



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

Ianka Cristina Celuppi

**Melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV em
uma capital do sul do Brasil**

Florianópolis

2021

Ianka Cristina Celuppi

**Melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV em
uma capital do sul do Brasil**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Florianópolis

2021

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

Celuppi, Ianka Cristina

Melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV em uma capital do sul do Brasil / Ianka Cristina Celuppi ; orientador, Betina Hörner Schindwein Meirelles Meirelles, 2021.

128 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. HIV. 3. Gestão em Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Meirelles, Betina Hörner Schindwein Meirelles. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Ianka Cristina Celuppi

**Melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV em
uma capital do sul do Brasil**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Dr.(a) Betina Hörner Schlindwein Meirelles
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Dr.(a) Gabriela Marcellino De Melo Lanzoni
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Dr.(a) Daniela Savi Geremia
Universidade Federal da Fronteira Sul

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi
julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

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

Florianópolis, 2021.

Dedico este trabalho à minha família, amigos, colegas e professores que me motivaram a seguir firme na caminhada.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a **Betina Horner Schlindwein Meirelles**, minha orientadora, que foi parceira para o desenvolvimento deste estudo e compartilhou seus conhecimentos comigo.

Aos **membros da Banca Examinadora**, Daniela Savi Geremia, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Veridiana Tavares Costa, Ivonete Teresinha Schulter Buss Heideman e Fernanda Karla Metelski, por suas críticas e relevantes contribuições ao produto final deste estudo.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pelo fomento ao longo da minha trajetória acadêmica no mestrado em Enfermagem.

Ao **Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES)**, por todo o apoio e aprendizado nestes dois anos de mestrado.

Ao **grupo de estudos do *scoping review***, Fernanda Karla Metelski, Samara Suplici e Veridiana Tavares Costa, que dedicaram parte do seu tempo e se empenharam nas análises e discussões. Aprendi muito com vocês!

À **Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis** pela autorização para realização do estudo em seus serviços.

Aos **Enfermeiros e Gestores participantes da pesquisa e validadores do modelo** interpretativo, por seus depoimentos e prontidão em contribuir com o estudo.

Meus agradecimentos especiais

À **minha família**, que esteve ao meu lado e foi meu porto seguro nos momentos de alegrias e adversidades. Obrigada por todo amor e carinho.

À **minha mãe Edivania**, que vibrou comigo todas as pequenas conquistas da minha vida. Obrigada por me impulsionar em direção aos meus sonhos.

Ao **meu pai Marcio**, que sempre foi um exemplo de comprometimento e dedicação.

À todos aqueles que não foram citados aqui, mas que compõem minha rede de apoio e que participaram de alguma forma na elaboração deste estudo.

RESUMO

Ao longo da epidemia de HIV no Brasil, o Sistema Único de Saúde buscou incorporar novas propostas de enfrentamento e de organização da rede de atenção à saúde para o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV. Neste estudo, propõe-se compreender as melhores práticas de gestão desenvolvidas no cuidado à saúde da pessoa vivendo com HIV em Florianópolis/SC. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados, na perspectiva construtivista. A coleta de dados ocorreu entre julho e setembro de 2020. Foram realizadas entrevistas com dois grupos de amostragem, o primeiro composto por doze enfermeiros que atuavam na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis e, o segundo composto por cinco gestores que atuavam nos setores de atenção especializada, gestão da clínica, integração assistencial e vigilância epidemiológica na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Os dados foram analisados concomitantemente à coleta, organizados pelo software NVivo10. Após saturação teórica dos dados, chegou-se ao fenômeno “Desvelando as melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV relacionadas com o cuidado descentralizado, compartilhado e baseado em evidências”, estruturado por quatro categorias: “Descentralizando o cuidado compartilhado às pessoas que vivem com HIV para a atenção primária à saúde”; “Instrumentalizando os profissionais para um manejo clínico baseado em evidências”; “Exercendo a gestão no cuidado compartilhado na atenção primária à saúde” e “Desenvolvendo melhores práticas de cuidado às pessoas que vivem com HIV frente à pandemia de Covid-19”. Os resultados foram estruturados no formato de dois manuscritos intitulados: “Melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV em Florianópolis” e “O cuidado às pessoas que vivem com HIV na atenção primária de Florianópolis em tempos de pandemia de Covid-19”. Evidencia-se que as melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV no município de Florianópolis estão relacionadas com a descentralização do cuidado para a Atenção Primária à Saúde, e o consequente desempenho de práticas de cuidado baseadas em evidências científicas. Destaca-se a implementação e uso do *Practical Approach to Care Kit*, enquanto guia de tomada de decisão clínica para o manejo do HIV nos serviços de Atenção Primária à Saúde. A pesquisa ocorreu durante a pandemia de Covid-19, emergindo as práticas de

cuidado às pessoas que vivem com HIV frente às adequações necessárias para a situação. Houve a reestruturação da rede de serviços de saúde com o intuito de sanar as demandas específicas da pandemia de Covid-19 e a manutenção do cuidado às pessoas que vivem com HIV. Destaca-se a incorporação de tecnologias de cuidado não presencial enquanto estratégias para ampliação do acesso, instituição de protocolos e fluxos e facilitação das rotinas de realização de exames de acompanhamento e de retirada dos medicamentos para o tratamento antirretroviral. O estudo permitiu a visualização dos esforços e bons resultados que vêm sendo construídos no município de Florianópolis no cuidado descentralizado às pessoas que vivem com HIV, com apoio institucional e organização da linha de cuidado ao HIV.

Palavras-chave: HIV. Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Throughout the HIV epidemic in Brazil, the Unified Health System sought to incorporate new proposals for coping and organizing the health care network for monitoring people living with HIV. In this study, it is proposed to understand the best management practices developed in healthcare for the people living with HIV in Florianópolis/SC. This is a qualitative research, using the Grounded Theory as a methodological framework, in a constructivist perspective. Data collection took place between July and September 2020. Interviews were carried out with two groups of sampling, the first composed of twelve nurses who worked in the Primary Healthcare of Florianópolis, and the second composed of five managers who worked in the sectors of specialized care, clinic management, assistance integration and epidemiological surveillance at the Florianópolis Municipal Health Department. The data were analyzed jointly to the collection, organized by NVivo10 software. After theoretical data saturation, the phenomenon “Unveiling the best management practices in care for people living with HIV related to decentralized, shared and evidence-based care”, was reached, which is structured into four categories: “Decentralizing the shared care for people living with HIV into the Primary Healthcare”, “Preparing professionals for a clinical management based on evidence”, “Exercising shared care management in the Primary Healthcare” and “Developing best care practices for the people living with HIV in front of the Covid-19 pandemic”. The results were structured in the format of two manuscripts, the first entitled “The best management practices in the care for people living with HIV in Florianópolis” and the second entitled “The care for people living with HIV in the primary care in Florianópolis in times of the Covid-19 pandemic”. It can be seen that the best management practices in the care for the person living with HIV in Florianópolis city are related to the decentralization of care to Primary Healthcare, and the consequent performance of care practices based on scientific evidences. The Practical Approach to Care Kit implementation and use stands out as a guide for clinical decision-making for the management of HIV in the Primary Healthcare services. The research took place in times of the Covid-19 pandemic, therefore the care practices for the people living with HIV emerged in front of the adaptations that were necessary for the Covid-19 pandemic. There was a restructuring of network of health services and in order to address the specific demands of the Covid-19 pandemic and, at the same

time, maintain the care for the people living with HIV. Among the adaptations instituted in the city, stand out the incorporation of non-present care technologies as strategies to expand access, establishment of protocols and flows and the facilitation of routines for the realization of follow-up exams and the withdraw of drugs of antiretroviral treatment. The study allowed the visualization of the efforts and good results that have been built in municipality of Florianópolis in the decentralized care for people living with HIV, with the institutional support and organization of HIV care line.

Keywords: HIV. Health Management. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de síntese das etapas de seleção dos estudos incluídos na revisão.....	25
Figura 2 - Cascata do cuidado do HIV em Florianópolis-SC, 2017.....	34
Figura 3 - Resultados da aplicação da meta 90-90-90 em Florianópolis-SC, 2017.....	34
Figura 4 - Análise de dados com o software NVIVO® 10.....	49
Figura 5 - Diagrama representativo da integração entre as categorias, subcategorias e o fenômeno: Desvelando as melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV relacionadas com o cuidado descentralizado, compartilhado e baseado em evidências.....	50
Figura 6 - Comparação entre as orientações do guia de descentralização do manejo da infecção pelo HIV e as iniciativas instituídas em Florianópolis.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Bases de dados e estratégias de busca utilizadas no <i>scoping review</i>	23
Quadro 2 - Caracterização dos estudos da amostra no período de 2009 a julho de 2020.....	26
Quadro 3 - Síntese da caracterização das melhores práticas de gestão ao HIV.....	30
Quadro 4 - Rede de serviços de atenção primária à saúde no município de Florianópolis/SC, 2019.....	45
Quadro 5 - Memorando: Descentralização do cuidado às pessoas que vivem com HIV em Florianópolis.....	50
Quadro 6 - Categorias e subcategorias relacionadas ao fenômeno geral do estudo.....	51
Quadro 7 - Fenômeno, categorias e subcategorias.....	60
Quadro 8 - Fenômeno, categorias e subcategorias.....	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BMJ	<i>British Medical Journal</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
COVID-19	Doença pelo Coronavírus (SARS-COV2)
CS	Centro de Saúde
CV	Carga Viral
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da Aids
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PACK	<i>Practical Approach to Care Kit</i>
PCDT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNDST/Aids Aids	Política Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
PREP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHIV	Pessoas que vivem com HIV
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SARS-COV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave pelo Coronavírus
SC	Santa Catarina

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento Antirretroviral
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETIVO	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 MELHORES PRÁTICAS DE GESTÃO NO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV	22
2.2 MANEJO CLÍNICO DA PESSOA QUE VIVE COM HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS	32
3 REFERENCIAL TEÓRICO	39
3.1 A ESTUDIOSA BARBARA STARFIELD	39
3.2 LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO	39
4 MÉTODO	43
4.1 DESENHO DA PESQUISA	43
4.2 LOCAL DO ESTUDO	44
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	46
4.4 COLETA DE DADOS	47
4.5 ANÁLISE DE DADOS	48
4.5.1 Memorandos e Diagramas	50
4.6 VALIDAÇÃO DO MODELO INTERPRETATIVO	53
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	55
5 RESULTADOS	57
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	57
5.2 MANUSCRITO 1. MELHORES PRÁTICAS DE GESTÃO NO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV EM FLORIANÓPOLIS	58
5.3 MANUSCRITO 2. O CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE FLORIANÓPOLIS EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19	83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	119
APÊNDICE B - PROTOCOLO DE VALIDAÇÃO DO MODELO	120
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	122
ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	125

1 INTRODUÇÃO

O cuidado às Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV), como condição crônica de longa duração, é complexo e tem ocasionado muitas repercussões para os serviços de atenção à saúde, em vista das grandes responsabilidades de assistência e múltiplas formas de cuidados direcionados a essa população. Ainda repousam desafios na gestão dos serviços de saúde, de modo a direcionar suas ações para o alcance de melhor qualidade de vida e saúde das PVHIV (TONNERA; MEIRELLES, 2015).

No Brasil, um total de 300.496 pessoas foram diagnosticadas com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) entre os anos de 2007 e 2019. O país registra uma média anual de 39 mil novos casos nos últimos cinco anos. No Brasil, de 1980 até junho de 2019, foram registrados 633.462 (65,6%) casos de aids em homens e 332.505 (34,4%) em mulheres. A razão de sexos na região sul do Brasil foi de 18 homens para cada 10 mulheres em 2019. O estado de Santa Catarina apresentou um declínio de 29,1% na taxa detecção de casos de Aids entre o período de 2008 e 2018. Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, apresentou taxa de 57,0 casos/100.000 habitantes em 2018, valor superior ao dobro da taxa de Santa Catarina e 3,2 vezes maior que a taxa do Brasil (BRASIL, 2019).

Desde o início da epidemia de Aids no Brasil em 1980 até o final de 2018, foram notificados 338.905 óbitos tendo o HIV/Aids como causa base Classificação Internacional de Doenças (CID 10) B20 a B24, na qual a região sul ocupa o 2º lugar no índice de mortalidade entre regiões, com uma representação de 17,7% dos óbitos por HIV/Aids no país. No ano de 2018, a região sul foi responsável por 19,1% dos óbitos ocorridos no Brasil no mesmo ano. No período de 2008 a 2018, verificou-se uma queda de 24,1% no coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil, que passou de 5,8 para 4,4 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2019).

Com a estruturação de um novo modelo de cuidado instituído com o Sistema Único de Saúde (SUS), buscou-se primeiramente fortalecer e ampliar a cobertura da Atenção Primária de Saúde (APS), para depois avançar na melhoria da qualidade e avaliação dos serviços. A APS é considerada modelo para a efetividade dos sistemas de saúde e melhoria nas condições de vida da população. Starfield (2002)

caracteriza a APS por quatro atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

A atenção ao primeiro contato implica na acessibilidade dos usuários e a priorização na busca pelo serviço frente a cada nova necessidade de saúde. A longitudinalidade pressupõe a organização de uma fonte regular de atenção à saúde, bem como seu uso ao longo do tempo de vida da população. Integralidade implica que unidades de atenção primária devem estruturar o cuidado de modo a garantir que o paciente receba todos os tipos de atenção à saúde de sua necessidade, o que inclui o encaminhamento para serviços secundários e terciários. Já a coordenação da atenção requer a identificação de problemas e continuidade do cuidado por parte dos profissionais e diferentes serviços integrantes da rede de saúde (STARFIELD, 2002).

Dos atributos apontados por Starfield (2002), este estudo se concentrará na perspectiva da longitudinalidade do cuidado, considerada característica central e exclusiva da APS. Para a autora, o conceito de longitudinalidade está relacionado com o acompanhamento do usuário ao longo de sua vida pela equipe de saúde, seja para fins de tratamento e reabilitação ou prevenção e promoção da saúde, que resulta em uma relação terapêutica caracterizada pela responsabilidade profissional e confiança do usuário.

O novo modelo de atenção às PVHIV reforça essa perspectiva da longitudinalidade. Sob orientação do Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica (AB) e da Política Nacional de DST/Aids (PNDST/Aids), o cuidado às PVHIV está estruturado no modelo de apoio matricial, no qual os serviços de atenção especializada direcionam estratégias de suporte à APS por meio de consultas compartilhadas, estudos de caso, orientação de conduta profissional, dentre outros. Mudanças na vivência da infecção por HIV e avanços no diagnóstico, tratamento e manejo clínico da doença desencadearam essa nova proposta de cuidado, que pode ser contemplada pela atuação da APS enquanto ordenadora do cuidado e principal porta de entrada da rede de saúde no Brasil (BRASIL, 2014). Tal fato vai ao encontro das diretrizes propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que prevê o manejo do HIV nos serviços primários de saúde (OMS, 2014).

Percebe-se que o modelo anterior, centrado nos serviços de atendimento especializado, contribuiu para a restrição de atendimento nesses espaços, o que resultou na descontinuidade da assistência às PVHIV e no distanciamento entre os

usuários e os serviços de APS. Outro aspecto que justifica a necessidade de descentralização do cuidado é a capilarização da rede básica, que foi foco de forte expansão no Brasil nas últimas duas décadas (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018). Isso significa que a reorientação do modelo para a APS está vinculada não somente à assistência aos usuários do serviço de saúde, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação de ações programáticas e intersetoriais, articuladas em uma rede de atenção à saúde (RAS) que atua como potencializadora da gestão do cuidado (BRASIL, 2017a).

Essa reorganização foi impulsionada por avanços nos cuidados direcionados às PVHIV, como a concepção do HIV enquanto condição crônica de saúde e a simplificação do tratamento antirretroviral. Para o alcance da longitudinalidade do cuidado, busca-se a participação de diferentes níveis de atenção em diferentes momentos/demandas da linha de cuidado às PVHIV (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016; PINTO; CAPELETTI, 2019).

Em vista dos atributos essenciais e derivativos da APS, como primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, comunitária e competência cultural, a descentralização do manejo clínico para a APS apresenta potencial para contribuir com a ampliação do diagnóstico, adesão ao tratamento e supressão da carga viral das PVHIV, com consequente repressão da epidemia de HIV/Aids no país (BRASIL, 2017b; PINTO; CAPELETTI, 2019).

Nesse sentido, a gestão na área da saúde está direcionada ao desempenho de condutas voltadas para o cuidado ao usuário e às instituições, organização do ambiente e coordenação do trabalho nos espaços de saúde. Além de atender demandas institucionais, a gestão em saúde pode ser compreendida como uma estratégia para alcançar práticas eficazes de cuidado. Destacam-se como atribuições gerenciais a tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento de recursos e educação permanente (TREVISO *et al.*, 2017).

Diante disso, a gestão do sistema de saúde brasileiro pode ser considerada um desafio, pois se trata de um sistema estruturado nos princípios da integralidade, universalidade e equidade, que está inserido em um cenário de iniquidades políticas, econômicas, culturais e sociais (MENDES, 2019). Tal fato revela a importância da disseminação de conhecimento sobre melhores práticas de gestão na área da saúde

para a construção de estratégias de cuidado, organização da rede de serviços de saúde, otimização do uso de recursos, construção de agendas conjuntas e estabelecimento de prioridades na atenção às PVHIV.

Segundo as definições da OMS, as melhores práticas são consideradas metodologias que, através da experiência e da investigação, apresentam confiabilidade para conduzir determinado resultado, sendo utilizadas nas áreas da saúde, na administração governamental, na educação, dentre outras. Assim, o conceito de melhores práticas está relacionado às situações de uso de determinados instrumentos em situações específicas, na qual se busca aperfeiçoar o uso de recursos para atingir os resultados almejados, podendo ser adaptado a problemas semelhantes em outras realidades (OMS, 2008).

