aids ao TARV. É através do vínculo profissional-usuário e do vínculo profissional-profissional, que o compartilhamento do cuidado da PVHA se concretiza, é por meio das ações-interações que o acesso ao cuidado de qualidade à Pessoa Vivendo com HIV/Aids será conquistado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo respondem ao objetivo proposto, propiciando compreender o compartilhamento do cuidado da pessoa vivendo com HIV/Aids, com destaque para o adulto jovem, e a estruturação de linha de cuidado para esta população do município de Florianópolis. Percebe-se que os participantes do estudo têm dificuldade de reconhecer estas ações relacionadas especificamente aos adultos jovens com HIV/Aids, pois citam que a estruturação da Linha de Cuidado das PVHA contempla todo o ciclo vital, a qual engloba o cuidado dos adultos jovens, porém percebe-se que os indicadores de saúde ainda apontam para um aumento significativo de novos casos entre os adultos jovens.

A compreensão da importância do compartilhamento do cuidado da pessoa vivendo com HIV/Aids e da reestruturação de linha de cuidado para esta população, possibilitou entender a importância do trabalho em rede para atingir até 2020 as metas 90-90-90, considerando a importância da atenção básica não só para as ações de prevenção, mas também no controle e tratamento da infecção pelo HIV e Aids.

O município estudado está passando por um momento de transição no modelo de atenção às PVHA. Anteriormente, o cuidado dessa população era focado na atenção as pessoas com HIV/Aids nos SAE, porém com as mudanças nacionais para o cuidado das PVHA e com o aumento no número de casos novos no município, identificam a necessidade de reestruturar o modelo de atenção. O novo modelo inclui o manejo do HIV nos serviços da atenção primária, concomitantemente ao estabelecimento de um modelo assistencial matricial e mais resolutivo, assim, o cuidado da pessoa vivendo com HIV passa a ser compartilhado dentro dos diferentes pontos da RAS.

Desde a descoberta do HIV, houve um movimento pela humanização na prestação da assistência em saúde, sendo que as equipes tem que conquistar avanços no processo de acolhimento e facilitar o acesso aos serviços de saúde. Neste processo de humanização é reconhecida a importância da formação do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, sendo esta uma possibilidade para melhorar a qualidade da assistência prestada às PVHA e dos adultos jovens em tratamento. O vínculo proporciona uma relação de confiança entre profissional e usuário, sendo visto nas falas dos entrevistados como uma relação que propicia o aumento na adesão ao tratamento.

Destaca-se a importância dos resultados apresentados nesta pesquisa, considerados como um avanço no cuidado integral à pessoas com HIV/Aids na rede de atenção a saúde e respondendo aos anseios do

Ministério da Saúde na implantação de um novo modelo assistencial. Reforça-se a importância de novos estudos com esta temática.

Identificou-se uma grande limitação de referências bibliográficas relacionadas ao cuidado a PVHA na atenção primária para discussão. A literatura encontrada referente a esta temática ainda está limitada a materiais produzidos pelo Ministério da Saúde. Logo, acredita-se que esta pesquisa possa servir como um incentivo a outros pesquisadores estudarem esta temática, que é vista, pelo Ministério da Saúde, como uma das principais estratégias para o cuidado e incentivo da adesão à TARV das Pessoas Vivendo com HIV/Aids.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt/pediatrico>>. Acesso em: 25 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. p.160. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hiv-aids-na-atencao-basica>>. Acesso em: 25 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Saúde. **Cadernos de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 95 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hiv-aids-na-atencao-basica>>. Acesso em: 25 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Cinco passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. 8 p. Disponível em:

<[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55883/coordendores\\_pdf\\_46953.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55883/coordendores_pdf_46953.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em:

<[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim\\_aids\\_11\\_2015\\_web\\_pdf\\_19105.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**: Manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal\\_31\\_7\\_2015\\_pdf\\_31327.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Quais são os antirretrovirais**. Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <[file:///Users/brunacoelho/Downloads/boletim\\_2016\\_1\\_pdf\\_16375.pdf](file:///Users/brunacoelho/Downloads/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.

BARBIANI, R. et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do sistema único de saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p.855-68, jul./set., 2014.

CECILIO. L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos

avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**. Botucatu, v. 15, n. 37, abr./jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000200021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021)> Acesso em: 14 maio 2016.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. California: SAGE, 2015.