Analisar o uso de melhores práticas envolve desempenho crítico para considerar os seguintes critérios: eficácia, eficiência, relevância, ética, sustentabilidade, possibilidade de reprodução, envolvimento de parcerias, comprometimento comunitário e compromisso político. Para alcançar melhores práticas de gestão pressupõe-se a adoção de condutas transparentes, equânimes e de responsabilidade (OMS, 2008).

Esta pesquisa justifica sua relevância ao aprofundar os estudos e possibilitar a compreensão do significado de melhores práticas de gestão na área da saúde, considerando a lacuna de conhecimento existente em vista dos poucos estudos realizados. Acredita-se que o estudo poderá contribuir para o fortalecimento de modelos de gestão e disseminação de práticas consolidadas visando à resolução de problemas, governança dos serviços, organização e sistematização do trabalho, autonomia, empoderamento profissional, comunicação e tomada de decisão.

Nesse ínterim, questiona-se: Como os profissionais de saúde significam as melhores práticas de gestão no cuidado às PVHIV? O SUS é reconhecido mundialmente pela instituição de políticas públicas direcionadas ao tratamento do HIV/Aids, deste modo, considera-se que os estudos acerca desta temática podem colaborar para a disseminação de melhores práticas de gestão no cuidado na APS que contribuem para a organização e integração dos processos de trabalho, redução de custos ao SUS, ordenação da assistência, melhoria e ampliação do acesso aos serviços e qualificação do cuidado ofertado aos usuários.

1.1 OBJETIVO

Compreender as melhores práticas de gestão desenvolvidas no cuidado à saúde das pessoas que vivem com HIV em Florianópolis/SC.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A seção de revisão de literatura apresenta tópicos relacionados à discussão teórica que fundamenta a construção desta pesquisa. Para isso, realizou-se uma revisão de escopo sobre melhores práticas de gestão do HIV. Também foi realizada uma revisão narrativa sobre o manejo clínico da pessoa que vive com HIV na APS.

2.1 MELHORES PRÁTICAS DE GESTÃO NO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

Foi realizada uma revisão sistemática de literatura sobre as melhores práticas de gestão do HIV, que será brevemente relatada neste capítulo. A revisão de escopo ou *scoping review* tem por objetivo identificar e sintetizar evidências científicas sobre questões emergentes e ainda não saturadas na literatura (PETERS *et al.*, 2015).

Inicialmente, realizou-se uma busca nas bases de dados *JBI Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics* (CONNECT+) e *International Prospective Register of Ongoing Systematic Reviews* (PROSPERO) no mês de julho de 2020, e não foram identificadas revisões anteriores ou em andamento envolvendo protocolos semelhantes ao objetivo deste estudo. Então, foi elaborado um protocolo com cinco etapas (PETERS *et al.*, 2015).

Na etapa 1 “identificando a questão de pesquisa” utilizou-se do acrônimo PCC (PETERS *et al.*, 2015), no qual a População são as pessoas que vivem com HIV/Aids, o Conceito são as melhores práticas de gestão, e o Contexto é a área da saúde. Tal delimitação orientou a definição da questão geral orientadora do estudo: Quais as melhores práticas de gestão do HIV/Aids disponíveis nas publicações científicas da área da saúde? E definiu-se como objetivo do *scoping review* mapear as melhores práticas de gestão do HIV/aids disponíveis nas publicações científicas da área da saúde.

Na etapa 2 “identificando estudos relevantes” foi realizada a busca dos estudos nas seguintes bases de dados: Pubmed, Scopus, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. Foram utilizados os seguintes descritores: “*Health Services Administration, Health Management, Quality Management, Cost-Benefit*

Analysis, Program Evaluation, Best Practices, HIV, AIDS, Management Capacity, Organizational Capacity, Cost Effectiveness, Cost-Benefit Data, Economic Evaluation", nos idiomas, inglês, espanhol e português.

A busca dos estudos foi referente ao período de 2009 a julho de 2020. Optou-se por essa delimitação temporal com o intuito de abarcar as publicações e orientações decorrentes do lançamento do guia de melhores práticas da Organização Mundial da Saúde (2008).

A busca foi realizada no mês de julho de 2020 e totalizou 427 publicações, dentre as quais 230 artigos e 198 teses e dissertações. Os procedimentos de busca e análise foram realizados por quatro pesquisadores.

A relação entre as bases de dados e as estratégias de busca utilizadas estão apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 1. Bases de dados e estratégias de busca utilizadas no scoping review.

Base de dados	Estratégia de busca
Pubmed	((("Health Services Administration"[Mesh] OR "Health Services Administration"[All Fields]) AND ("Quality Management"[All Fields] OR "Cost-Benefit Analysis"[Mesh] OR "Program Evaluation"[Mesh]) AND "HIV"[Mesh]) AND (("2009/01/01"[PDAT] : "2019/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])))
Scopus	TITLE-ABS-KEY ((("Health Management" OR "Health Services Administration") AND ("Quality Management" OR "Cost-Benefit Analysis" OR "Program Evaluation" OR "Best Practices" OR "Best Practice") AND ("HIV" OR "AIDS" OR "Human Immunodeficiency Virus"))) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2011) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2010) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2009))
Web of Science	((("Health Management" OR "Health Services Administration") AND ("Quality Management" OR "Cost-Benefit Analysis" OR "Program Evaluation" OR "Best Practices" OR "Best Practice") AND ("HIV" OR "AIDS" OR "Human Immunodeficiency Virus"))
CINAHL	((("Health Management" OR "Health Services Administration") AND ("Quality Management" OR "Cost-Benefit Analysis" OR "Program Evaluation" OR "Best Practices" OR "Best Practice") AND ("HIV" OR "AIDS" OR "Human Immunodeficiency Virus"))
LILACS	((("Health Management" OR "Management Capacity" OR "Organizational Capacity" OR "Gestión en Salud" OR "Capacidad Organizacional" OR "Capacidad de Gestión" OR "Gestão em Saúde" OR "Administração em Saúde" OR "Administração de Sistemas de Saúde" OR "Gerenciamento da prática profissional" OR "Organização e Administração" OR

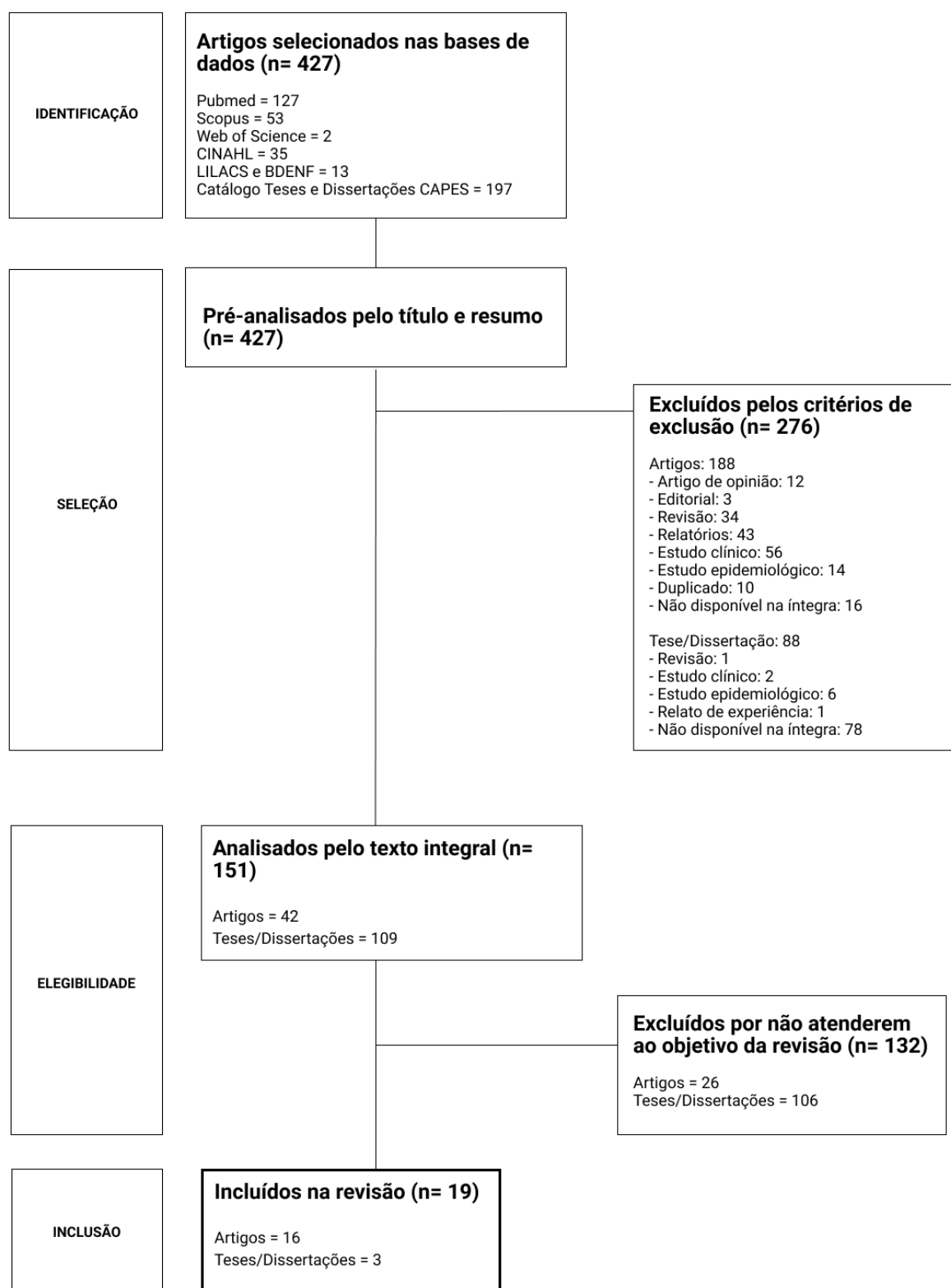
	<p>"Governança Clínica" OR "Health Services Administration" OR "Administración de los Servicios de Salud" OR "Gerencia de Servicios de Salud" OR "Gerencia de los Servicios de Salud" OR "Gestión de Servicios de Salud" OR "Gestión de los Servicios de Salud" OR "Administração de Serviços de Saúde" OR "Gerência de Serviços de Saúde" OR "Gerência dos Serviços de Saúde" OR "Gestão de Serviços de Saúde" OR "Gestão dos Serviços de Saúde") AND ("Mejores Prácticas" OR "Melhores práticas" OR "Boas Práticas" OR "Program Evaluation" OR "Program Evaluations" OR "Evaluación de Programas y Proyectos de Salud" OR "Evaluación de Programas" OR "Evaluación de Proyectos" OR "Avaliação de Programas e Projetos de Saúde" OR "Avaliação de Programa" OR "Avaliação de Programas" OR "Avaliação de Projetos" OR "Cost-Benefit Analysis" OR "Cost-Benefit Analyses" OR "Cost Benefit Analysis" OR "Cost Benefit Analyses" OR "Cost Effectiveness" OR "Cost-Benefit Data" OR "Cost Benefit Data" OR "Economic Evaluation" OR "Economic Evaluations" OR "Cost Benefit" OR "Costs and Benefits" OR "Benefits and Costs" OR "Cost-Effectiveness Analysis" OR "Cost Effectiveness Analysis" OR "Análisis Costo-Beneficio" OR "Costo Efectividad" OR "Datos de Costo-Beneficio" OR "Análise Custo-Benefício" OR "Análise de Custo-Benefício" OR "Análise de Custo-Efetividade" OR "Custo-Efetividade" OR "Dados de Custo-Beneficio" OR "Quality Management" OR "Gestión de la Calidad" OR "Gestión de Calidad" OR "Gestão da Qualidade" OR "Gestão de Qualidade") AND ("HIV" OR "AIDS" OR "Human Immunodeficiency Virus" OR "VIH" OR "Vírus da Imunodeficiência Humana" OR "Vírus de Imunodeficiência Humana")) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS")) AND year_cluster:("2009" OR "2012" OR "2010" OR "2011" OR "2017" OR "2013" OR "2014" OR "2015" OR "2016" OR "2018" OR "2019"))</p>
<p>Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES</p>	<p>((Health Services Administration) OR (Health Management) OR (Quality Management) OR (Cost-Benefit Analysis) OR (Program Evaluation) OR (Management Capacity) OR (Organizational Capacity) OR (Cost Effectiveness) OR (Cost-Benefit Data) OR (Economic Evaluation) OR (Best Practices)) AND ((HIV) OR (AIDS))</p>

Fonte: Elaboração da autora (2020).

A etapa 3 “seleção de estudos” foi desenvolvida em julho de 2020, e foram incluídos estudos primários disponíveis na íntegra, teses e dissertações. Foram excluídos os estudos que não apresentaram resumo, eram duplicados ou se encaixavam nas seguintes modalidades: artigo de opinião, editorial, revisão, relatórios, nota de campo ou tutorial, cartas, comentários, resumos de anais, estudos clínicos, estudos epidemiológicos, relatos de experiência e trabalho de conclusão de curso.

As diretrizes do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) foram seguidas para sistematizar o processo de seleção e inclusão dos estudos (TRICCO *et al.*, 2018), conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de síntese das etapas de seleção dos estudos incluídos na revisão.



Fonte: Elaboração da autora (2020).

Na etapa 4 “traçando os dados”, foi utilizada uma planilha do Excel para preenchimento e organização das informações extraídas dos estudos incluídos, com as seguintes variáveis: base de dados, ano de publicação, periódico, título, autores, país de realização do estudo, objetivo da pesquisa, metodologia, participantes, instituições envolvidas, população a que as melhores práticas se destinam, conceito de melhores práticas, critérios definidores das melhores práticas, principais resultados, situação problema superado, contribuições dos estudos.

Na etapa 5 que consistiu em “Reunir, resumir e relatar os resultados” os estudos foram analisados na íntegra e as subquestões de pesquisa com o auxílio do gerenciador bibliográfico Mendeley®. As informações foram sistematizadas foram compartilhadas entre as pesquisadoras via Planilhas Google®.

Na busca por publicações nas bases de dados destacaram-se a Pubmed com 127 artigos, e a Scopus com 53. A busca no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES obteve 197 publicações. No total, 19 publicações foram incluídas no estudo, sendo 16 artigos, e 3 Teses/Dissertações. Dentre os artigos analisados, sobressaíram-se os publicados no ano 2017, com seis publicações e o periódico *Tropical Medicine and International Health* com três artigos, conforme apresentado no quadro a seguir.

Quadro 2. Caracterização dos estudos da amostra no período de 2009 a julho de 2020.

Ano	Revista	Título
2018	<i>AIDS Behav.</i>	<i>Sustainability of Statewide Rapid HIV Testing in Labor and Delivery.</i>
2017	<i>AIDS Education and Prevention</i>	<i>Using an Innovative Telehealth Model to Support Community Providers Who Deliver Perinatal HIVCare.</i>
2017	<i>BMC Health Services Research</i>	<i>Benchmarked performance charts using principal components analysis to improve the effectiveness of feedback for audit data in HIV care.</i>
2017	<i>Health Policy and Planning</i>	<i>South-Africa (Goodstart III) trial: community-based maternal and newborn care economic analysis.</i>
2017	<i>J Health Care Poor Underserved</i>	<i>Effectiveness of nursing student-led HIV prevention education for minority college students: The SALSA project.</i>
2017	Portal de Periódicos da CAPES	Eficácia de uma tecnologia educativa no conhecimento, atitude e prática de pessoas com 50 anos e mais para prevenção do HIV.
2016	<i>Pediatr Infect Dis J.</i>	<i>TRACnet Internet and Short Message Service Technology Improves Time to Antiretroviral Therapy Initiation Among HIV-infected Infants in Rwanda.</i>

2016	Portal de Periódicos da CAPES	O cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/Aids na Atenção Básica à Saúde: História oral dos profissionais de saúde, Florianópolis (2005 –2014).
2016	<i>Tropical Medicine and International Health</i>	<i>Adherence clubs for long-term provision of antiretroviral therapy: cost-effectiveness and access analysis from Khayelitsha, South Africa.</i>
2014	Portal de Periódicos da CAPES	Vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/AIDS para adolescentes em situação de rua.
2013	<i>J Acquir Immune Defic Syndr.</i>	<i>Linkage, engagement, and viral suppression rates among HIV-infected persons receiving care at medical case management programs in Washington, DC.</i>
2013	<i>J Gen Intern Med</i>	<i>Mixed-Methods Evaluation of a Telehealth Collaborative Care Program for Persons with HIV Infection in a Rural Setting.</i>
2013	<i>Tropical Medicine and International Health</i>	<i>Provision of bednets and water filters to delay HIV-1 progression: cost-effectiveness analysis of a Kenyan multisite study.</i>
2012	<i>J Acquired Immune Deficiency Syndromes</i>	<i>Addressing poor retention of infants exposed to HIV: A quality improvement study in rural Mozambique.</i>
2012	<i>Journal of Urban Health</i>	<i>Life skills: evaluation of a theory-driven behavioral HIV prevention intervention for young transgender women.</i>
2011	<i>BMC Public Health</i>	<i>Heading towards the Safer Highways: an assessment of the Avahan prevention programme among long distance truck drivers in India.</i>
2011	<i>BMC Public Health</i>	<i>Assessment of the scale, coverage and outcomes of the Avahan HIV prevention program for female sex workers in Tamil Nadu, India: is there evidence of an effect?</i>
2010	<i>Tropical Medicine & International Health</i>	<i>A quasi-experimental evaluation of a community-based art therapy intervention exploring the psychosocial health of children affected by HIV in South Africa.</i>
2009	<i>Salud Pública de México</i>	<i>Acceso universal al Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México: resultados a seis años.</i>

Fonte: Elaboração da autora (2020).

Outras informações também foram consideradas durante a presente revisão. Observou-se que em relação às autorias, dois coautores estiveram presentes em dois estudos (THILAKAVATHI *et al.*, 2011; PANDEY *et al.*, 2011), os demais em somente um estudo. Em relação ao local de estudo, seis estudos foram realizados nos Estados Unidos (NESS *et al.*, 2017; JONES *et al.*, 2017; OHL *et al.*, 2013; GAROFALO *et al.*, 2012; WILLIS *et al.*, 2013; YEE *et al.*, 2018), seguido de três no Brasil (CORDEIRO, 2017; NICKEL, 2016; LUNA, 2014), três na África do Sul (BANGO *et al.*, 2016; DAVIAUD *et al.*, 2017; MUELLER *et al.*, 2011), dois na Índia (THILAKAVATHI *et al.*, 2011; PANDEY *et al.*, 2011), e um estudo em Ruanda (KAYUMBA *et al.*, 2016), Quênia (KERN *et al.*, 2013), Moçambique (CIAMPA *et al.*, 2012), México (SOLER CLAUDÍN, 2009) e Reino Unido (MICHAEL *et al.*, 2017).

No total, 12 estudos receberam algum tipo de financiamento (YEE *et al.*, 2018; MICHAEL *et al.*, 2017; KAYUMBA *et al.*, 2016; SOLER CLAUDÍN, 2009; DAVIAUD *et al.*, 2017; WILLIS *et al.*, 2013; KERN *et al.*, 2013; THILAKAVATHI *et al.*, 2011; GAROFALO *et al.*, 2012; JONES *et al.*, 2017; CIAMPA *et al.*, 2012; CORDEIRO, 2017).

O método/natureza de pesquisa mais utilizado foi o quantitativo, com 14 estudos (LUNA, 2014; CIAMPA *et al.*, 2012; JONES *et al.*, 2017; MUELLER *et al.*, 2011; THILAKAVATHI *et al.*, 2011; PANDEY *et al.*, 2011; KERN *et al.*, 2013; WILLIS *et al.*, 2013; DAVIAUD *et al.*, 2017; SOLER CLAUDÍN, 2009; KAYUMBA *et al.*, 2016; BANGO *et al.*, 2016; YEE *et al.*, 2018; MICHAEL *et al.*, 2017), seguido de três estudos de métodos mistos (OHL *et al.*, 2013; NESS *et al.*, 2017; GAROFALO *et al.*, 2012), um estudo qualitativo (NICKEL, 2016) e um metodológico (CORDEIRO, 2017).

Identificou-se que três estudos apresentaram adultos como participantes da pesquisa (SOLER CLAUDÍN, 2009; WILLIS *et al.*, 2013; KERN *et al.*, 2013), e outros dois apresentaram foco em adultos (OHL *et al.*, 2013) e adultos caminhoneiros (PANDEY *et al.*, 2011). O segundo grupo que recebeu maior destaque foi o de mulheres com quatro estudos, na qual dois apresentaram enfoque no período puerperal (CIAMPA *et al.*, 2012; YEE *et al.*, 2018), um no período gestacional (DAVIAUD *et al.*, 2017) e um direcionado para mulheres trabalhadoras do sexo (THILAKAVATHI *et al.*, 2011). Dois estudos tiveram como participantes profissionais da saúde (NICKEL, 2016; NESS *et al.*, 2017), dois estavam direcionados aos serviços de saúde que prestam cuidados direcionados às PVHIV (MICHAEL *et al.*, 2017; BANGO *et al.*, 2016) e os demais estudos contaram com a participação de idosos (CORDEIRO, 2017), estudantes de enfermagem (JONES *et al.*, 2017), crianças (MUELLER *et al.*, 2011) e lactentes (KAYUMBA *et al.*, 2016).

O perfil das organizações executoras das melhores práticas variou entre os estudos, no entanto, serviços e programas de saúde receberam destaque em sete manuscritos, na qual a iniciativa Avahan - India Aids esteve presente em dois artigos (PANDEY *et al.*, 2011; THILAKAVATHI *et al.*, 2011), seguido do *Mountain West AIDS Education and Training Center* (NESS *et al.*, 2017), *Ubuntu Clinic* (BANGO *et al.*, 2016), *Howard Brown Health Center* (GAROFALO *et al.*, 2012), Programa *Make A Difference about Art* (MUELLER *et al.*, 2011) e Hospitais distritais (CIAMPA *et al.*, 2012). Ainda, sete instituições eram da esfera de atuação governamental, com

serviços de atenção primária à saúde em dois artigos (NICKEL, 2016; KAYUMBA *et al.*, 2016), seguido de Departamento de Saúde Pública em dois manuscritos (YEE *et al.*, 2018, WILLIS *et al.*, 2013), Instituições Federais que oferecem cuidados a pacientes do Programa FONSIDA (SOLER CLAUDÍN, 2009), sistema de saúde *Iowa City Veterans Affairs*, (OHL *et al.*, 2013) e Centro de Prevenção ao Abuso de Substâncias, Escritório de Saúde da Mulher, Escritório de Política de HIV/AIDS e Doenças Infecciosas e Administração de Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental (JONES *et al.*, 2017).

Três instituições de ensino foram identificadas como promotoras de melhores práticas, como o Centro de Pesquisa da AIDS da Universidade de Washington (KERN *et al.*, 2013), Universidade Federal do Ceará (LUNA, 2014) e Universidade Estadual do Ceará (CORDEIRO, 2017). Por fim, identificou-se a atuação de duas associações, como a *British HIV Association* (MICHAEL *et al.*, 2017) e *South African Medical Research Council* em colaboração com o *Saving Newborn Lives* (DAVIAUD *et al.*, 2017).

Os estudos apresentam diferentes populações alvo das melhores práticas. Para as pessoas que vivem com HIV, sobressaíram os estudos acerca a saúde materno infantil, envolvendo gestantes e puérperas com HIV (NESS *et al.*, 2017), recém-nascidos de mães com HIV (NESS *et al.*, 2017) (CIAMPA *et al.*, 2012), mulheres grávidas com seguimento para o puerpério e recém-nascidos (DAVIAUD *et al.*, 2017), e recém-nascidos que iniciaram a TARV (KAYUMBA *et al.*, 2016). Outros estudos envolveram crianças (MUELLER *et al.*, 2011), pessoas que vivem com HIV no geral (WILLIS *et al.*, 2013) (OHL *et al.*, 2013) (NICKEL, 2016), pessoas sem seguro saúde (SOLER CLAUDÍN, 2009), pessoas adultas que fazem uso da TARV (BANGO *et al.*, 2016), pessoas não tratadas com TARV (KERN *et al.*, 2013), bem como parturientes e recém-nascidos sem status de HIV documentado (YEE *et al.*, 2018).

Em relação às populações no geral, no que se refere a prevenção e promoção em saúde, as melhores práticas foram destinadas a motoristas de caminhão de longa distância (PANDEY *et al.*, 2011), mulheres trabalhadoras do sexo (THILAKAVATHI *et al.*, 2011), mulheres transexuais jovens (GAROFALO *et al.*, 2012), estudantes universitários de enfermagem (JONES *et al.*, 2017), adolescentes em situação de rua (LUNA, 2014) e idosos (CORDEIRO, 2017). Outro estudo envolveu serviços de saúde especializados em HIV (MICHAEL *et al.*, 2017).

O quadro apresentado a seguir sintetiza os resultados do *Scoping review* no mapeamento das melhores práticas de gestão em HIV.

Quadro 3. Síntese da caracterização das melhores práticas de gestão ao HIV.

Melhores práticas identificadas	Contribuições do estudo	Citação
Telessaúde colaborativo para dar suporte a profissionais de saúde em áreas rurais e com poucos recursos	Melhoria no acesso ao acompanhamento clínico do HIV/Aids para pessoas que residem em locais de difícil acesso e melhoria na prevenção da transmissão vertical do HIV	(NESS <i>et al.</i> , 2017)
Teste rápido em pessoas com status de HIV não documentado	Aumento do número de diagnósticos	(YEE <i>et al.</i> , 2018)
Ferramenta que consiste em um painel com gráficos de desempenho que fornecem resumos de dados de auditoria que são comparados e podem ser usados para melhorar o feedback dos serviços de HIV	Fornecimento de subsídios para a melhoria da qualidade do cuidado	(MICHAEL <i>et al.</i> , 2017)
Distribuição/fornecimento de TARV	Melhoria do acesso à TARV e maior custo-benefício	(BANGO <i>et al.</i> , 2016)
Implementação de um sistema de tecnologia baseado na Internet para fornecer os resultados da PCR do HIV diretamente às unidades de saúde	Melhorias no diagnóstico precoce e início imediato de TARV, devido à redução nos atrasos no tempo decorrido do teste e o recebimento do resultado	(KAYUMBA <i>et al.</i> , 2016)
Distribuição gratuita de TARV na atenção de primeiro nível	Acesso da população em geral a programas de rastreamento, ampliação da cobertura, maior eficácia de TARV e consequente incremento da sobrevivência dos pacientes	(SOLER CLAUDÍN, 2009)
Programa de visita domiciliar pré-natal e pós-natal do Agente de Saúde Comunitário	Melhor custo-benefício, melhoria no acesso e prevenção, contribuição para mudança de comportamentos como o aleitamento materno exclusivo em locais de difícil acesso devido aos altos níveis de violência e prevalência de HIV	(DAVIAUD <i>et al.</i> , 2017)
Instalações que desenvolvem gerenciamento de casos médicos	Aumento da retenção no cuidado, vínculo e melhoria nas condições clínicas do paciente	(WILLIS <i>et al.</i> , 2013)
Fornecimento de mosquiteiros tratados com inseticidas de longa duração e filtros de água	Diminuição de custos no tratamento do HIV associados à redução de carga de doenças como malária e diarreia	(KERN <i>et al.</i> , 2013)
Iniciativa de avaliação do risco de transmissão do HIV entre caminhoneiros	Melhora geral nas práticas sexuais seguras	(PANDEY <i>et al.</i> , 2011)

Programa de prevenção entre mulheres trabalhadoras do sexo	Aumento da cobertura, aumento na distribuição de preservativos, uso consistente de preservativos com clientes, diminuição dos casos de Sífilis e estabilização da prevalência de HIV	(THILAK AVATHI <i>et al.</i> , 2011)
Intervenção baseada em pequenos grupos para examinar o envolvimento dos participantes em comportamentos de risco relacionados ao HIV	Aumento da retenção no cuidado dessa população e redução dos comportamentos de risco relacionados ao HIV	(GAROF ALO <i>et al.</i> , 2012)
Implementação de um telessaúde colaborativo	Ampliação do acesso aos serviços de saúde para pessoas com HIV em ambientes rurais	(OHL <i>et al.</i> , 2013)
Atividades lúdicas/artísticas para reduzir os problemas psicossociais e aumentar a autoestima, a autoeficácia e a percepção do HIV	Melhoria da autoestima, da autoeficácia, da percepção do HIV e da saúde mental	(MUELLE R <i>et al.</i> , 2011)
Iniciativa de educação em saúde realizada por alunos educadores	Aumento do conhecimento sobre a transmissão e prevenção do HIV, a importância do uso consistente de preservativo, a importância de fazer teste de HIV, onde fazer teste de HIV grátis e diminuição de comportamentos de risco	(JONES <i>et al.</i> , 2017)
Protocolo de diagnóstico e acompanhamento do cuidado	Melhorias no diagnóstico e na retenção do cuidado	(CIAMPA <i>et al.</i> , 2012)
Práticas de cuidado como acolhimento, acompanhamento, orientações e trabalho multiprofissional	Conhecimento das ações de promoção, prevenção e tratamento realizadas por profissionais de saúde	(NICKEL, 2016)
Vídeo educativo com enfoque na prevenção de IST/Aids	Desenvolvimento de competências e habilidades para a melhoria das práticas sexuais e diminuição de comportamentos de risco	(LUNA, 2014)
Iniciativa de educação em saúde sobre conhecimento, atitude e prática para prevenção do HIV	Ampliação de conhecimentos sobre prevenção do HIV/Aids	(CORDEIRO, 2017)

Fonte: Elaboração da autora (2020).

Essas práticas identificadas nos estudos com uma “melhor prática” justificam-se pela análise dos aspectos de avaliação elencados nos estudos, os quais refletem modificações positivas/melhorias para a gestão do HIV. Tais aspectos demonstram a elegibilidade de condições para definição de práticas atreladas a situações e contextos específicos no intuito de atingir os resultados desejados, e para tanto, desenvolver e implementar estratégias e ações de excelência na gestão das práticas em saúde do HIV.

As melhores práticas de gestão do HIV identificadas nos estudos estão relacionadas com a instituição de tecnologias de gestão e de cuidado, serviços de telessaúde, programas de realização de teste rápido, de educação, de distribuição de ARV, de diagnóstico infantil precoce, de visitas domiciliares pré e pós-natais, de prevenção da infecção por HIV, minimização de comportamentos de risco, redução dos agravos relacionados ao HIV, iniciativas comunitárias como grupos de adesão ao tratamento, atividades artísticas para crianças que vivem com HIV, e práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais da saúde.

Identificou-se que não há um conceito de melhor prática explícito nas publicações, bem como de critérios mensuráveis para classificar as práticas em saúde como melhores. Apesar disso, ao admitir-se o conceito de melhores práticas da OMS, considerando ações em contextos específicos, resultados alcançados e aspectos envolvidos em cada prática, bem como seu potencial de replicabilidade em diferentes cenários, foi possível eleger estudos que apresentassem melhores práticas de gestão do HIV.

Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos sobre melhores práticas de gestão do HIV que tenham como objetivo estabelecer parâmetros definidores dessas práticas para considerá-las como melhores. Ademais, entende-se que esses achados podem subsidiar a construção de políticas públicas e a instituição de práticas de saúde que visem a melhoria da qualidade das ações direcionadas à gestão do HIV.

2.2 MANEJO CLÍNICO DA PESSOA QUE VIVE COM HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) reconheceu as limitações de acesso do modelo assistencial focado no serviço especializado e adotou diretrizes para o acompanhamento das PVHIV nos serviços de APS. Assim, a descentralização do cuidado consiste em uma estratégia para ampliar a rede de cuidados sem altos custos adicionais ao sistema de saúde, na busca de garantir uma atenção integral aos usuários do SUS.

A APS tem a função de porta de entrada preferencial do usuário na RAS, atuando como coordenadora do cuidado. São diretrizes organizacionais da APS: territorialização, adscrição da clientela, trabalho multidisciplinar, integralidade e

longitudinalidade do cuidado, dentre outros. Neste nível de complexidade são desenvolvidas ações de promoção, prevenção, reabilitação, tratamento e redução de danos, respeitando as pessoas em sua singularidade e coletividade, em seus contextos culturais, ambientais, sociais, econômicos e familiares (BRASIL, 2017b). Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) consiste na forma de organização da mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, sendo responsável pelo aumento da cobertura populacional em todos os municípios e regiões brasileiras (MALTA *et al.*, 2016).

O cuidado às PVHIV na APS ocorre de maneira variada dependendo da localidade do país, de acordo com as demandas e necessidades de cada região. Nos anos de 2011 e 2012, o MS instituiu tecnologias diagnósticas para doenças transmissíveis na APS, como os testes rápidos para sífilis, hepatites, HIV, dentre outros. Tal iniciativa ampliou a detecção e diagnóstico precoce dessas doenças em todo o país (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Por mais que as ações de promoção e prevenção do HIV já pertencessem às rotinas das unidades básicas de saúde, as ações de diagnóstico e acompanhamento clínico de usuários soropositivos são atividades recentes, que geraram polêmicas entre as equipes de saúde, gestores e usuários do SUS, que ainda acreditavam no atendimento especializado como melhor prognóstico (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

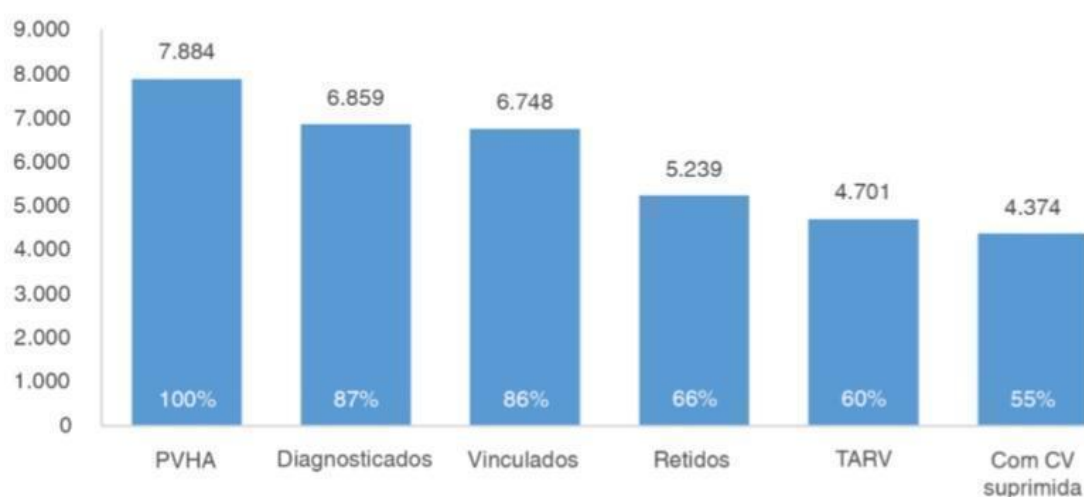
No ano de 2018, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de Aids no Brasil, com uma taxa de detecção de 17,8/100.000 habitantes, totalizando, no período entre 1980 a junho de 2019, a detecção de 966.058 casos de Aids no país. Observa-se uma diminuição desse coeficiente desde o ano de 2012, na qual a taxa de diagnóstico de Aids passou de 21,4/100.000 habitantes para 17,8/100.000 habitantes em 2018, configurando um decréscimo de 16,8%. Tal redução está relacionada com a implantação do “tratamento para todos” em dezembro de 2013. No período de janeiro de 2000 até junho de 2019, foram notificadas 125.144 gestantes infectadas com HIV, das quais 8.621 foram diagnosticadas no ano de 2018, o que representa uma taxa de detecção de 2,9/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019).