DIMA, A. L. et al. Adherence to ARV medication in Romanian Young adults: Self-reported behaviour and psychological barriers. *Psychology, Health & Medicine*, Abingdon, v.18, n. 3, p. 343-354, 2013.

LOBATO, L. V. C; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

MARINHO, C. C. C. et al. O Olhar de uma Equipe Multidisciplinar sobre as Linhas de Cuidado: (Vi)Vendo o Tecer dos Fios. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, n.3, p.619-633, jul./set. 2011.

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

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

PINTO, H. A. Linhas de Cuidado na Bahia: Um Conceito em Viva Produção. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 22–34, 2009.

SANTOS, Maria Clara, et al. Processo de Trabalho do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF): Importância da Qualificação Profissional. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**. Florianópolis, v. 8, n. 2, maio/ago. 2017, Disponível



em:<<http://www.uacm.kirj.redalyc.org/articulo.oa?id=265352024007>> . Acesso em: 04 nov. 2017.

SOUSA, Renata Mota Rodrigues Bitu et al. Percepções de mulheres profissionais do sexo sobre acesso do teste HIV: incentivos e barreiras. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p.513-525, abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0513.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

SOUZA, Káren Mendes Jorge de et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 44, n. 4, p.904-910, dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400007)>. Acesso em: 04 nov. 2017.

SOUZA, Larissa Rocha Arruda de et al. Avaliação da adesão e qualidade de vida de portadores de HIV sob seguimento farmacoterapêutico. **Revista Ciências em Saúde**, [s.l.], v. 7, n. 2, p.3-9, 28 jun. 2017. Disponível em: < [http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit\\_zero/article/view/657/394](http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/657/394) >. Acesso em: 10 nov. 2017.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Estatísticas**. Brasília, 2017. Disponível em: < <http://unaids.org.br/estatisticas/> > Acesso em: 20 ago. 2017.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.785-806, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300005>

ZAKABI, D. **Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na atenção básica: a perspectiva dos profissionais de saúde**. 2012. 129. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. São Paulo. 2012.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo compreender o significado da gestão do cuidado aos adultos jovens com HIV/Aids e sua interface com a adesão à terapia antirretroviral, na perspectiva da equipe multiprofissional da rede de atenção à saúde em um município do sul do Brasil, e revelou-se o fenômeno: **Compreendendo a adesão a terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids alicerçada a gestão do cuidado realizada pelos profissionais da Rede de atenção à saúde**, emergido a partir da interação dos três componentes que compõem o modelo paradigmático da Teoria Fundamentada nos Dados. Os componentes/categorias condições, ações-interações e consequências, sendo intituladas explica o fenômeno, sendo respectivamente: “Percebendo a importância dos múltiplos fatores, dos diferentes sujeitos envolvidos no cuidado e dos sistemas de informação e serviços no processo de adesão à TARV dos adultos jovens com HIV/Aids” (**Condições**), “Desvelando a gestão do cuidado no incentivo à adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids” (**ações-interações**), “O compartilhamento do cuidado da Pessoa Vivendo com HIV/Aids, em especial dos adultos jovens, e a estruturação de linha do cuidado para suprir esta nova demanda” (**consequências**).

O referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados proporcionou o alcance do objetivo proposto. Os dados e resultados do estudo tiveram sustentação no referencial teórico filosófico do pensamento complexo, segundo Morin, que possibilitou o olhar que a temática estudada exige. Visto que a gestão do cuidado e a adesão ao tratamento são fenômenos multidimensionais e complexos. Logo, os referenciais utilizados, conseguiram contribuir significativamente para a compreensão do fenômeno estudado.

O cuidado aos adultos jovens com HIV/Aids e às PVHA, no município de estudado, ainda converge para a atenção secundária, porém, iniciou no final de 2016 um movimento para reestruturação na linha de cuidado da PVHA, proporcionando mudanças no modelo de atenção à esta população. O novo modelo de assistência inclui o manejo do HIV nos serviços da atenção primária, concomitantemente ao estabelecimento de um modelo assistencial matricial. Desta forma, o cuidado da pessoa vivendo com HIV passa a ser compartilhado nos diferentes pontos da RAS, como proposto nas novas recomendações da política nacional para o controle do HIV/Aids. Considera a importância da atenção básica não só para as ações de prevenção, mas também no controle e tratamento da infecção pelo HIV e Aids.

Percebe-se que os profissionais e gestores municipais tem dificuldade em olhar especificamente aos adultos jovens com HIV/Aids, relacionando suas ações às PVHA. Por mais que mudanças para os usuários com HIV/Aids sejam importantes e que reflitam no cuidado dos adultos jovens, ainda levanta-se a necessidade de um olhar, e um gerenciamento do cuidado específico para esta população, tendo em vista que os números de casos novos estão cada vez mais altos nesta faixa etária. Ademais, esta é considerada uma população não aderente a TARV, segundo relatos dos próprios entrevistados.

Observa-se que a temática de Gestão do cuidado é entendida majoritariamente com sua multidimensionalidade, como um arranjo complexo, devendo ser trabalhada com a estratégia das RAS. Desta forma, enfatiza-se a importância de cada sujeito envolvido no cuidado, sendo consideradas todas as dimensões da gestão, em especial, a individual e a profissional, sem desconsiderar o contexto e políticas envolvidas.

Percebe-se que as principais estratégias de incentivo à adesão ao tratamento antirretroviral são feitas durante as consultas, médicas, de enfermagem e farmacêutica. É através de orientações e incentivo que os profissionais demonstram a importância da adesão a TARV. Outro achado interessante, destacado por todos profissionais que participaram da pesquisa, foi a importância das relações, em especial o vínculo que a pessoa com HIV estabelece com os profissionais e com o serviço.

A humanização na assistência em saúde vem sendo trabalhada nas políticas do Ministério da Saúde e, no caso do HIV, não é diferente. Observa-se que as equipes estão desenvolvendo estratégias para ampliação de acesso aos serviços de saúde e para acolhimento dos usuários. No processo de humanização é percebida a importância da formação de vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, sendo esta uma possibilidade para melhorar a qualidade da assistência prestada as PVHA. O vínculo está relacionado a questão de confiança entre profissional e usuário, sendo reconhecido como um fator que interfere positivamente na adesão ao tratamento.

Uma limitação encontrada no desenvolvimento do estudo foi a dificuldade em localizar bibliografias que abordassem a temática o cuidado da pessoa com HIV/Aids compartilhado na RAS e em especial, referente aos adultos jovens. Em muitos momentos, os materiais utilizados para discussão dos resultados limitaram-se às publicações do Ministério da Saúde, restringindo também as discussões dos dados.

Como obstáculo na compreensão do objeto de estudo, destacou-se a dificuldade de diferenciação da faixa etária dos adultos jovens com

HIV/Aids no momento da entrevista. Os profissionais abordam o cuidado prestado às PVHA de uma forma geral, não apresentam uma estratégia específica de gestão do cuidado em relação a faixa etária que leve em consideração as especificidades de complexidades do adulto jovem, sendo estes atendidos no fluxo normal das pessoas com HIV/Aids.

O cuidado ao adulto jovem com HIV/Aids continua sendo um desafio para os profissionais de saúde, pois é relevante levar em consideração suas características e necessidades socioculturais e demográficas, específicas dessa faixa etária, para conseguir sua adesão ao tratamento. Contudo, o município estudado demonstra fazer uma leitura crítica do atual modelo de gestão e inicia a implementação de um proposta de gestão do cuidado compartilhado na RAS voltada para atenção primária sob uma estratégia de matriciamento, onde o adulto jovem possa estar sendo assistido em sua especificidade e complexidade, pois aproxima o cuidado das PVHA ao meio onde suas relações sociais se materializam e os vínculos são construídos. Nesse contexto, o profissional de saúde atua junto ao usuário como um agente facilitador aos recursos necessários ao tratamento levando em consideração sua totalidade e contribuem para adesão terapêutica.

Ressalta-se a importância dos resultados apresentados, como um avanço no cuidado integral à pessoas com HIV/Aids na rede de atenção à saúde e respondendo aos anseios do Ministério da Saúde na implantação de um novo modelo assistencial. Reforça-se a importância de novos estudos com esta temática.

Finalmente, estes os resultados deste estudo podem contribuir para a prática de enfermagem, bem como minha formação acadêmica, proporcionando uma experiência teórico-prática e ampliação dos conhecimentos em uma área temática pouco abordada durante o período de graduação. Os resultados do estudo serão divulgados podendo servir de suporte para qualquer profissional que almeje apropriar-se deste conhecimento. Acredita-se que a produção de conhecimento e construção do modelo teórico deste estudo possam contribuir nas discussões acerca dos avanços no cuidado integral a pessoas com HIV/Aids, em especial dos adultos jovens. Reforça-se a importância de novos estudos com esta temática.