No ano de 2015, o Brasil e alguns países pactuaram com a Organização das Nações Unidas (ONU) três metas para o controle do HIV/Aids até o ano de 2020, conhecida como meta 90-90-90, que busca: o diagnóstico e conhecimento de 90%

da população vivendo com HIV; acompanhamento e oferta de tratamento antirretroviral ininterrupto a 90% das pessoas diagnosticadas; e alcance da supressão viral a 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral. Com o estabelecimento dessas metas, espera-se a erradicação da epidemia de Aids até o ano de 2030 (BRASIL, 2017c).

O MS procura alcançar tais objetivos por meio de pactuação interfederativa com estados e municípios. No estado de Santa Catarina, a cidade de Florianópolis está entre as priorizadas para as ações de prevenção e ampliação do diagnóstico de HIV/Aids. O município já apresenta resultados de implementação, que serão apresentados nas Figuras 1 e 2:

Figura 2. Cascata do cuidado do HIV em Florianópolis-SC, 2017.



Fonte: Florianópolis (2017). Legenda: PVHA: pessoas vivendo com HIV/AIDS; TARV: terapia antirretroviral; CV: carga viral.

Figura 3. Resultados da aplicação da meta 90-90-90 em Florianópolis-SC, 2017.



Fonte: Florianópolis (2017).

A imagem que apresenta os resultados da aplicação da meta 90-90-90 em Florianópolis demonstra que 87% das PVHIV têm conhecimento sobre o seu diagnóstico, dessas 68,5% estão retidas no cuidado, ou seja, realizaram exames, consultas e fazem uso de Terapia Antirretroviral (TARV) nos últimos 100 dias, e dessas 93% alcançaram supressão viral. Essa conjuntura é analisada com preocupação devido à contradição do quantitativo de pessoas diagnosticadas com HIV e as que estão retidas no cuidado, bem como a quantidade de pessoas com carga viral suprimida com relação às que estão em tratamento (FLORIANÓPOLIS, 2017; PINTO; CAPELETTI, 2019).

Dentre as diretrizes evidenciadas pelo Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na AB, ressalta-se o matriciamento do manejo clínico por profissionais infectologistas, com o atendimento direto ao usuário com HIV, bem como pela supervisão e acompanhamento de médicos generalistas que atendem na APS. Ainda, o caderno sugere que esse matriciamento também pode ocorrer via serviços de Telessaúde, ou como denominado no Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids, tele infectologia, que oferta consultoria à distância de infectologistas, para treinamento profissional e matriciamento do manejo clínico à PVHIV (BRASIL, 2014).

Outras experiências retratadas pelo MS estão relacionadas com a distribuição de recursos financeiros para o incentivo ao manejo clínico de HIV/Aids na APS. Esses recursos são distribuídos considerando os critérios de repasse: valores *per capita*, taxa de incidência do HIV e índices de mortalidade. Desse modo, podem-se estabelecer regiões prioritárias para a destinação de recursos financeiros no país (BRASIL, 2014).

Ainda, são apresentadas como melhores práticas de cuidado a PVHIV a ampliação do diagnóstico precoce por meio da disseminação da cultura de testagem rápida nas unidades de saúde e a instituição de capacitações descentralizadas, incentivando a adoção de postura de profissional multiplicador do conhecimento (BRASIL, 2014).

Algumas práticas já estão fortemente incorporadas na APS, como as direcionadas à saúde da criança, acompanhamento pré-natal, cuidado às pessoas com hipertensão arterial e diabetes. No entanto, outras atividades ainda carecem de estímulos na APS, como as de saúde mental, reabilitação e de condições

infectocontagiosas como o HIV/Aids, que são menos frequentes nesse nível de complexidade (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Pesquisa realizada com profissionais da APS na cidade de Florianópolis aponta para diversos instrumentos condutores das boas práticas no município. Na gestão da atenção primária indicam-se avanços na participação e flexibilização de ações, na construção de um modelo de atenção à saúde multidisciplinar, na dialogicidade entre a equipe e planejamento conjunto, na capacitação e educação permanente dos profissionais e no estabelecimento de fluxos e protocolos (ANDRADE *et al.*, 2013).

O estudo de Colaço *et al.* (2019) identificou a inexistência de um fluxo ou protocolo para a sistematização do atendimento às PVHIV em Florianópolis no ano de 2015, embora existissem protocolos e diretrizes ministeriais que orientam o atendimento na APS. Ainda, as autoras problematizam o modo de organização da APS adotado na época, centralizado exclusivamente na modalidade de demanda espontânea, com conseqüente falta de ações programáticas para ofertar serviços direcionados às necessidades das PVHIV. Nesse sentido, identificou-se uma fragilidade do modelo de demanda espontânea com relação às atividades de sensibilização da comunidade, diagnóstico precoce, estabelecimento de vínculo, continuidade do cuidado e promoção da adesão à TARV. Tal descompasso pode estar relacionado à histórica responsabilização dos Serviços de Atenção Especializada (SAE) no cuidado à PVHIV, de modo a centralizar as ações programáticas e a criação de vínculo aos profissionais desses serviços (COLAÇO *et al.*, 2019).

Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids do ano de 2017, o município de Florianópolis adotou estratégias para o enfrentamento do HIV/Aids, por meio da facilitação de acesso das pessoas vivendo com HIV/Aids às linhas de cuidado e oferta da profilaxia com TARV após-exposição ao risco. Em relação ao acesso às linhas de cuidado, foram desenvolvidos projetos para qualificar o acesso dos usuários encaminhados à infectologia, ampliar a resolutividade e aprimorar a coordenação do cuidado na APS (FLORIANÓPOLIS, 2017).

Na perspectiva das práticas de gestão do cuidado, no município de Florianópolis se destacam: a consolidação de espaços de planejamento e gestão do manejo clínico entre os profissionais infectologistas, a regulação do acesso às consultas especializadas e a construção de um protocolo de acesso aos serviços de

infectologia, que define as condições clínicas necessárias e estabelece prioridades para o acesso ao especialista (FLORIANÓPOLIS, 2017).

Pensando no manejo clínico descentralizado à APS, o município de Florianópolis instituiu práticas para ampliação do acesso e resolutividade do acompanhamento a pessoa vivendo com HIV/Aids, por meio da elaboração, disseminação, treinamento e atualização contínua da ferramenta de manejo de pacientes do *Practical Approach to Care Kit* (PACK) Brasil Adulto, que consiste em um guia/protocolo com as melhores evidências científicas para o manejo clínico na APS. Ainda, os profissionais da APS dispõem de ferramenta de suporte à tomada de decisão clínica baseada em evidência, que se encontra disponível online para todos os profissionais da rede de saúde municipal (FLORIANÓPOLIS, 2017).

O PACK Adulto trata sobre os diferentes cenários clínicos do HIV/Aids na APS, indicando conduta desde o momento do diagnóstico da sorologia, cuidados de rotina, avaliação de exames, aconselhamento, tratamento e reavaliação da condição de saúde. Os cuidados de rotina se referem às condutas que devem ser tomadas no acompanhamento cotidiano da PVHIV, e informam tópicos prioritários para serem observados em todas as consultas, se necessário (indicação clínica presente), se gestante, se em fase terminal e no momento do diagnóstico (PACK BRASIL ADULTO, 2020).

Por exemplo, em toda a consulta o profissional deve estar atento à presença de sintomas (principalmente alterações genitais e pulmonares), adesão ao tratamento (verificar assiduidade ao tratamento), efeitos adversos, saúde mental (sintomas depressivos, desinteresse, uso de bebida alcoólica, uso de drogas ilícitas, transtornos de memória, desorientação, perda de capacidades/habilidades), saúde sexual (orientação sexual e comportamentos de risco), planejamento familiar (contracepção e planos gestacionais), peso (avaliação do Índice de Massa Corporal - IMC) e avaliação do estágio da doença (peso, boca, pele, problemas atuais, problemas prévios) (PACK BRASIL ADULTO, 2020).

A escolha da melhor TARV é definida considerando alguns aspectos clínicos da PVHIV, como doença renal, uso anterior de TARV com falha virológica, gestação, tuberculose e uso de carbamazepina, oxcarbamazepina, fenitoína ou fenobarbital. Ainda, deve-se verificar o uso de outros medicamentos e alterá-los se necessário, como contraceptivo oral, sinvastatina e omeprazol. A reavaliação da condição de saúde da PVHIV é orientada após 2 semanas de início da TARV e a partir de então,

pode ser realizada mensalmente. Se usuário utilizar TARV a mais de 1 ano e apresentar 2 dosagens de carga viral indetectável, exames de rotinas normais, for aderente ao tratamento, não estar gestante e não apresentar queixas, sugere-se a reavaliação a cada 6 meses (PACK BRASIL ADULTO, 2020).

O Protocolo Municipal de Enfermagem de Florianópolis, que trata sobre infecções sexualmente transmissíveis e outras doenças transmissíveis de interesse em saúde coletiva (dengue e tuberculose), explana sobre a abordagem sindrômica das infecções sexualmente transmissíveis. Deste modo, os profissionais têm sua prática profissional orientada para os problemas/sintomas do usuário, de modo a considerar infecções mistas, iniciar o tratamento na primeira consulta, tornar o tratamento mais acessível, utilizar fluxogramas para organizar a gestão do cuidado e pensar oportunidades para educação em saúde e aconselhamento (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Outra ação direcionada à descentralização do cuidado ao HIV/Aids foi a instituição da profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP) para a APS no ano de 2017. Os profissionais médicos foram capacitados e habilitados para a prescrição e monitoramento da PEP. Esta medida ampliou a procura pela PEP no município, que no ano de 2010 obteve 2 casos, e no ano de 2016 ampliou para 672 (BRASIL, 2017d; FLORIANÓPOLIS, 2017).

Nesse ínterim, percebe-se que Florianópolis vem investindo no fortalecimento da linha de cuidado do HIV/Aids, de modo a direcioná-la a descentralização e coordenação do cuidado às PVHIV. No entanto, aponta-se para alguns desafios que ainda carecem de maiores esforços, como o diagnóstico precoce e adesão ao tratamento, bem como a promoção, prevenção e atenção aos parceiros sorodiscordantes (FLORIANÓPOLIS, 2017). Além do apoio às ações de combate ao preconceito e discriminação, que infelizmente ainda perduram em nossa sociedade e influem negativamente no cuidado às PVHIV.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Em vista da cronicidade do HIV/Aids, será utilizada a longitudinalidade do cuidado de Barbara Starfield (2002) como referencial teórico para a realização deste estudo. Optou-se por esse referencial devido à descentralização do cuidado ao HIV/Aids para a APS, que repercute em uma mudança na forma como os serviços se organizam para acompanhamento dos usuários e implica no redesenho de abordagens utilizadas pelos profissionais de saúde, considerados desafios para o sistema de saúde brasileiro.

3.1 A ESTUDIOSA BARBARA STARFIELD

Barbara Starfield (1932-2011), nasceu na cidade de Menlo Park, estado da Califórnia, Estados Unidos da América. Iniciou sua vida profissional como médica pediatra e depois se tornou mestre em Saúde Pública. Dedicou praticamente toda a sua vida acadêmica e profissional à Universidade Johns Hopkins, onde dirigiu o Departamento de Política e Gestão dos Serviços de Saúde desde 1994 (WONCA, 2019).

A autora é conhecida pela sagaz defesa dos cuidados primários em saúde em âmbito internacional, sendo considerada uma das principais pesquisadoras da área. Foi co-fundadora e primeira presidenta da *International Society for Equity in Health*, organização que propunha a disseminação do conhecimento científico sobre as desigualdades na saúde, bem como a proposição de estratégias para o enfrentamento desse panorama. Também integrou o Comitê Nacional de Estatísticas Vitais e de Saúde, dentre outras instituições e grupos governamentais e profissionais (WONCA, 2019).

Seu trabalho se concentrou na qualidade da assistência, avaliação do estado de saúde, avaliação da atenção primária e equidade na saúde (WONCA, 2019).

3.2 LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO

Starfield (2002) acredita que a APS se diferencia de outros serviços e níveis assistenciais por apresentar quatro atributos essenciais, são eles: atenção ao

primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Tais atributos têm sido utilizados para avaliar a qualidade da APS, bem como orientar a elaboração de políticas públicas de saúde.

A longitudinalidade do cuidado é um dos atributos da APS propostos por Starfield (2002), e corresponde a uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, ou seja, trata-se da continuidade do cuidado prestado à população. Deste modo, acredita-se que mesmo que ocorram interrupções na continuidade da atenção, a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários, não deve ser prejudicada.

Para a autora, trata-se do acompanhamento do usuário ao longo de sua vida por determinados profissionais de saúde, nos diferentes episódios de doença e cuidados preventivos. Nesse processo, deve estar implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente (STARFIELD, 2002).

A análise da longitudinalidade está orientada para investigar o vínculo interpessoal entre usuários e sua fonte de atenção, cujas características compreendem: o entendimento entre profissionais e usuários; a tranquilidade dos usuários em falar sobre suas preocupações aos profissionais de saúde; e a percepção do quanto o profissional está interessado em outros aspectos de sua vida e não apenas em seu problema de saúde (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, de modo a reduzir os encaminhamentos para a média e alta complexidade, bem como a reduzir procedimentos de alto custo e densidade tecnológica (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Alguns estudos associam a continuidade do cuidado a resultados positivos, como a diminuição de internações e maior satisfação dos usuários (LIMA *et al.*, 2018).

O estudo de Kessler *et al.* (2016) destaca o potencial da longitudinalidade no conhecimento do usuário, seus hábitos de vida, problemas de saúde, contexto social e familiar, dentre outros aspectos de sua vida político-econômico-social-cultural. Tal fato permite a adoção de condutas adequadas e resolutivas, o que resulta em avanços na proposta de cuidado integral à saúde.

Outro estudo de Kessler *et al.* (2019) buscou avaliar a longitudinalidade do cuidado na APS na perspectiva dos usuários, em 32 municípios do Rio Grande do

Sul, demonstrou alto grau de filiação da população aos serviços primários de saúde, o que vai ao encontro da necessidade de uma fonte regular de atenção para o alcance da longitudinalidade. No entanto, a longitudinalidade obteve baixo escore na avaliação dos usuários, sugerindo fragilidades no relacionamento interpessoal, vínculo e confiança entre o binômio profissional-usuário.

Tais achados retratam uma realidade na qual os usuários não se sentem reconhecidos enquanto “pessoas” pelos profissionais de saúde, mas sim como alguém que apresenta algum problema de saúde, bem como enfatiza o desconhecimento profissional sobre a família do usuário, pessoas que residem no mesmo domicílio, ocupação e principais problemas de saúde do usuário. Tal fato demonstra a existência de práticas do modelo tradicional curativista nos serviços de APS, que deveria estar orientado para a integralidade de saúde da pessoa e não para a doença (KESSLER *et al.*, 2019). No caso da vivência do HIV, pode-se enfatizar os estigmas e preconceitos vivenciados pelas PVHIV e sua repercussão na saúde das mesmas, o que requer atenção do profissional da saúde.

Por fim, Kessler *et al.* (2019) contextualiza o conceito de longitudinalidade do cuidado e afirma que ela será alcançada em sua plenitude quando for uma prioridade da gestão em saúde, na medida que envolve a oferta adequada de serviços, ampliação do acesso e acessibilidade, mecanismos para redução da rotatividade e de fixação dos profissionais na comunidade, a formação continuada e presença de profissionais sensíveis e atentos às necessidades de saúde da população.

No Brasil, o Programa para Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) avalia os atributos da APS, dentre eles a longitudinalidade do cuidado, que se divide em dois principais tópicos de análise: 1) continuidade da relação profissional-paciente; 2) qualidade da relação profissional-paciente (vínculo). O estudo de Lima *et al.* (2018) analisa os resultados do 1º e 2º ciclos do programa e demonstra a fragilidade da continuidade da relação profissional-paciente, com pequena melhora nos indicadores de vínculo.

Em síntese, os resultados relacionados ao atributo da longitudinalidade são insatisfatórios. Os indicadores mais negativos relacionados a esse tópico se referem ao tempo de atuação profissional na equipe de saúde e a busca ativa dos usuários em situação de abandono do tratamento. Os indicadores com resultado satisfatório estão relacionados com o tempo de consulta destinado para a apresentação das

queixas e anseios. Percebe-se que são necessárias algumas melhorias para a efetivação da longitudinalidade na APS, relacionadas à organização do trabalho (busca ativa, visita domiciliar, construção de vínculo, acesso ao profissional) e às condições políticas mais abrangentes (permanência profissional, desprecarização das condições de trabalho) (LIMA *et al.*, 2018).

Por vezes, pode-se perceber a utilização do termo “continuidade do cuidado” como um sinônimo para a longitudinalidade. No entanto, Starfield (2002) enfatiza a diferença existente entre os dois conceitos, uma vez que, a continuidade do cuidado está relacionada com a sucessão de eventos empenhados para a resolução de um problema específico de saúde, como a realização de consultas e encaminhamentos para tratamento da doença. O termo longitudinalidade diz respeito a essas ações, mas também compreende o estabelecimento de uma relação terapêutica ao longo do tempo de vida do usuário.

Nesse sentido, o vínculo apresenta importante relação com a longitudinalidade do cuidado, visto que compreende uma relação terapêutica entre usuário e profissional de saúde. Pode ser compreendido a partir de uma abordagem temporal e interpessoal, na qual o usuário realiza atendimento em determinada unidade ao longo da sua vida, considerando-a como referência para seu cuidado, bem como apresenta aproximação com o profissional que presta atendimento. Para tal fato, espera-se que o profissional esteja aberto ao diálogo, consiga ouvir atentamente o usuário, identificar suas necessidades e orientá-lo quanto aos cuidados em saúde, fortalecendo a aproximação e a sua confiança no serviço (KESSLER *et al.*, 2016; SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

Assim, percebe-se que a construção do vínculo requer responsabilização coletiva, compreendendo a equipe de uma unidade de saúde, bem como um sistema de saúde e suas políticas estruturantes. Considera-se que o vínculo deriva de uma construção complexa e sistêmica, relacionado às dimensões relacionais, coletivas e organizacionais, com repercussões no processo de trabalho da equipe de saúde e na organização dos serviços. (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

4 MÉTODO

O presente capítulo está dividido em sete seções, que apresentam o percurso metodológico utilizado para alcançar os objetivos do estudo: 1) desenho da pesquisa; 2) local do estudo; 3) participantes; 4) coleta dos dados; 5) análise de dados; 6) validação do modelo interpretativo; e 7) aspectos éticos da pesquisa.