## REFERÊNCIAS

ABRÃO, F. M. S. et al. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/AIDS na cidade de Recife, Brasil. **Revista Baiana Saúde Pública**, [s.l.], v. 38, n. 3, p.140-154, 1 mar. 2014. Disponível em: <[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/702/pdf\\_471](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/702/pdf_471)>. Acesso em: 13 mai. 2016.

AGUERO, S. E.; KLIJN, T. P. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. **Cienc. enferm.** Concepción, v. 16, n. 3, p. 33-39, dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000300005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005)> Acesso em: 17 de mai. 2016.

BASSOLS, A. M. S; BONI, R. de; PECHANSKY, F. Alcohol, drugs, and risky sexual behavior are related to HIV infection in female adolescents. **RBM psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, n. 4, p.361-68, dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&p](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&p)>. Acesso em: 22 jul 2016.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 nov 1996. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9313-13-novembro-1996-349070-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

BERTOLUCCI, P.H et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *ArqNeuropsiquiatr*. 52, p.1-7, 1994. BORTOLOTTI, L.R. et al. O significado do viver com o HIV/AIDS na adolescência: estudo descritivo. **OBJN**, v. 13, n.4, p. 537-48, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Manual\\_de\\_adexao\\_web.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Manual_de_adexao_web.pdf)>. Acesso em: 12 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 444 p. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_infecciosas\\_parasitaria\\_guia\\_bolso.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Acesso universal no Brasil**: Cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas 2010. Brasília: MS, 2010b. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2011/acesso\\_universal\\_brasil\\_port\\_pdf\\_68184.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2011/acesso_universal_brasil_port_pdf_68184.pdf)>. Acesso em: 08 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://www.confef.org.br/arquivos/RECOMENDACOES\\_PARA\\_A\\_PRATICA\\_DE\\_ATIVIDADES\\_FISICAS\\_PARA\\_PESSOAS\\_VIVENDO\\_COM\\_HIV\\_E\\_AIDS.pdf](http://www.confef.org.br/arquivos/RECOMENDACOES_PARA_A_PRATICA_DE_ATIVIDADES_FISICAS_PARA_PESSOAS_VIVENDO_COM_HIV_E_AIDS.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Aids**: História da aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <<http://emctct-iatt.org/wp-content/uploads/2013/05/Brazil-Recommendations-for-comprehensive-care-for-adolescents-and-young-people-living-with-HIV-2013.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Portaria Conjunta nº 1, de 16 de Janeiro de 2013**. Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/legislacao/2013/52759>>. Acesso em: 07 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt/pediatico>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Tratamento antirretroviral**. Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt/7>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Falha ao tratamento antirretroviral e terapia de resgate**. Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt/8>>. Acesso em: 23 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim\\_aids\\_11\\_2015\\_web\\_pdf\\_19105.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal\\_31\\_7\\_2015\\_pdf\\_31327.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf)>. Acesso em: 05 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: Manual para a equipe multiprofissional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <[file:///Users/brunacoelho/Downloads/boletim\\_2016\\_1\\_pdf\\_16375.pdf](file:///Users/brunacoelho/Downloads/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Quais são os antirretrovirais.** Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O que é HIV.** Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 23 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids.** Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 07 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Serviços de Saúde: endereços localizados.** Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2016e. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/endereco\\_localizacao/listagem?city=&province=&tid=54](http://www.aids.gov.br/endereco_localizacao/listagem?city=&province=&tid=54)>. Acesso em: 09 set. 2016.

BRUNELLO, M.E.F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão Sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 1, p. 131-5, 2010.

BUENO, R.C.L. **Avaliando o presente e projetando o futuro: rede nacional de adolescentes e jovens vivendo com HIV / AIDS (RJVHA)** - RJ: histórias de vida. 2011. 138 p. Dissertação (Mestrado em Medicina). Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2011.

CECILIO, L.C.O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface: Comunic., Saude, Educ.**, [s.i.], v. 13, n. 1, p.545-555, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2016.

\_\_\_\_\_. L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado



em saúde. **Interface**. Botucatu, v. 15, n. 37, abr./jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000200021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021)> Acesso em: 14 maio 2016.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I.S; OLIVEIRA, D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 734-741, Jun. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Out. 2016.

CHOO, C.W. **A organização do conhecimento**: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. 3. ed. São Paulo : Senac, 2011. 425p.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research**: techniques and procedures for developing Grounded Theory. California: SAGE, 2015.

COSTA, J. P.; SILVA, L. M. S.; SILVA, M. R. F. et al. Expectativas de pacientes com HIV/AIDS hospitalizados quanto a assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n 2, p. 172-176, 2006

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DANTAS, C.C. et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 573-579, ago. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_isoref&pid=S0104-11692009000400021&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0104-11692009000400021&lng=en&tlng=pt)>. Acesso em: 09 set. 2016.

DEUS, A.M.; CUNHA, D.E.S.L.; MACIEL, E.M. **Estudo de caso na pesquisa qualitativa em educação**: uma metodologia. 2010. Disponível em:

<[http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT\\_01\\_14.pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT_01_14.pdf)>. Acesso em: 06 out. 2016.

DIMA, A. L. et al. Adherence to ARV medication in Romanian young

adults: Self-reported behaviour and psychological barriers. **Psychology, Health & Medicine**, Abingdon, v.18, n. 3, p. 343-354, 2013a.

DIMA, A. L. et al. The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of ART Adherence in Romanian Young Adults. **Journal of HIV/AIDS & Social Services**, v. 12, n. 3-4, p. 274 – 293, 2013b.

ERDMANN, A. L. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis; v. 15, n. 3, p. 483-491, jul/set., 2006.

FAVERO, N.B.; SEHNEM, G.D.; BONADIMAN, P.O.B. Adolescente que vive com HIV/AIDS: as redes de apoio social. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.349-359, 2 jul. 2015. Universidade Federal de Santa Maria.  
<http://dx.doi.org/10.5902/2179769214996>. Disponível em:  
<<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14996/pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

FLORIANÓPOLIS (Município). Constituição (2007). **Portaria nº 283**, de 06 de agosto de 2007. Aprova a Política Municipal de Atenção à 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.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Centro de Saúde: Policlínica Centro**. 2016. Disponível em:  
<[http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/uls.php?id\\_uls=40](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/uls.php?id_uls=40)>. Acesso em: 08 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal da Saúde (Org.). **Plano Municipal De Saúde 2018-2021**: Município de Florianópolis. Florianópolis: As, 2017. 51 p. Disponível em:  
<<https://drive.google.com/file/d/1ESjg789GfVTFqkoyv98x53yMNoEv0t6E/view>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

FREITAS, Maria Imaculada de Fátima et al. Interactions and the antiretroviral therapy adherence among people living with HIV/aids. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, p.1-5,

2017. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170011>.

GLASER, B.G. **Theoretical sensitivity**. Chicago: Sociology Press, 1978.164p.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>>. Acesso em: 20 maio 2016.

IBGE. Censo Demográfico 2010 – **Características Gerais da População**. Resultados da Amostra. IBGE, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

INSTITUTO PIAGET. **Edgar Morin**. Disponível em: <<http://30anos.ipiaget.org/complexidade-valores-educacao-futuro-edgar-morin/programa/conferencistas/edgar-morin/>> . Acesso em: 02 out. 2016.

KLIMAS, N.; KONERU, A.B.; FLETCHER, M.A. Overview of HIV. **Psychosomatic Medicine**, v. 70, p. 523-530, 2008. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/5315326\\_Overview\\_of\\_HIV](https://www.researchgate.net/publication/5315326_Overview_of_HIV)>. Acesso em: 20 abril 2016.

LEITE, J.L. et al. Reflexões sobre o pesquisador nas trilhas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 772-777, jun. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300033](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300033)>. Acesso em: 07 set. 2016.

LOBATO, L. V. C; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

LUZ, P. M.; MIRANDA, K. C. L. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/aids como forma de cuidar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, supl, p. 1143- 1148, 2010.

MARTINI, J. G.; MERELLES B. H. S. A enfermagem e o cuidado de pessoas com HIV/Aids. In: ABEN. **Proenf. Saúde do adulto**. Porto Alegre: SESCAD, 2007.

MARTINS, S.S.; MARTINS, T.S.S. Adesão ao tratamento antirretroviral: vivências de escolares. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p.111-118, 2011. Disponível em: <[http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF/0227\\_71419103013.pdf](http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF/0227_71419103013.pdf)>. Acesso em: 03 maio 2016.