4.1 DESENHO DA PESQUISA

A pesquisa caracteriza-se como exploratória, de natureza qualitativa, ancorada no referencial teórico-metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Esse referencial baseia-se em um conjunto de procedimentos sistematizados para a investigação de determinado fenômeno, mediante a produção e análise simultânea dos dados (GLASER; STRAUSS, 1967; CHARMAZ, 2009).

A pesquisa qualitativa busca a compreensão em profundidade de fenômenos de natureza social e seus significados, mediante um processo interativo que é inerente aos grupos sociais (CHARMAZ, 2009), deste modo considera-se como a natureza de pesquisa mais adequada para alcançar os objetivos do estudo.

A pesquisa pode ser caracterizada como exploratória, pois busca descrever ou caracterizar um campo de conhecimento ainda não explorado, de modo a compreender os fenômenos e conseqüentemente as características essenciais das variáveis estudadas. Assim, não se trabalha com a relação entre as variáveis já conhecidas, mas sim com a exploração do fenômeno e levantamento de novas variáveis (KOCHÉ, 2016).

A TFD consiste em um método indutivo-dedutivo, na qual a construção da teoria requer a relação entre conceitos e deduções, por meio da interpretação e construção de hipóteses. Dessa forma, busca-se analisar as experiências e interações de pessoas inseridas em um determinado contexto social, com o intuito de compreender significados e evidenciar estratégias diante das situações vivenciadas por esses atores (CHARMAZ, 2009; CRESWELL, 2014; GLASER; STRAUSS, 1967; SANTOS *et al.*, 2016).

A TFD foi idealizada pelos sociólogos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss, que pensaram o método para estudar o relacionamento entre médicos e pacientes em fases terminais em hospitais. Os autores desenvolveram análises teóricas e

estratégias metodológicas sistemáticas, que possibilitaram a sua reprodução em outras realidades. A obra originária da TFD se intitula *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research* (GLASER; STRAUSS, 1967; CHARMAZ, 2009).

Com o passar dos anos, houve rompimento ideológico entre os dois autores, o que originou o surgimento de outras vertentes da TFD. As três principais são: Clássica, Straussiana e Construtivista. Todas elas buscam a construção de uma teoria, no entanto, pode haver divergências no processo metodológico, principalmente no que diz respeito a investigação do problema de pesquisa, condução da pesquisa, desenvolvimento da teoria, coleta de dados, codificação, diagramas e memorandos (SANTOS *et al.*, 2016).

O presente estudo seguiu as orientações da vertente construtivista da TFD idealizada por Kathy Charmaz. A perspectiva da autora pressupõe que os dados e as análises são construções sociais que refletem a interação entre as pessoas, então as percepções e expressões dos participantes são reflexos da realidade. Em sua obra, Charmaz (2009) reconhece múltiplas realidades e a interação entre pesquisador e participantes enquanto um processo para a construção das interpretações, de modo instigar a reflexividade do pesquisador em relação às suas análises.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Florianópolis, que é a capital do estado de Santa Catarina, localizado na Região Sul do Brasil, com área de 675,4 km². O município possui, aproximadamente, 508 mil habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,847 e Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de R\$40.162,60. Parte dos habitantes de Florianópolis não é nativa da cidade, mas migrou para a capital, uma vez que a taxa de natalidade é relativamente baixa no município, cerca de 13,04 nascidos/1000 habitantes (FLORIANÓPOLIS, 2017).

A capital catarinense se destaca pelos investimentos na APS e conta com uma cobertura de equipes de saúde da família de 115,44%, considerada a maior dentre as capitais do país (FLORIANÓPOLIS, 2017). A rede municipal dispõe de 48

Centros de Saúde (CS) que estão distribuídos em 04 distritos, apresentados no quadro a seguir:

Quadro 4. Rede de serviços de atenção primária à saúde no município de Florianópolis/SC, 2019.

<i>Distrito Sanitário</i>	<i>Centros de Saúde</i>
<i>Centro</i>	CS Agrônômica , CS Centro, CS Córrego Grande, CS Itacorubi, CS João Paulo, CS Monte Serrat, CS Pantanal, CS Prainha, CS Saco Grande, CS Saco dos Limões e CS Trindade.
<i>Continente</i>	CS Abraão, CS Balneário, CS Capoeiras, CS Coloninha, CS Coqueiros, CS Estreito, CS Jardim Atlântico, CS Monte Cristo, CS Novo Continente e CS Sapé.
<i>Norte</i>	CS Barra da Lagoa, CS Cachoeira do Bom Jesus, CS Canasvieiras, CS Ingleses, CS Jurerê, CS Ponta das Canas, CS Ratores, CS Rio Vermelho, CS Santinho, CS Santo Antônio de Lisboa , CS Vargem Grande e CS Vargem Pequena.
<i>Sul</i>	CS Alto Ribeirão, CS Armação , CS Caeira da Barra Sul, CS Campeche, CS Canto da Lagoa, CS Carianos, CS Costa da Lagoa, CS Costeira do Pirajubaé, CS Fazenda do Rio Tavares, CS Lagoa da Conceição, CS Morro das Pedras, CS Pântano do Sul, CS Ribeirão da Ilha, CS Rio Tavares e CS Tapera.

Fonte: Elaboração da autora (2020), adaptação de Florianópolis (2019).

Assim, os CS que compuseram o estudo foram CS Agrônômica (Distrito Sanitário Centro), CS Novo Continente (Distrito Sanitário Continente), CS Santo Antônio de Lisboa (Distrito Sanitário Norte) e CS Armação (Distrito Sanitário Sul).

A gestão dos serviços de APS de Florianópolis se dá na Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelo gerenciamento e planejamento das ações no município. Deste modo, o estudo compreendeu quatro CS do município e alguns setores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Para a delimitação dos CS que compuseram a amostra da pesquisa, optou-se pela escolha de no mínimo um CS por distrito sanitário, escolhidos segundo critérios da SMS de Florianópolis.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A definição dos participantes do estudo foi realizada primeiramente por amostragem inicial e subsequentemente por amostragem teórica, que orienta a busca de lugares, atores e acontecimentos que potencializam os achados e formação das categorias de análise, preenchendo as lacunas que surgem ao longo da pesquisa. Nessa perspectiva, o número de participantes não é delimitado anteriormente à realização da pesquisa, mas ocorre no decorrer do estudo, seguindo as lacunas da teoria emergente (CHARMAZ, 2009).

Os critérios de inclusão para a seleção dos participantes para constituir a amostragem inicial, foram: 1) Possuir no mínimo seis meses de experiência, em relação à data de coleta de dados, pois se acredita que um período menor que seis meses não é suficiente para a vivência e reflexão acerca das melhores práticas de gestão no cuidado às PVHIV. 2) Atuar como enfermeiro assistencial, coordenador ou residente de enfermagem nos CS de Florianópolis/SC. E como critério de exclusão, definiu-se: 1) Não estar desenvolvendo suas atividades regularmente em decorrência de afastamentos de qualquer natureza.

Para a realização das entrevistas do primeiro grupo de amostragem foi organizado um roteiro (Apêndice A) que buscou caracterizar os participantes, e explora as experiências no cuidado às PVHIV na APS e os significados acerca do conceito de melhores práticas. A abordagem de seleção dos participantes se deu por indicação dos coordenadores dos CS.

Assim, foram selecionados os enfermeiros para constituírem o primeiro grupo amostral. Para iniciar o diálogo sobre o assunto, utilizou-se a seguinte pergunta inicial: Fale-me sobre as melhores práticas de gestão em relação aos cuidados direcionados às PVHIV? O primeiro grupo amostral foi formado por 12 enfermeiros que atuavam na APS de Florianópolis/SC. A partir da coleta de dados com esse grupo, delimitou-se a hipótese de que as melhores práticas de gestão no cuidado às PVHIV estavam relacionadas com a descentralização do manejo clínico, respaldado em protocolos de atendimento e guias de evidências científicas.

Deste modo, buscando responder à hipótese, o segundo grupo de amostragem teórica foi constituído por cinco gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, que atuaram nos setores de atenção especializada, gestão da clínica, integração assistencial e vigilância epidemiológica. O objetivo das

entrevistas com esse grupo de amostragem teórica foi explorar aspectos relacionados à elaboração/instituição de protocolos de manejo clínico direcionados ao HIV, sendo conduzida pela questão inicial: Fale-me sobre o uso de protocolos e guias de manejo clínico para as melhores práticas de cuidado às PVHIV?

Como preconiza a TFD, os dados foram analisados concomitantemente à coleta e mostraram saturação teórica ao final das entrevistas com o segundo grupo de amostragem teórica. Deste modo, não foi necessária a busca de novas informações para sustentar o fenômeno encontrado. A saturação de dados na pesquisa qualitativa pode ser entendida como o momento em que as categorias não geram novas propriedades e a coleta de dados não trazem maiores elucidações para a temática estudada (CHARMAZ, 2009).

Assim, a saturação dos dados foi alcançada e a coleta de dados da pesquisa contemplou dois grupos amostrais, totalizando 17 participantes.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados compreendeu o período de julho a setembro de 2020. Inicialmente, realizou-se contato com a Escola de Saúde Pública de Florianópolis/SC, que é um órgão integrante da Secretaria Municipal de Saúde, que determinou quais CS serviriam de campo de coleta de dados e possibilitariam acesso aos profissionais enfermeiros. Com isso, foi estabelecido contato via e-mail e telefone com os coordenadores dos respectivos Centros de Saúde para acesso ao campo e indicação dos profissionais atuantes no serviço.

O processo de coleta de dados precisou ser adaptado com a pandemia de Covid-19 e o consequente isolamento social imposto, para uma modalidade de contato/entrevista não presencial. O termo de consentimento livre e esclarecido foi enviado aos participantes via *whatsapp* ou por e-mail no formato de *Google Forms*. As entrevistas foram realizadas e gravadas por uma ferramenta digital de comunicação por vídeo, no caso o *Google Meet*, que consiste em uma sala virtual para reuniões. Seguindo as orientações do método TFD, realizou-se entrevistas intensivas, que possibilitam a análise detalhada de um determinado assunto ou experiência, sendo útil para a investigação interpretativa (CHARMAZ, 2009).

Charmaz (2009) ainda sinaliza que as entrevistas intensivas permitem ao pesquisador conduzir a fala para explorar determinado tópico, solicitar detalhes,

questionar as ideias, sentimentos e ações dos participantes, retomar tópicos já discutidos, validar uma ideia apresentada pelo participante da pesquisa, alterar a ordem dos questionamentos e promover a discussão com o entrevistado. As entrevistas duraram em média 29 minutos, sendo que a de maior tempo foi de 01:02:34 minutos e a de menor duração foi de 15:56 minutos.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Na TFD os dados são coletados e analisados concomitantemente, deste modo são ao mesmo tempo, produtos e produtores de novos dados mediante um processo dinâmico de dedução e indução, que permite a construção de hipóteses, apreensão de implicações advindas das hipóteses e qualificação ou negação das mesmas (CHARMAZ, 2009; SANTOS *et al.*, 2018).

As entrevistas foram transcritas na íntegra utilizando o *Microsoft Office Word*® e organizadas para análise no *software NVIVO*® 10, conforme mostra a figura abaixo.

Figura 4. Análise de dados com o software NVIVO® 10.

The screenshot displays the NVivo 10 interface. On the left, a sidebar shows a tree view with 'Nós' (Nodes) selected. The main area shows a list of nodes with columns for 'Nome', 'Fontes', 'Referências', and 'Criado em'. Below this, a specific node is selected, showing its references and the text of one reference.

Nome	Fontes	Referências	Criado em
Centrando as melhores práticas no atendimento clínico e individual	6	23	19/07/2020 8:15
Cuidando das PVHA na pandemia de Covid-19	7	43	19/07/2020 8:30
Desvelando melhores práticas	7	36	19/07/2020 8:39
Diagnosticando o HIV	4	7	19/07/2020 8:47
Enfrentando dificuldades	6	24	19/07/2020 8:42
Incorporando a Teleconsulta nos serviços	6	18	19/07/2020 8:30
Monitorando as PVHIV	4	4	19/07/2020 8:33
Usando tecnologias	5	6	19/07/2020 8:25
Utilizando instrumentos de gestão do cuidado	7	32	19/07/2020 8:34

Selected Node: **Cuidando das PVHA na pand** (2,32% Cobertura)

Referência 1 - 2,32% Cobertura

gente tem planilhas de acompanhamento. A minha realidade aqui, é uma realidade que não tem muitos casos no meu bairro, mas existem, e esses pacientes que a gente tem a gente não percebeu um distanciamento do tratamento, e a gente controla através de planilha, né? Faz o monitoramento. E se precisar fazer busca ativa, no momento por whatsapp, a gente faz. Se for preciso a gente faz.

Selected Node: **Monitorando as PVHIV** (3,45% Cobertura)

Referência 1 - 3,45% Cobertura

O médico que trabalha no CS dos ingleses formulou uma planilha. que é uma planilha... a gente teve uma capacitação, ele chamou todos os profissionais de saúde e capacitou todos nós a mexermos nessa planilha. Então é uma planilha que é igual pra todos os CS, todo mundo faz do mesmo jeito. Tem uma planilha de HIV/Aids que a gente coloca o nome do paciente, desde quando ele descobriu, as medicações, endereço, telefone, sintomas, se tem doenças crônicas... é bem organizado, a gente tem como monitorar

Selected Node: **Centrando as melhores práticas** (1,43% Cobertura)

Referência 1 - 1,43% Cobertura

Enquanto coordenação estou estimulando as equipes monitorando acompanhando os

Fonte: Elaboração da autora (2020).

A análise dos dados foi realizada em duas etapas: 1) uma fase inicial com codificação de incidente por incidente, seguido por 2) uma fase focalizada que analisa os códigos emergentes e mais significativos visando integrar e organizar os dados em eixos de análise ou categorias e subcategorias (CHARMAZ, 2009).

Segundo Charmaz (2009) a codificação inicial requer um olhar atento com os dados das entrevistas, pois nesta etapa os incidentes são codificados com o intuito de compreender as informações a partir dos significados e das experiências dos participantes. Assim, são constituídas as primeiras dimensões da experiência analisada. Na fase focalizada, os códigos de maior expressividade são agrupados, de modo a formar categorias abstratas para sintetizar determinado fragmento de dados. Ao comparar os códigos, identificam-se as ideias e processos que emergem das entrevistas, correspondendo às categorias conceituais. A partir dessas

conexões entre as categorias, chega-se ao fenômeno emergente (CHARMAZ, 2009).

O alcance da sensibilidade teórica requer a observação do fenômeno a partir de diferentes perspectivas, de modo a possibilitar a aproximação do pesquisador com os significados e processos que permeiam a vida do entrevistado. Assim, como forma de ilustrar o fenômeno em curso, se orienta a conjugação dos verbos no gerúndio, por exemplo: desestigmatizando o cuidado às PVHIV (CHARMAZ, 2009).

4.5.1 Memorandos e Diagramas

O referencial metodológico recomenda a redação de memorandos e a elaboração de diagramas. Os memorandos são anotações que contribuem para elevar o nível de abstração das categorias e elaboração de diagramas, que consistem em representações gráficas das relações entre os conceitos, que auxiliam na reflexão e articulação dos dados. Os diagramas são representações das relações entre os conceitos que integram a teoria, de modo a auxiliar na reflexão sobre os dados, articulação de códigos, conceitos e teorias (SANTOS *et al.*, 2016; CHARMAZ, 2009). Será apresentado a seguir um modelo de memorando e diagrama elaborados durante a análise dos dados.

Quadro 5. Memorando: Descentralização do cuidado às pessoas que vivem com HIV em Florianópolis.

Pode-se perceber que a descentralização do cuidado às PVHIV para a APS em Florianópolis foi estimulada pela instituição da diretriz de início imediato do tratamento antirretroviral após o diagnóstico, o que forçou uma capilarização das práticas de testagem e manejo clínico do HIV na APS. O processo de descentralização no município de Florianópolis se iniciou com profissionais médicos voluntários que se dispuseram a realizar o manejo clínico na APS, com a possibilidade de encaminhamento para a especialidade de infectologia quando não se sentissem seguros e/ou não estivessem amparados para o manejo de determinado caso. Essa estratégia foi adotada com o intuito de não forçar os profissionais a acompanharem as PVHIV na APS, deste modo representa o processo gradual de organização da linha de cuidado ao HIV no município.

Fonte: Elaboração da autora (2020).

Figura 5. Diagrama representativo da integração entre as categorias, subcategorias e o fenômeno: Desvelando as melhores práticas de gestão no

cuidado às pessoas que vivem com HIV relacionadas com o cuidado descentralizado, compartilhado e baseado em evidências.



Fonte: Elaboração da autora (2020).

O quadro a seguir apresenta o fenômeno, categorias e subcategorias que emergiram dos dados e sustentam o modelo interpretativo estruturado neste estudo.

Quadro 6. Categorias e subcategorias relacionadas ao fenômeno geral do estudo.

Desvelando as melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV relacionadas com o cuidado descentralizado, compartilhado e baseado em evidências	
1. Descentralizando o cuidado compartilhado às pessoas que vivem com HIV para a atenção primária à saúde	1. Assumindo a responsabilidade pelo cuidado longitudinal da pessoa que vive com HIV na APS
	2. Oportunizando acesso rápido, fácil e resolutivo à pessoa que vivem com HIV na APS
	3. Criando vínculo, diminuindo estigmas e preconceitos na APS
	4. Envolvendo a equipe multidisciplinar da APS no cuidado às pessoas que vivem com HIV

	5. Instrumentalizando a equipe de saúde da família com o apoio matricial de infectologistas
2. Instrumentalizando os profissionais para um manejo clínico baseado em evidências	6. Organizando as evidências científicas de maneira simplificada para o acesso dos profissionais
	7. Capacitando os profissionais para o cuidado às pessoas que vivem com HIV na APS
	8. Baseando o cuidado em protocolos/guias de evidências científicas
	9. Utilizando os protocolos/guias de evidências científicas como instrumento norteador da educação permanente da equipe
	10. Simplificando o cuidado/esquema terapêutico às pessoas que vivem com HIV
3. Exercendo a gestão no cuidado compartilhado na atenção primária à saúde	11. Compartilhando a gestão no cuidado entre a equipe de saúde
	12. Buscando redes de apoio para vincular as pessoas que vivem com HIV à equipe de saúde
	13. Centrando as ações de gestão de cuidado em práticas de qualidade
	14. Instituinto rotinas de testagem em larga escala nos serviços de saúde
	15. Direcionando as pessoas que vivem com HIV na rede de saúde
	16. Regulando o acesso às especialidades por meio de protocolos de encaminhamento
4. Desenvolvendo melhores práticas de cuidado às pessoas que vivem com HIV frente à pandemia de Covid-19	17. Priorizando o atendimento das pessoas que vivem com HIV
	18. Facilitando as rotinas de exames (CD4, carga viral) e tratamento antirretroviral
	19. Partilhando o cuidado das pessoas que vivem com HIV entre a equipe de saúde
	20. Incentivando o isolamento social das pessoas imunodeprimidas em tempos de pandemia
	21. Fortalecendo o vínculo com as pessoas que vivem com HIV via grupos e redes sociais
	22. Pactuando estratégias/iniciativas de cuidado intersetoriais
	23. Acompanhando as pessoas que vivem com HIV pela planilha de vigilância em saúde
	24. Identificando a diminuição de rastreamento de novos casos em tempos de pandemia
	25. Aprendendo a utilizar ferramentas para o manejo clínico não presencial
	26. Estabelecendo critérios de elegibilidade para consulta presencial ou teleconsulta

	27. Facilitando o acesso aos serviços de APS com teleconsulta e acolhimento via plataformas digitais
	28. Utilizando protocolo para orientação do manejo clínico em teleconsulta

Fonte: Elaboração da autora (2020).

4.6 VALIDAÇÃO DO MODELO INTERPRETATIVO

Após a construção do modelo interpretativo, iniciou-se a etapa de validação. Esta etapa é importante para avaliar a congruência, consistência e representação do fenômeno apresentado pelos participantes da pesquisa (CHARMAZ, 2009).

A validação teórica do modelo interpretativo busca avaliar a relação do conhecimento/modelo teórico produzido com a realidade pesquisada e/ou representatividade da teoria ao fenômeno estudado. A partir do objetivo da pesquisa são avaliadas a pertinência e coerência dos dados, categorias e diagrama elaborado como resposta ao fenômeno estudado.

Um documento com a representação do modelo interpretativo foi enviado às pessoas que vivenciam o fenômeno estudado, sendo selecionados dois profissionais da saúde que participaram da pesquisa, um expert no tema de melhores práticas, um expert sobre o tema do cuidado às PVHIV na APS e um expert sobre o método da TFD, totalizando cinco participantes. O contato com os participantes se deu via Whatsapp® e e-mail, no qual se solicitou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram estabelecidos critérios para a seleção dos participantes nesta etapa de validação, na qual se esperava que os profissionais de saúde estivessem trabalhando na APS de Florianópolis e prestando cuidado às PVHIV e os experts de cada área (melhores práticas, cuidado às PVHIV na APS e TFD) precisavam ter publicações sobre o tema.

As dúvidas para a etapa de validação eram: se o modelo englobava toda a experiência de melhores práticas de gestão no cuidado às PVHIV; se o modelo abstrato representava as práticas de gestão instituídas; se as relações entre os fenômenos convergiam e se os componentes eram compreendidos pelos participantes da mesma forma que foram nomeados e articulados durante a construção do modelo interpretativo.

A coleta de dados ocorreu de maneira não presencial devido à pandemia de Covid-19, desta forma foi enviado um *Google Forms* (Apêndice B) com questões que buscavam analisar a adequação do modelo interpretativo aos critérios de ajuste, compreensão e generalização teórica, que são critérios centrais e específicos da TFD (STRAUSS; CORBIN, 2008). Optou-se por seguir as diretrizes e critérios de Strauss e Corbin (2008) nesta etapa do estudo com o intuito de agregar rigor metodológico à validação, pois em sua obra os autores apresentam de maneira sistematizada os critérios a serem avaliados. O critério de ajuste busca avaliar se a teoria é fiel à realidade cotidiana, o critério de compreensão busca avaliar a representação e compreensão da realidade, enquanto o critério de generalização teórica busca avaliar se o modelo interpretativo é abstrato o suficiente para ser aplicado em outros contextos (SOUZA; SILVA, 2011; STRAUSS; CORBIN, 2008).

O questionário foi estruturado de modo a solicitar a descrição da compreensão do modelo, descrição do fenômeno, contexto em que ele acontece, quais determinantes influenciam o fenômeno, fatores que podem facilitar ou dificultar o fenômeno, estratégias utilizadas para lidar com o fenômeno e o resultado do processo (SOUZA; SILVA, 2011). Por fim, questionou-se de que maneira o participante avaliava sua experiência no fenômeno, bem como foram aplicadas três perguntas objetivas e quantificáveis para avaliar os critérios de ajuste, compreensão e generalização.

Os dados da etapa de validação foram analisados segundo as orientações da TFD construtivista, com o intuito de verificar a adequação da teoria interpretativa aos critérios selecionados para o estudo. As sugestões dos participantes foram incorporadas no modelo interpretativo e no diagrama principal. Os participantes da validação ressaltaram a conformidade do material com a prática dos serviços de APS de Florianópolis, que foi pioneiro na descentralização do cuidado e hoje demonstra avanços na organização da rede de saúde.

Os participantes compreenderam que a imagem do diagrama representa as melhores práticas de cuidado às PVHIV baseada em quatro pilares de cuidado, que se inter-relacionam e sustentam o fenômeno do estudo, que são o cuidado baseado em evidências, o cuidado compartilhado, o cuidado descentralizado e o cuidado em tempos de pandemia. Ainda ressaltam que para cada um dos pilares são apresentados itens relacionados à organização dos serviços que influenciam na efetivação da gestão.

Para os participantes, o fenômeno acontece na rede de atenção à saúde de Florianópolis, com foco na APS enquanto ordenadora e responsável pela gestão no cuidado às PVHIV. Nesse ínterim, apontam que os itens apresentados nas categorias podem atuar como fatores influenciadores do fenômeno, de modo que a não inter-relação entre os pilares apontados no diagrama podem restringir ou dificultar a sustentação das melhores práticas de gestão no cuidado às PVHIV. Alguns aspectos foram ressaltados enquanto estratégias para lidar com o fenômeno, como o trabalho interprofissional, instituição de fluxos, definição de responsabilidades e fortalecimento da rede de atenção à saúde.

Os resultados do fenômeno estão relacionados com a qualificação do cuidado às PVHIV, que é produto de uma inter-relação de práticas e estratégias definidas por gestores e profissionais da saúde que atuam na gestão do cuidado das PVHIV.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, mediante parecer nº 4.063.338 e CAAE: 29148020.0.0000.0121 (Anexo 1). Foram seguidos os preceitos éticos para condução de pesquisa com seres humanos segundo a resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e suas complementares. Os integrantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos, metodologia e aspectos éticos propostos no estudo, bem como tiveram assegurado seu direito de acesso aos dados.

O consentimento livre e esclarecido (Apêndice C) foi solicitado, sendo enviado virtualmente para assinatura dos participantes, com preenchimento através de um formulário enviado via *Google Forms*, e arquivado com a pesquisadora. Foi garantida a confidencialidade da identidade dos participantes e das informações colhidas, bem como foi garantida a liberdade de participar, como também deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

As gravações das entrevistas foram eliminadas depois de transcritas, sendo que as transcrições dos depoimentos ficarão de posse dos pesquisadores por tempo estimado de cinco anos e depois serão destruídas. O anonimato dos participantes do estudo foi preservado por meio da adoção de códigos para identificação dos seus depoimentos. Assim, utilizou-se a letra E seguida do número correspondente à

ordem de realização das entrevistas para designar os participantes (E1, E2, E3...), e para indicação do grupo amostral utilizou-se a letra G (G1 e G2).

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão apresentados no formato de dois manuscritos, conforme Instrução Normativa nº 10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. O primeiro manuscrito intitulado “Melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV em Florianópolis” e o segundo manuscrito intitulado “O cuidado às pessoas que vivem com HIV na atenção primária de Florianópolis em tempos de pandemia de Covid-19”.

Considerou-se pertinente apresentar uma seção de caracterização dos participantes antes da apresentação dos dois manuscritos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dentre os 12 participantes do primeiro grupo amostral, apenas dois (16,6%) eram do gênero masculino e as outras 10 participantes do gênero feminino (83,3%). A média de idade do grupo foi de 37,1 anos, na qual a maior idade foi 46 e a menor foi 24 anos. Sobre a escolaridade dos participantes, apenas dois (16,6%) são mestres e 10 (83,3%) são especialistas. A média do tempo de atuação no serviço foi de três anos. Dos participantes, oito (66,6%) atuavam como enfermeiros assistenciais, dois (16,6%) como enfermeiros coordenadores e dois (16,6%) como enfermeiros residentes.

Dentre os cinco participantes do segundo grupo amostral, apenas dois (40%) eram do gênero masculino e as outras três participantes do gênero feminino (60%). A média de idade do grupo de gestores foi 41,4 de anos, na qual a maior idade foi 47 e a menor 36 anos. Sobre a escolaridade dos participantes, apenas dois (40%) cursaram mestrado e doutorado. Todos os cinco participantes (100%) são graduados em medicina e possuem especialização. A média do tempo de atuação no serviço foi de três anos. Dos participantes, dois (40%) ocupavam cargo de gerência, um (20%) de coordenação, um (20%) cargo técnico e um (20%) chefe de departamento.

5.2 MANUSCRITO 1. MELHORES PRÁTICAS DE GESTÃO NO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV EM FLORIANÓPOLIS

MELHORES PRÁTICAS DE GESTÃO NO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV EM FLORIANÓPOLIS

Ianka Cristina Celuppi
Betina Hörner Schлиндwein Meirelles

RESUMO

Objetivo: Compreender as melhores práticas de gestão desenvolvidas no cuidado à saúde da pessoa que vive com HIV em Florianópolis/SC. **Método:** Pesquisa qualitativa, ancorada na teoria fundamentada nos dados construtivista. Os dados foram coletados em quatro Centros de Saúde Florianópolis e em setores da Secretaria Municipal de Saúde, totalizando 17 participantes, distribuídos em dois grupos amostrais. A coleta e análise dos dados ocorreram de forma concomitante. **Resultados:** Chegou-se ao fenômeno intitulado “Desvelando as melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV relacionadas com o cuidado descentralizado, compartilhado e baseado em evidências”, sustentado pelas categorias “Descentralizando o cuidado compartilhado às pessoas que vivem com HIV para a atenção primária à saúde”, “Instrumentalizando os profissionais para um manejo clínico baseado em evidências”, “Exercendo a gestão no cuidado compartilhado na atenção primária à saúde” e “Desenvolvendo melhores práticas de cuidado às pessoas que vivem com HIV frente à pandemia de Covid-19”. **Considerações Finais:** Pode-se identificar que no município em estudo, as melhores práticas de gestão no cuidado às PVHIV estão relacionadas com a instituição do cuidado descentralizado e compartilhado para os serviços de APS, com manejo clínico de qualidade e baseado em evidências científicas.

Palavras-chave: HIV; Prática Clínica Baseada em Evidências; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem registrado nos últimos 5 anos uma média de 39 mil novos casos de HIV ao ano. Desde 1980 a junho de 2019 foram notificados 655.058 casos no país. Em relação à distribuição proporcional de casos de HIV no período, pode-se evidenciar que a região Sul do Brasil apresenta a segunda colocação em relação ao número de diagnósticos, com 19,9% do total de casos no país (BRASIL, 2019).

No estado de Santa Catarina, entre os anos de 2007 a 2018, foram notificados 14.232 casos de infecção pelo HIV e houve um aumento de 5,5 vezes na taxa de detecção, que passou de 7,0 casos em 2008 para 39,0 casos/100 mil habitantes em 2018. Florianópolis apresentou taxa de detecção de 57,0 casos/100.000 habitantes em 2018, valor superior ao dobro da taxa de detecção de Santa Catarina e 3,2 vezes maior que a taxa do Brasil. Esses indicadores são resultados da ampliação do diagnóstico precoce com a universalização dos Testes Rápidos, a partir de 2014 (SANTA CATARINA, 2018; BRASIL, 2019).

Esse panorama representa o compromisso assumido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis em alcançar a meta 90-90-90 do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), que objetiva a informação e conhecimento da condição sorológica de 90% da população vivendo com HIV; a vinculação ao tratamento antirretroviral ininterrupta a 90 % das pessoas diagnosticadas; e alcance da supressão viral de 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral (TARV). Com o estabelecimento dessas metas, espera-se a erradicação da epidemia de Aids até o ano de 2030 (BRASIL, 2017c). Para que essa estratégia se torne alcançável, é imprescindível a ampliação do acesso ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento e assistência por meio de novas metodologias de cuidado e gestão da clínica (CARVALHO *et al.*, 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem foco no cuidado integral e longitudinal da população, deste modo acompanha diversos agravos à saúde. Assim, compartilhar o cuidado antes prestado pelos infectologistas com a equipe de saúde da APS apresenta benefícios na utilização de recursos financeiros, ampliação do acesso, aumento da resolutividade da APS e qualificação do cuidado à PVHIV (CARVALHO *et al.*, 2020; BRASIL, 2014).

Em nível nacional, a descentralização do cuidado às PVHIV passou a ser preconizada pela Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), que trata sobre a realização de testes rápidos nos serviços de APS, buscando a detecção precoce do HIV. Logo após a instituição dos testes rápidos nos Centros de Saúde, preconizou-se o início imediato da TARV, visando a redução da transmissibilidade do HIV (BRASIL, 2013). Em seguida, iniciou-se um processo de orientação da rede de saúde visando o diagnóstico descentralizado e a possibilidade de acompanhamento das PVHIV nos Centros de Saúde, mediante matriciamento de especialistas em

infectologia. Assim, se instituiu a mudança de um modelo de cuidado centralizado para um modelo de cuidado matriciado (BRASIL, 2014).

Pode-se identificar que ao longo da epidemia de HIV no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) sempre buscou incorporar novas propostas de enfrentamento. Tais medidas vão desde a modernização da TARV, simplificação do tratamento, menor toxicidade e interação medicamentosa, medidas de prevenção combinada, oferta de preservativos, início imediato da TARV para todas as PVHIV, prescrição de profilaxia pós-exposição (PEP) e profilaxia pré-exposição (PREP), até o cuidado compartilhado entre o serviço de APS e a atenção especializada (CARVALHO *et al.*, 2020; ZANBENEDETTI; SILVA, 2016).

Estudos evidenciam algumas dificuldades para a implementação dessa mudança de modelo de cuidado, dentre as quais se destacam a escassez de recursos humanos na APS, rotatividade de profissionais, resistência à mudança e receio de sobrecarga de trabalho, percepção de incapacidade técnica para o manejo clínico descentralizado e outros desafios da prática cotidiana da APS (CARVALHO *et al.*, 2020; COLAÇO *et al.*, 2019).

Como as orientações de descentralização são recentes, se evidencia a necessidade de realização de estudos sobre o processo, de modo a identificar melhores práticas e o trabalho de gestão desenvolvido em localidades na qual a descentralização já foi instituída, a exemplo de Florianópolis (COLAÇO *et al.*, 2019). As melhores práticas são metodologias que, através da experiência e da investigação, apresentam confiabilidade para conduzir determinado resultado, podendo ser replicadas em outros cenários (OMS, 2008).

Nesse cenário, elegeu-se a pergunta orientadora do estudo: Como os profissionais de saúde significam as melhores práticas de gestão no cuidado às PVHIV? Assim, este estudo tem como objetivo compreender as melhores práticas de gestão desenvolvidas no cuidado à saúde da pessoa vivendo com HIV em Florianópolis/SC.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, ancorada no referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que consiste em um método indutivo-dedutivo, no qual a construção da teoria requer a interação

entre pesquisadores e participantes, produzindo um retrato interpretativo da realidade (CHARMAZ, 2009). As três principais vertentes do método são: Clássica, Straussiana e Construtivista. O presente estudo seguiu as orientações da vertente construtivista idealizada por Kathy Charmaz (2009).

A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2020 por meio de entrevista intensiva. O cenário do estudo foi o município de Florianópolis/SC, inicialmente quatro Centros de Saúde e subsequentemente nos setores de atenção especializada, gestão da clínica, integração assistencial e vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde.

Os participantes foram selecionados intencionalmente, considerando o trabalho que desenvolviam para a gestão no cuidado às PVHIV. Os mesmos foram convidados a integrar a pesquisa por contato via e-mail e telefone. As entrevistas aconteceram no formato não presencial devido à pandemia de Covid-19, sendo realizadas por chamada de vídeo utilizando a ferramenta digital de comunicação *Google Meet*. O termo de consentimento livre e esclarecido foi enviado virtualmente para assinatura dos participantes no formato *Google Forms*, sendo uma via arquivada sob a guarda do pesquisador.