MORAES, D.C.A.; OLIVEIRA, R.C.; COSTA, S.F.G. Adesão de homens vivendo com HIV/Aids ao tratamento antirretroviral. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.676-681, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0676.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2016.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Trad. Dulce Matos. 2a ed. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

\_\_\_\_\_. **O método 5: a humanidade da humanidade**. Trad. Juremir Machado da Silva. 3ª. ed. Porto Alegre: Editora Sulina, 2005.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência**. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

\_\_\_\_\_. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 17ª. ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao pensamento complexo**. 4 ed. RS: Sulina, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Os sete saberes para a educação do futuro**. 2.ed São Paulo: Cortez; UNESCO, 2011b.

MUTUMBA, M. et al. An Index of Multiple Psychosocial, Syndemic Conditions Is Associated with Antiretroviral Medication Adherence Among HIV-Positive Youth. **Mary Ann Liebert**, [s.i.], v. 30, n. 6, p.185-192, 2016. Disponível em:

<<http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/apc.2015.0328>>.  
Acesso em: 12 maio 2016.

PAULA, C.C.; CABRAL, I.E.; SOUZA, I.E.O. O (não) dito da Aids no cotidiano de transição da infância para a adolescência. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 658-64, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400005)>. Acesso em: 20 mai. 2016.

PEREIRA, B. S. de et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.747-758, out. 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000300747&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000300747&script=sci_arttext)> Acesso em: 28 abr. 2016.

PEREIRA, L. et al. Fatores Sociodemográficos e Clínicos Associados à TARV e à Contagem T-CD4. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, [s.i], v. 16, n. 2, p.149-160, maio 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/11544/7321>> . Acesso em: 12 maio 2016.

PETRAGLIA, I. C. **Edgar Morin**: A educação e a complexidade do ser e do saber. Petrópolis: Vozes, 2008.

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.

QSR International. **NVivo 10 for Windows**. Disponível em <<http://www.qsrinternational.com/Language-pages/Portuguese>> Acesso em: 02 set. 2017.

RIBEIRO, A.C. et al. Perfil clínico de adolescentes que têm Aids. **Cogitare Enferm**. [s.i.], v.15, n. 2, p. 256-62, 2010. Disponível em: < [https://www.researchgate.net/publication/274135384\\_PERFIL\\_CLINICO\\_DE\\_ADOLESCENTES\\_QUE\\_TEM\\_AIDS](https://www.researchgate.net/publication/274135384_PERFIL_CLINICO_DE_ADOLESCENTES_QUE_TEM_AIDS)>. Acesso em: 25 abr. 2016.

SALLES, C. M. B; FERREIRA, E. A. P; SEIDL. E. M. F. Adesão ao

tratamento por cuidadores de crianças e adolescentes soropositivos para o HIV. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 27, n.11, p. 499-506, out./dez., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/14.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de DST/AIDS. Perfil Epidemiológico. **A Epidemia de Aids em Santa Catarina**. Florianópolis: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2011. Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst\\_aids/publicacoes/Situacao\\_da\\_AIDS\\_em\\_SC\\_ate\\_2011.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst_aids/publicacoes/Situacao_da_AIDS_em_SC_ate_2011.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Eduardo Campos de Oliveira. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Serviço de Vigilância em Saúde. **Atualização na atenção ao portador do HIV/Aids**. Florianópolis, 2015. 44 slides, color. Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst\\_aids/publicacoes/HiV.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst_aids/publicacoes/HiV.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

SANTOS, E.I. et al. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/Aids. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, [s.i.], v. 10, n. 1, p.1-15, 2016. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/rcs/article/view/2554>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

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

TAROZZI, M. **O que é Grounded Theory?** Metodologia de pesquisa e da teoria fundamentada nos dados. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

UMPIERREZ, A. H. F. La gestion del cuidado em la legislación profesional: algunas consideraciones para su regulación. **Cienc. enferm**, Concepcion, v. 19, n.3, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000300011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300011)>. Acesso em: 17 mai. 2016.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Estatísticas**. Brasília, 2017a. Disponível em: < <http://unids.org.br/estatisticas/> > Acesso em: 20 ago. 2017.