O primeiro grupo de amostragem teve como pergunta inicial de pesquisa: Fale-me sobre as melhores práticas de cuidado direcionadas às PVHIV? Este foi composto por doze enfermeiros que atuavam na APS de Florianópolis/SC, que preencheram os seguintes critérios de inclusão: atuar como enfermeiro assistencial, coordenador ou estar cursando Residência em Enfermagem nos Centros de Saúde da capital, bem como apresentar experiência de no mínimo 6 meses em relação à data de coleta de dados. A coleta e análise dos dados foi concomitante e, a partir da análise das entrevistas do primeiro grupo amostral, emergiu a hipótese de que as melhores práticas de gestão às PVHIV estavam relacionadas com a descentralização do manejo clínico, respaldado em protocolos e guias de evidências científicas.

Nesse cenário, identificou-se a necessidade de criar um segundo grupo de amostragem teórica constituído por gestores da SMS de Florianópolis/SC. O objetivo das entrevistas com esse grupo foi explorar aspectos relacionados à elaboração/instituição de protocolos de manejo clínico direcionados ao HIV, questionando: Fale-me sobre o uso de protocolos e guias de manejo clínico para as melhores práticas de cuidado às PVHIV? Assim, o critério de inclusão para esse

segundo grupo foi: atuar em cargos de gestão na SMS de Florianópolis/SC há mais de seis meses em relação à data de coleta de dados.

Como critério de exclusão para os dois grupos amostrais se considerou os profissionais que estivessem afastados do trabalho durante o período de coleta de dados, independente do motivo. Ao final das entrevistas com o segundo grupo de amostragem teórica, que alcançou a saturação dos dados com cinco gestores, com categorias e subcategorias bem desenvolvidas e ausência de novos elementos, não sendo necessária a busca de novas informações para sustentar o fenômeno encontrado. O estudo totalizou 17 participantes.

As entrevistas foram realizadas por uma pesquisadora, com duração média de 29 minutos, sendo que a de maior tempo foi de 01h:02min:34 segundos e a de menor duração foi de 15:56 minutos. Posteriormente as entrevistas foram transcritas em arquivo Word® e organizadas no software NVivo 10®.

A análise de dados ocorreu concomitante à coleta e seguiu duas fases de codificação, a codificação inicial e focalizada. Na primeira fase ocorreu a codificação inicial, na qual os incidentes foram codificados com o intuito de compreender as informações a partir dos significados e das experiências dos participantes, constituindo as primeiras dimensões da experiência analisada. Na segunda fase ocorreu a codificação focalizada, na qual os códigos de maior expressividade foram agrupados, de modo a formar categorias abstratas para sintetizar determinado fragmento de dados (CHARMAZ, 2009). Foram elaborados memorandos e diagramas para auxiliar o desenvolvimento analítico dos dados.

Esse estudo atendeu aos preceitos éticos de pesquisas com seres humanos, segundo Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e suas complementares. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mediante parecer nº 4.063.338 e CAAE: 29148020.0.0000.0121. Para garantir o anonimato dos participantes, as falas serão apresentadas e identificadas por códigos.

RESULTADOS

Dentre os 12 participantes do primeiro grupo amostral, apenas dois (16,6%) eram do gênero masculino e as outras 10 participantes do gênero feminino (83,3%). A média de idade do grupo foi de 37,1 anos. Sobre a escolaridade dos participantes,

apenas dois (16,6%) eram mestres e 10 (83,3%) especialistas. A média do tempo de atuação no serviço foi de três anos, na qual oito (66,6%) atuavam como enfermeiros assistenciais, dois (16,6%) como enfermeiros coordenadores e dois (16,6%) como enfermeiros residentes.

Dentre os cinco participantes do segundo grupo de amostragem teórica, apenas dois (40%) eram do gênero masculino e as outras três participantes do gênero feminino (60%). A média de idade do grupo foi 41,4 anos. Sobre a escolaridade dos participantes, apenas dois (40%) cursaram mestrado e doutorado. Todos (100%) eram graduados em medicina e possuíam especialização. A média do tempo de atuação no serviço foi de três anos, na qual dois (40%) ocupavam cargo de gerência, um (20%) de coordenação, um (20%) cargo técnico e um (20%) chefe de departamento.

Os achados deste estudo apontam para quatro categorias que, inter-relacionadas sustentam o fenômeno intitulado “*Desvelando as melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV relacionadas com o cuidado descentralizado, compartilhado e baseado em evidências*”. Segundo as falas dos participantes, pode-se compreender as melhores práticas de gestão no cuidado às PVHIV em quatro pilares: 1) a descentralização do cuidado para a APS, que repercutiu em mudanças na estruturação dos serviços e organização do cuidado às PVHIV; 2) o cuidado compartilhado que se materializa no trabalho multidisciplinar da equipe de APS e no apoio matricial de especialistas; 3) o cuidado baseado em evidências científicas, que pode ser considerado o alicerce do fenômeno de melhores práticas de gestão no cuidado às PVHIV, pois instrumentaliza e prepara o profissional da APS para o manejo clínico do HIV, e 4) o desenvolvimento de melhores práticas de gestão no cuidado às PVHIV frente a pandemia de Covid-19, que representa os esforços e adequações desenvolvidas no cenário do estudo.

A partir da análise empreendida, pode-se conceituar a descentralização enquanto iniciativa disparadora do processo e condição necessária para que a mudança no modelo de cuidado se efetivasse. A instrumentalização dos profissionais para a prestação de um cuidado baseado em evidências representa o *status quo* da atenção às PVHIV no município de Florianópolis. Enquanto a gestão no cuidado compartilhado pode ser considerada produto da relação entre os outros dois na constituição do fenômeno. O detalhamento das categorias e subcategorias que representam o fenômeno estudado é apresentado no quadro a seguir.

Quadro 7. Fenômeno, categorias e subcategorias.

Desvelando as melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV relacionadas com o cuidado descentralizado, compartilhado e baseado em evidências	
1. Descentralizando o cuidado compartilhado às pessoas que vivem com HIV para a atenção primária à saúde	1. Assumindo a responsabilidade pelo cuidado longitudinal da pessoa que vive com HIV na APS
	2. Oportunizando acesso rápido, fácil e resolutivo à pessoa que vivem com HIV na APS
	3. Criando vínculo, diminuindo estigmas e preconceitos na APS
	4. Envolvendo a equipe multidisciplinar da APS no cuidado às pessoas que vivem com HIV
	5. Instrumentalizando a equipe de saúde da família com o apoio matricial de infectologistas
2. Instrumentalizando os profissionais para um manejo clínico baseado em evidências	6. Organizando as evidências científicas de maneira simplificada para o acesso dos profissionais
	7. Capacitando os profissionais para o cuidado às pessoas que vivem com HIV na APS
	8. Baseando o cuidado em protocolos/guias de evidências científicas
	9. Utilizando os protocolos/guias de evidências científicas como instrumento norteador da educação permanente da equipe
	10. Simplificando o cuidado/esquema terapêutico às pessoas que vivem com HIV
3. Exercendo a gestão no cuidado compartilhado na atenção primária à saúde	11. Compartilhando a gestão no cuidado entre a equipe de saúde
	12. Buscando redes de apoio para vincular as pessoas que vivem com HIV à equipe de saúde
	13. Centrando as ações de gestão de cuidado em práticas de qualidade
	14. Instituinto rotinas de testagem em larga escala nos serviços de saúde
	15. Direcionando as pessoas que vivem com HIV na rede de saúde
	16. Regulando o acesso às especialidades por meio de protocolos de encaminhamento
4. Desenvolvendo melhores práticas de cuidado às PVHIV frente à pandemia de Covid-19	17. Priorizando o atendimento das pessoas que vivem com HIV
	18. Facilitando as rotinas de exames (CD4, carga viral) e tratamento antirretroviral
	19. Partilhando o cuidado das pessoas que vivem com HIV entre a equipe de saúde

Descentralizando o cuidado compartilhado às pessoas que vivem com HIV para a atenção primária à saúde

Os participantes da pesquisa identificaram a estratégia de descentralização e o consequente cuidado compartilhado como iniciativas que trazem benefícios para o manejo clínico das PVHIV, principalmente no que tange ao cuidado longitudinal, o que pode ser percebido na subcategoria “Assumindo a responsabilidade pelo cuidado longitudinal da pessoa que vive com HIV na APS”.

Hoje, enquanto enfermeira de saúde da família, para mim é super importante eu saber que o cuidado da pessoa com HIV é meu, ele não é do infecto, ele é meu e do médico de família. Acho que isso é algo que faz a mudança na nossa prática. A partir do momento que eu entendo que é meu, o meu olhar para aquilo, o meu foco, o foco do meu cuidado, ele vai mudar (G1E04).

Então desde que eu estou aqui, eu os atendo, não especificamente a questão do HIV, porque a gente acaba atendendo a pessoa como um todo (G1E07).

A descentralização nesse cenário foi estimulada pela instituição da diretriz de início imediato de TARV após o diagnóstico de HIV positivo. Tal medida orientou a capilarização das práticas de testagem e manejo clínico do HIV na APS. Os participantes da pesquisa também relacionam a descentralização do cuidado com a criação de vínculo entre usuário e equipe de saúde e a consequente diminuição de estigmas e preconceitos relacionados ao HIV, como se pode visualizar na subcategoria “Criando vínculo, diminuindo estigmas e preconceitos na APS”.

O vínculo que a equipe de saúde da família tem com essas pessoas é o que garante essas boas práticas e [...] quando você me pergunta de boas práticas [...] a gente não tem nada muito revolucionário, mas algo que a gente tem muito firmado, inclusive na nossa equipe, é a questão do acesso facilitado (G1E04).

Sempre fui a favor da descentralização, eu acho que isso diminui estigma, isso diminui preconceito, dá acesso [...] (G1E03).

Ainda, os participantes reconhecem que o cuidado descentralizado para a APS está relacionado com maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, como aponta a subcategoria “Oportunizando acesso rápido, fácil e resolutivo à pessoa que vivem com HIV na APS”.

A gente tem várias formas de acesso na unidade hoje, tem e-mail, tem WhatsApp, tem telefone, tem visita domiciliar, então a gente se utiliza de todo esses mecanismos para poder facilitar ao máximo o acesso para o usuário (G1E08).

O envolvimento da equipe multidisciplinar no cuidado às PVHIV também recebeu destaque na fala dos participantes, que afirmam compartilhar responsabilidades e atribuições no cuidado às PVHIV, como se pode identificar nas subcategorias “Envolvendo a equipe multidisciplinar da APS no cuidado às pessoas que vivem com HIV”.

O cuidado em equipe é o que funciona para um agravo de doença tão complexo (G2G01).

A gente tem as agentes comunitárias de saúde como nossas aliadas também. Então, se precisar buscar em domicílio, dar recado, verificar alguma situação [...], elas são parceiras nossas, elas topam e fazem (G1E04).

A descentralização no município de Florianópolis se iniciou com profissionais médicos voluntários que se dispuseram a realizar o manejo clínico na APS, com a possibilidade de encaminhamento ou matriciamento de infectologistas quando não se sentissem seguros e/ou não estivessem amparados para o manejo de determinado caso. Deste modo, o apoio matricial de médicos infectologistas também é apontado com destaque pelos participantes, como apresenta a subcategoria “Instrumentalizando a equipe de saúde da família com o apoio matricial de

infectologistas”.

A instituição de apoio matricial foi bastante importante, [...] diminuiu muito a taxa de encaminhamento para os infectologistas, [...] o paciente se vinculou de fato à atenção primária, teve acesso mais rápido à TARV, [...] então facilitou o acesso e o vínculo também (G2G04).

Instrumentalizando os profissionais para um manejo clínico baseado em evidências

A segunda categoria se refere ao uso de evidências científicas para orientação do manejo clínico na APS, com destaque para alguns instrumentos instituídos pela SMS de Florianópolis/SC, como os protocolos municipais e o *Practical Approach to Care Kit* (PACK)¹. Tal cenário pode ser identificado nas subcategorias “Organizando as evidências científicas de maneira simplificada para o acesso dos profissionais”.

Eu acho que as melhores práticas são aquelas práticas baseadas nas melhores evidências científicas (G1E10).

Ele [o PACK] é um guia fácil de usar, com diretrizes, toda uma estrutura baseada em evidência, adaptado localmente e com uma estratégia de treinamento (G2G03).

Às vezes o paciente chega com queixas, [...] as mulheres por exemplo “eu to tomando tal coquetel, será que eu posso tomar tal anticoncepcional? ”. A gente vai no PACK, e lá eu acho essa resposta. Ele é bem estruturado, bem organizado (G1E02).

Também se pode evidenciar que a instituição de protocolos/guias para o manejo clínico descentralizado para a APS contribuiu para a sistematização e

¹ O PACK é um programa desenvolvido por Ruth Cornick e Lara Fairall para a realidade Sul-Africana, que está alinhado e adaptado às mais recentes evidências científicas e recomendações globais. Deste modo, o PACK é uma ferramenta para suporte à tomada de decisão clínica na atenção primária, voltado ao manejo de pacientes adultos, com 18 anos ou mais (PACK BRASIL ADULTO VERSÃO FLORIANÓPOLIS, 2020).

simplificação do tratamento, que pode ser acompanhado sem grandes dificuldades pela equipe multidisciplinar, como demonstra a subcategoria “Simplificando o cuidado/esquema terapêutico às pessoas que vivem com HIV”.

Hoje a gente tem o tratamento de HIV protocolar, o tratamento na atenção básica. Vou te dizer que pouco se tem que pensar em relação ao que fazer e o que não fazer. Quando complica [...] a gente vai discutir o caso com infecto. Mas a maioria, a grande porcentagem das pessoas se encaixa naqueles critérios bem certinho, que vai tomar determinada medicação, que vai ter a mesma periodicidade dos exames [...]. Então, eu costumo dizer para os pacientes que hoje é mais fácil tratar o HIV do que tratar diabetes (G1E04).

Desta maneira, pode-se compreender que o manejo clínico das PVHIV na APS é fundamentado por evidências científicas nacionais e internacionais, o que resulta na prestação de um cuidado qualificado e de maior resolutividade. A subcategoria “Baseando o cuidado em protocolos/guias de evidências científicas” indica esse cenário.

O PACK ajuda muito e dá uma agilidade para o manejo, uma agilidade muito boa porque tu já vais lá e fazes tudo. E tudo é embasado em evidência. Então, te dá uma confiança no seu manejo porque é tudo muito embasado (G1E01).

O município de Florianópolis instituiu o PACK, que foi desenvolvido pela Universidade do Cabo, na África do Sul, e consiste em programa estruturado em quatro pilares: 1) guia de orientações clínicas, 2) estratégia de treinamento profissional, 3) monitoramento e 4) condução de mudanças para o sistema de saúde. Assim, pode-se compreendê-lo como o principal instrumento de orientação do manejo clínico, associado aos protocolos municipais. Além disso, ganha destaque na educação permanente dos profissionais da APS, como sinaliza a subcategoria “Capacitando os profissionais para o cuidado às pessoas que vivem com HIV na APS”.

Então, era dado algumas situações, casos clínicos, e a gente ia discutindo conforme o PACK o manejo que se dava naquela situação do paciente, naquele caso clínico do dia, né? (G1E01).

Os participantes evidenciam que as ações de educação permanente da equipe de saúde são realizadas com base nas diretrizes do PACK, de modo a auxiliá-los na utilização do guia e na ampliação de seus conhecimentos sobre a clínica dos agravos e condições mais frequentes na APS. A subcategoria “Utilizando os protocolos/guias de evidências científicas como instrumento norteador da educação permanente da equipe” retrata essa afirmação.

Através dessa discussão do guia acontece um treinamento que levanta dúvidas, que remetem para mim [gestor], que eu respondo, e nesse *feedback* contínuo as pessoas vão fazendo esse treinamento semanal em módulos de casos, aprendendo a usar o guia, aprendendo a clínica daquele caso e também em alguns aspectos do sistema de saúde como fluxo de encaminhamento (G2G03).

Exercendo a gestão no cuidado compartilhado na atenção primária à saúde

A gestão no cuidado compartilhado pode ser evidenciada a partir da instituição de rotinas, fluxos e protocolos no serviço de saúde. O uso de instrumentos de gestão no cuidado contribuiu para a adoção de algumas rotinas no serviço, a exemplo da solicitação de sorologia em grande escala para os usuários que frequentam o Centro de Saúde, como demonstra a subcategoria “Instituindo rotinas de testagem em larga escala no serviço de saúde”.

Então, a gente bate muito na tecla com os residentes: “é para pedir sorologia para todo mundo”, “você pode esquecer de pedir outro exame mas a sorologia ela é óbvia para todo mundo”, “se a gente não faz sorologia, a gente vai deixar de fazer diagnóstico e vai deixar a pessoas com HIV sem saber que tem” (G1E04).

Os participantes da pesquisa sinalizam a existência de uma rede de apoio que compartilha o cuidado às PVHIV, como se pode observar na subcategoria “Compartilhando a gestão no cuidado entre a equipe de saúde”.

A gente divide as tarefas de busca ativa, de monitoramento desses pacientes e utiliza o espaço das nossas reuniões de equipe, que são semanais, para discutir os casos mais complexos, que têm maior dificuldade, que precisa ampliar a busca e o suporte nessa rede, seja ela familiar seja ela com outros profissionais, inclusive com os profissionais do NASF (G1E04).

Além do cuidado compartilhado entre equipe de atenção primária e profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a fala dos entrevistados evidencia a existência de uma rede intersetorial de cuidado às PVHIV, como sinaliza a subcategoria “Buscando redes de apoio para vincular as pessoas que vivem com HIV à equipe de saúde”. A rede de apoio não se restringe à atenção especializada, mas compreende também organizações não governamentais.

Eu peguei três lideranças de Organizações Não Governamentais (ONG) que eu confiava e eu fiz uma reunião com eles e falei assim “pessoal vocês vão ter que ajudar a captar os nomes e a gente ajuda na distribuição [de TARV]”. Então, isso foi uma parceria com as ONGs e está dando super certo. Eu até tenho que ver os dados atualizados, mas a gente certamente já passou de 500 pessoas que a gente ofereceu entrega de TARV (G2G01).