UNAIDS. **Estigma e Discriminação**. Brasília, 2017b. Disponível em: <<http://unids.org.br/estigma-e-discriminacao/> > Acesso em: 10 set. 2017.

UNICEF. Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo Com Hiv e Aids. **Histórico da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. Brasília: K, 2013. 35 p. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/HistoricoRNAJVHA\\_Port.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/HistoricoRNAJVHA_Port.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Brookman, 2010. p. 212.

WHO- World Health Organization. Media center: **WHO calls for stronger focus on adolescent health**, 2014. Disponível em: <[ww.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

ZAKABI, D. **Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na atenção básica: a perspectiva dos profissionais de saúde**. 2012. 129. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. São Paulo. 2012.





**APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Roteiro individual para entrevista semiestruturada sobre a gestão do cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids e sua interface com a adesão a terapia antirretroviral em um município do sul do Brasil**

**IDENTIFICAÇÃO**

Participante: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Tempo no cargo: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Número da entrevista: \_\_\_\_\_  
Tempo da entrevista: \_\_\_\_\_  
Grupo Amostral: \_\_\_\_\_

**QUESTÃO DE PESQUISA:** Como a gestão do cuidado, realizada pela equipe multiprofissional, está relacionada com a adesão à terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids?

**Pergunta de Disparo:** Fale-me sobre o significado da gestão do cuidado para você, em especial, na adesão à TARV dos adultos jovens com HIV/Aids.

**APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**

Eu, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Betina Hörner Schindwein Meirelles (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Bruna Coelho, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, estamos desenvolvendo, junto ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde – GEPADES, a pesquisa intitulada “Gestão do cuidado dos adultos jovens com HIV/Aids e sua interface com a adesão a terapia antirretroviral em um município do sul do Brasil”.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem por objetivo compreender o significado da gestão do cuidado, realizado pela equipe multiprofissional de um serviço de referência em um município do sul do Brasil, na adesão a terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids. Este estudo pode auxiliar no fortalecimento e/ou implementação de ações direcionadas ao incentivo a adesão à terapia antirretroviral. Além disso, possibilita compreender a relação da equipe multiprofissional e da gestão do cuidado com a adesão aos tratamento dos adultos jovens com HIV/Aids, assim contribuindo com a qualidade da assistência prestada a estes jovens nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids.

Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de resposta a uma entrevista, que será gravada e, posteriormente, transcrita na íntegra.

Em relação aos riscos envolvendo a pesquisa, destaca-se que a mesma não acarretará em grandes riscos ou danos físicos aos seus participantes. No entanto, esta pesquisa pode oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais entre teoria e prática nos campos da gestão do cuidado e da adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids.

Destacamos que durante a coleta de dados você estará sempre acompanhado (a) por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. O material coletado poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação.

Em relação a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade da sua participação durante todas as fases da pesquisa informamos que os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. No entanto, sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional ou outros riscos, cujas consequências ou danos terão garantia de ressarcimento e indenização decorrente desta pesquisa nos termos da lei.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Ainda destacamos que este documento foi elaborado em duas vias e, por isso, como participante dessa pesquisa você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual será rubricado e assinado por você e o responsável por esta pesquisa. Por isso, guarde cuidadosamente a sua via, pois se trata de um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participantes dessa pesquisa. Além disso, apontamos que você não terá despesa extraordinária associada à pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa ocorra, você será ressarcido nos termos da lei.

Diante dos eventuais danos que possam ocorrer durante a pesquisa, ou seja, caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência desta pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Você tem liberdade para recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em punição, prejuízo, dano ou desconforto.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo, a qualquer momento de seu desenvolvimento, ou quiser desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato com as pesquisadoras, através do telefone (48) 3721-3456 (Betina H. S. Meirelles) ou (48) 8415-1895, pelos e-mails [betina.hsm@ufsc.br](mailto:betina.hsm@ufsc.br) / [bruninhahcoelho@gmail.com](mailto:bruninhahcoelho@gmail.com), ou pessoalmente, no

endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4º andar, sala 402- GEPADES. Universidade Federal de Santa Catarina. Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC). Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, situado no Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis, Santa Catarina, contato pelo Telefone (48) 3721-6094 ou pelo e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br.

Dessa forma, destacamos que a pesquisadora responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012 e suas complementares que tratam dos preceitos éticos e da proteção dos participantes da pesquisa.

---

Betina Hörner Schlindwein Meirelles  
Pesquisadora

## CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

DECLARO, para devidos fins, que após devidamente esclarecido pelas pesquisadoras e ter compreendido o que me foi explicado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa, sem qualquer benefício financeiro, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados. Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Eu \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa “Gestão do cuidado na adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids em um município do sul do Brasil” e concordo que meus dados sejam utilizados em sua realização.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO A – Declaração de autorização da pesquisa emitida pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 10 de junho de 2015.

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulada *"ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS JOVENS COM HIV/AIDS EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO SUL DO BRASIL"*, da pesquisadora responsável *Betina Hörner Schindwein Meirelles*. Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com as rotinas que foram apresentadas para a pesquisadora. Autorizo, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH e definição em conjunto dos locais e sujeitos de pesquisa.

*Evelise Ribeiro Gonçalves*  
Diretor de Educação em Saúde  
Matrícula 26212-9  
SMS - RMF

Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPS  
Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Florianópolis

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Gestão do cuidado na adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/aids.

**Pesquisador:** Betina Hörner Schindwein Meirelles

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 65391017.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.177.218

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Dissertação de Mestrado intitulado Gestão do cuidado na adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/aids, do PEN/UFSC.

**Hipótese:**

Acredita-se que o envolvimento da equipe multiprofissional seja essencial para incentivar na adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids, como já visto em estudos anteriores existem inúmeros fatores que interferem na adesão ao tratamento, como fatores sócio-demográficos, psicossociais e variáveis clínicas. Neste estudo pretende-se explorar as variáveis referente a rede de apoio profissional destes jovens.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Compreender a adesão a terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids na perspectiva da gestão do cuidado, realizado pela equipe multiprofissional de um serviço de referência em um município do sul do Brasil.

**Objetivo Secundário:**

Conhecer o significado da gestão do cuidado para a equipe multiprofissional do serviço de referência em um município do sul do Brasil, relacionando com HIV/Aids e a adesão à terapia

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.177.218

antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids. Elaborar modelo teórico representativo sobre a gestão do cuidado na adesão à terapia antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids a partir das vivências da equipe multiprofissional de um serviço de referência em um município do sul do Brasil

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Em relação aos riscos envolvendo a pesquisa, destaca-se que a mesma não acarretará em grandes riscos ou danos físicos aos seus participantes. No entanto, esta pesquisa pode oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais entre teoria e prática nos campos da gestão do cuidado e da adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids.

**Benefícios:**

Este estudo poderá auxiliar no fortalecimento e/ou implementação de ações direcionadas ao incentivo a adesão à terapia antirretroviral. Além disso, possibilita compreender a relação da equipe multiprofissional e da gestão do cuidado com a adesão aos tratamentos dos adultos jovens com HIV/Aids, assim contribuindo com a qualidade da assistência prestada a estes jovens nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O Projeto apresenta consistência teórica e metodológica com condições de ser desenvolvido na prática. Importante contribuição para a construção do conhecimento sobre adesão aos retrovirais pelos adultos jovens com HIV/aids

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O pesquisador apresentou a documentação exigida para submissão e avaliação no CEP/SH/UFSC como: Projeto, Relatório, Folha de Rosto, Declaração Instituição, TCLE, cronograma e orçamento.

**Recomendações:**

Continuar refletindo a Resolução 466/2012 CNS/MS.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Concluiu indicando aprovação pois todas as pendências foram atendidas pelo pesquisador.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

Continuação do Parecer: 2.177.218

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_871729.pdf	08/06/2017 23:09:54		Aceito
Outros	Resposta_as_pendencias.doc	08/06/2017 23:07:59	Bruna Coelho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/06/2017 22:37:42	Bruna Coelho	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Bruna.docx	03/03/2017 13:39:29	Betina Hörner Schilndwein Meirelles	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_PMFFlorianopolis.jpg	02/03/2017 23:06:30	Betina Hörner Schilndwein Meirelles	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_Bruna.doc	02/03/2017 22:48:15	Betina Hörner Schilndwein Meirelles	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	02/03/2017 22:46:48	Betina Hörner Schilndwein Meirelles	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	02/03/2017 22:42:54	Betina Hörner Schilndwein Meirelles	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 18 de Julho de 2017

---

**Assinado por:**  
**Yimar Correa Neto**  
**(Coordenador)**

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