Outra subcategoria que emergiu da fala dos participantes foi “Centrando as ações de gestão no cuidado em práticas de qualidade”, que representa a maneira como os profissionais visualizam sua prática no cuidado às PVHIV, bem como elucida a preocupação com a qualidade/resolutividade do atendimento em saúde.

Então, a partir da implementação dos protocolos, hoje se o paciente vem na unidade para acompanhamento da

questão do HIV, ele pode consultar com o Enfermeiro. [...] Então, isso facilitou o nosso processo de trabalho, não só o trabalho da enfermagem mas o trabalho da equipe como um todo, por poder compartilhar esses cuidados (G1E04).

Eu acho que uma melhor prática é através de um bom manejo clínico, adequado e padronizado na rede de saúde, [...] que estamos tentando fazer através de treinamento, através do PACK. A gestão clínica também facilita muito isso porque tu tens um acesso rápido com especialista da rede, então isso facilita muito (G1E07).

Eu acho que esse programa de acompanhamento do HIV funciona muito, claro que sempre tem coisas para melhorar, tem que consolidar isso, mas acho que o paciente está bem assistido, pelo menos aqui em Florianópolis (G1E01).

O cuidado compartilhado na APS requer a coordenação do cuidado e orientação do usuário nos diversos pontos da rede de atenção à saúde. Tais preceitos também ganharam destaque na fala dos participantes, o que se pode perceber na subcategoria “Direcionando as pessoas que vivem com HIV na rede de saúde”.

[A equipe] consegue manter a coordenação do cuidado porque se o paciente está sob sua responsabilidade, mesmo que você precise de algum apoio matricial para tirar dúvidas ou encaminhar esse paciente para outras especialidades, você ainda mantém esse paciente sob seu cuidado (G2G04).

Quando ele [o paciente] estava na infectologia, por mais que também houvesse vínculo com o infectologista, o paciente se perdia nas outras questões de rede que acabam sendo ordenadas pela atenção primária (G2G05).

Também se podem evidenciar iniciativas de regulação de acesso aos serviços de infectologia por meio da instituição de um protocolo contendo características clínicas que sinalizam as necessidades de encaminhamento. A subcategoria “Regulando o acesso às especialidades por meio de protocolos de encaminhamento” apresenta esse cenário.

As nossas equipes foram treinadas para atender os pacientes de acordo com parâmetros de CD4, CD8 e CV na AB. Então, os pacientes só vão encaminhados para as policlínicas, e para isso nós temos um protocolo de acesso, quando eles têm determinadas características (G2G05).

Desenvolvendo melhores práticas de cuidado às PVHIV frente à pandemia de Covid-19

Durante o período de realização do estudo, o mundo enfrentava a pandemia de Covid-19, deste modo, as adequações dos serviços de saúde e os desafios para a manutenção do acompanhamento das PVHIV recebeu destaque na fala dos participantes do estudo. A subcategoria “Priorizando o atendimento das pessoas que vivem com HIV” representa a preocupação com a priorização de acesso das PVHIV aos serviços de saúde.

Como a gente tem um número muito grande [de pacientes], a gente precisa desse controle de quem é meu foco, quem é minha prioridade (G1E04).

Para você ter um determinado número de atendimentos para COVID e manter a mesma população com doenças crônicas, e o mesmo número de profissionais [...] é difícil! Então, alguém vai ficar de fora. A gente só precisa se organizar para que quem seja prioridade não fique de fora (G1E04).

A necessidade de reestruturação dos serviços para o atendimento de uma nova demanda de sintomáticos respiratórios, associado à necessidade de manutenção dos atendimentos às pessoas com condições crônicas que já eram acompanhados pela equipe de saúde, nas quais as infecções pelo HIV e aids se incluem, fez emergir propostas de flexibilização e facilitação do acesso do usuário aos serviços de saúde. Na subcategoria “Facilitando as rotinas de exames (CD4, carga viral) e tratamento antirretroviral” os participantes explanaram sobre rotinas de cuidado flexibilizadas.

A gente tem um processo de trabalho todo organizado para que as pessoas venham o mínimo possível na unidade. A principal porta de entrada é o WhatsApp, a gente vai avaliando a situação. Então, a gente tem, por exemplo, as renovações de receitas que estão sendo feitas todas por teleconsulta no WhatsApp (G1E03).

As vacinas são feitas todas mediante agendamento via WhatsApp em uma planilha do excel todos os dias. O atendimento odontológico é caso a caso também, avaliado pela dentista. Os medicamentos a pessoa vem ali na frente, ela traz a receita, a agente comunitária recebe essa receita, separa o medicamento e entrega para essa pessoa (G1E03).

O trabalho em equipe também recebeu destaque frente às adequações que foram necessárias durante a pandemia de Covid-19. A subcategoria “Partilhando o cuidado das pessoas que vivem com HIV entre a equipe de saúde” contextualiza a importância do trabalho em conjunto da equipe multidisciplinar de saúde.

Aquilo que eu te falei lá no início, sobre o acesso facilitado [...] a gente tem uma equipe preparada para isso (G1E04).

A gente pode avaliar junto à equipe alguma outra situação que a gente considera que seja de risco (G1E03).

Deste modo, pode-se compreender que o fenômeno “Desvelando as melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV relacionadas com o cuidado descentralizado, compartilhado e baseado em evidências” está relacionado com a responsabilização da APS e instituição de mecanismos de qualificação profissional para o acompanhamento das PVHIV, bem como com a construção de estratégias para o manejo compartilhado, inclusive em cenários adversos, como o da pandemia de Covid-19.

DISCUSSÃO

A linha de cuidado às PVHIV no município de Florianópolis está estruturada de acordo com as orientações de descentralização do cuidado para os serviços de APS, que desse modo atua como porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado. O município vem instituindo essa mudança de modelo de cuidado centrado na atuação de especialistas para o cuidado compartilhado na APS de maneira gradual desde o ano de 2015 (CARVALHO *et al.*, 2020).

Em 2015, Florianópolis instituiu mecanismos de teleconsultoria e matriciamento de profissionais infectologistas com o intuito de fomentar a discussão de casos clínicos e a construção de projetos terapêuticos singulares. A prescrição de TARV foi instituída mediante projeto-piloto realizado com médicos de família e comunidade, de modo a priorizar os profissionais interessados em introduzir essa prática na sua rotina de trabalho. Todo esse processo ocorreu mediante suporte técnico-pedagógico, apoio institucional e especializado (VIDOR *et al.*, 2017; COELHO; MEIRELLES, 2019; CARVALHO *et al.*, 2020). Tal fato demonstra a importância do desenvolvimento de instrumentos de gestão e apoio institucional na coordenação da mudança do modelo.

Para facilitar o acesso dos profissionais da APS à teleconsultoria e matriciamento de infectologistas, o município de Florianópolis estabeleceu canais de comunicação de resposta rápida, como e-mail para discussão de casos específicos e grupos de *Whatsapp* para questões gerais relacionadas ao manejo clínico do HIV. Ainda, pode-se enfatizar o esforço da gestão municipal em constituir protocolos clínicos de encaminhamento para a atenção especializada, bem como a instituição de fluxos bem definidos entre os serviços.

Os benefícios da descentralização do cuidado às PVHIV — com o devido apoio técnico-pedagógico-institucional — podem ser evidenciados na fala dos profissionais e gestores, que relataram avanços na longitudinalidade e integralidade do cuidado. Achados de outros estudos também corroboram com essa afirmação ao demonstrar que a reorganização do modelo de atenção às PVHIV promove melhorias no acesso aos serviços de saúde, adesão ao tratamento, criação de vínculo com a equipe, maior retenção no cuidado e ampliação do diagnóstico precoce (COLAÇO *et al.*, 2019; COELHO; MEIRELLES, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; ZAMBENEDETTI; DA SILVA, 2016; HIGA *et al.*, 2015).

O estudo de Carvalho *et al.* (2020), que analisou o perfil do manejo e atendimento das PVHIV, bem como o processo de descentralização e cuidados compartilhados na APS em Florianópolis, evidenciou um acréscimo significativo do número de consultas relacionadas ao HIV na APS entre os anos de 2014 e 2018. Esse estudo evidenciou que houve um aumento de 1.135 consultas (0,25% do total de consultas no ano de 2014) para 5.970 consultas (1,09% do total de consultas no ano de 2018). Assim como, também apontou uma redução da porcentagem de encaminhamentos à especialidade de infectologia durante o período, que caiu de 62,1% em 2014 para 16,4% em 2018. Também pode-se analisar que os principais motivos para encaminhamento ao infectologista no município são: ajuste de TARV por falha terapêutica, Aids, infecções associadas, ser gestante, história de uso prévio de TARV e diagnóstico recente de HIV.

Tais afirmações vão ao encontro das diretrizes clínicas expostas no protocolo municipal de acesso à infectologia, o que evidencia o cumprimento do fluxo de encaminhamento. As diretrizes clínicas que evidenciam a necessidade de encaminhamento para o infectologista apresentadas no protocolo são: diagnóstico de Aids, infecção oportunista grave e/ou instável clinicamente, resistência ao tratamento antirretroviral, falha virológica (Carga Viral de 6 meses após iniciar TARV confirmada por nova coleta após 4 semanas), transaminases (TGO ou TGP) igual ou maior que três vezes o limite de normalidade, hemograma com hemoglobina menor que 10g/dl, neutrófilos menores que 1.000 células/mm³, taxa de filtração glomerular menor que 60 ml/min/1,72m² ou proteinúria, gestantes e coinfeção com tuberculose (FLORIANÓPOLIS, 2017).

O PACK também ganhou destaque na fala dos participantes, pois se trata de um guia de apoio à tomada de decisão clínica e instrumento norteador do processo

de trabalho da equipe de APS. O PACK foi criado com foco no acompanhamento clínico do HIV em um cenário de *déficit* de profissionais médicos e consequente ampliação da clínica do profissional enfermeiro para dar conta das necessidades de saúde da África do Sul. Com o passar dos anos, o PACK expandiu seu escopo para além do HIV e atualmente congrega os principais agravos atendidos na APS. Ele é elaborado na Universidade do Cabo/África do Sul com parceria do *British Medical Journal* (BMJ), deste modo, é importante destacar o alinhamento conceitual entre as melhores práticas ou “*Best Practices*” do BMJ e o PACK (PACK ADULTO FLORIANÓPOLIS, 2020).

O PACK Adulto Florianópolis (2020) apresenta um capítulo de orientação para os cuidados em HIV. O documento está estruturado em forma de fluxogramas, abordando inicialmente a conduta para diagnóstico de novos casos, cuidados de rotina, revisão de resultados de exames de rotina, aconselhamento, tratamento e reavaliação. Também apresenta uma página especial com diretrizes para a iniciação da TARV.

No estudo de Carvalho *et al.* (2020) os profissionais da APS de Florianópolis apontaram os principais materiais de apoio utilizados para o manejo clínico descentralizado do HIV. Dos 105 participantes da pesquisa, 98 apontaram o PACK enquanto material de apoio à tomada de decisão, 72 sinalizaram as discussões de caso em grupo de aplicativo de celular na rede municipal de saúde de Florianópolis, 57 referiram utilizar o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) ou outros materiais do Ministério da Saúde, 54 apontaram discutir casos com colega ou preceptor, 43 utilizam materiais de apoio elaborados pela rede municipal de saúde de Florianópolis e 22 utilizaram o matriciamento por e-mail.

O PACK foi implementado após uma adaptação/tradução para o contexto do sistema de saúde em Florianópolis. Após esse processo, chega-se ao instrumento que se tem hoje e que orienta as práticas de cuidado na APS. Ou seja, trata-se de um guia fácil de usar, baseado em evidências, adaptado localmente, com uma estratégia de formação profissional que foi construído com base na estratégia utilizada pela indústria farmacêutica, que se trata de um treinamento em cascata, com treinadores locais (médico e enfermeiro) que treinam as equipes no local de trabalho, com foco no uso do PACK, a clínica os casos e também algum aspecto do sistema de saúde, como fluxo de encaminhamento. Sinaliza-se que o PACK contribui

para a vazão para a linha de cuidado, ampliação de acesso, orientação da educação permanente dos profissionais e regulação do acesso à média complexidade.

A conjuntura de pandemia de Covid-19 obrigou uma adequação dos serviços de saúde à nova demanda de sintomáticos respiratórios, o que sobrecarregou a capacidade instalada desses espaços e suprimiu outras demandas que também são de importância para a saúde pública (SHIAU *et al.*, 2020). Dentre as diferentes iniciativas instituídas pela prefeitura de Florianópolis, através da Secretaria de Saúde, para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, destaca-se a criação do PACK Covid-19, que consiste em um guia de apoio à tomada de decisão clínica relacionada ao novo corona vírus (PACK COVID-19, 2020).

O PACK Covid-19 (2020) apresenta orientações sobre o rastreamento de casos, avaliação de sintomas respiratórios leves e graves, manejo de casos suspeitos, análise e conduta após resultado dos exames, monitoramento, prevenção de contágio e uso de equipamentos de proteção individual. O desenvolvimento desta ferramenta e sua implementação na APS de Florianópolis, associado a adequações para o cuidado não-presencial das PVHIV, demonstram os esforços que foram construídos pela gestão municipal e profissionais da saúde para o enfrentamento da síndrome de Covid-19, que impacta a saúde de doentes crônicos e com multimorbidades (SHIAU *et al.*, 2020).

Os resultados desta pesquisa, somados aos achados de outro estudo que analisou o cuidado compartilhado e a organização da linha de cuidado às PVHIV em Florianópolis (COELHO; MEIRELLES, 2019), evidenciam a importância do compartilhamento do cuidado para o alcance da integralidade e longitudinalidade do cuidado. Com os avanços no TARV e consequente melhoria na qualidade de vida das PVHIV, a infecção pelo HIV passou a ser considerada uma condição crônica de saúde, diante disto, o cuidado compartilhado com coordenação da APS se mostra uma iniciativa muito efetiva para o SUS.

Nesse íterim, ao analisar as iniciativas implementadas em Florianópolis, pode-se identificar que a descentralização do cuidado às PVHIV ocorreu de acordo com o preconizado pelo “Guia para gestores: 5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica”. A figura a seguir apresenta uma comparação entre as orientações indicadas pelo documento (BRASIL, 2014) e as iniciativas estabelecidas no município de Florianópolis.

Figura 6. Comparação entre as orientações do guia de descentralização do manejo da infecção pelo HIV e as iniciativas instituídas em Florianópolis.

5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica em Florianópolis

1. Estabelecer um modelo de estratificação de risco

Practical Approach to Care Kit (PACK) Adulto Florianópolis
 Protocolos assistenciais
 Protocolo de acesso à infectologia

2. Qualificar os profissionais

Treinamentos in loco
 Discussões de casos clínicos
 Practical Approach to Care Kit (PACK) Adulto Florianópolis

3. Garantir suporte técnico aos profissionais

Matriciamento de infectologistas
 Interconsultas entre profissionais da APS e da atenção especializada
 Grupos de e-mail e whatsapp com especialistas

4. Disponibilizar exames de CD4 e carga viral

Solicitação e avaliação de CD4 e carga viral na APS
 Postos de coleta: policlínica centro, policlínica continente, policlínica sul, policlínica norte e Hospital Universitário (HU/UFSC)

5. Viabilizar o acesso aos antirretrovirais - ARV

Retirada dos ARV na policlínica centro, policlínica continente e policlínica norte

Fonte: Elaboração da autora (2020).

A efetivação da linha de cuidado às PVHIV, com atuação importante da APS, promove o esperado compartilhamento do cuidado para o alcance da integralidade e longitudinalidade da atenção diante da infecção pelo HIV/aids como condição crônica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo se pode compreender que as melhores práticas de gestão no cuidado às PVHIV no município de Florianópolis estão

relacionadas com a instituição do cuidado descentralizado e compartilhado para os serviços de APS, com ampliação de acesso, criação de vínculo, instituição de fluxos e protocolos, responsabilidade profissional e trabalho multidisciplinar. Tal fato desencadeou um processo de capacitação e instrumentalização dos profissionais para um manejo clínico baseado em evidências, bem como a estruturação da linha de cuidado direcionada a essa população.

A análise dessas iniciativas é fundamental para a representação dos esforços e a visualização dos bons resultados que o município de Florianópolis vem construindo no cuidado descentralizado à PVHIV. O apoio institucional e organização da linha de cuidado ao HIV podem ser visualizados com destaque, pois se demonstraram bem estruturados e também vão ao encontro das orientações do Ministério da Saúde.

O processo de descentralização do cuidado compartilhado com coordenação da APS foi realizado de maneira gradual, com instituição de iniciativas, fluxos, protocolos e instrumentos de apoio ao manejo clínico do HIV. Nesse cenário, emerge o PACK enquanto guia de apoio à tomada de decisão clínica, treinamento da equipe, monitoramento e condutor de mudanças para o sistema de saúde. Tal fato evidencia a importância da qualificação profissional no processo de descentralização.

Nesse ínterim, a descentralização do cuidado às PVHIV para a APS, o compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais e serviços de saúde e o cuidado baseado em evidências científicas, podem ser visualizados como melhores práticas instituídas em Florianópolis. Essa conjuntura apresenta benefícios quanto a qualificação do cuidado, aproximação do usuário ao serviço de saúde, facilidade no acesso, início imediato do TARV e criação de vínculo com os profissionais da APS.

As limitações desta pesquisa estão relacionadas à compreensão acerca das melhores práticas de gestão no cuidado na perspectiva das PVHIV, pois estas não compuseram os grupos amostrais da pesquisa e os achados se direcionaram para as práticas de trabalho. Deste modo, foram analisados os significados das melhores práticas no âmbito institucional, a partir das falas dos profissionais e gestores dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2019**. 2019. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>.

Acesso em 12 Nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em:

<http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-contiuo>. Acesso em: 15 abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cinco passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 27 de 29 de novembro de 2013**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. 2013. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/prt0027_29_11_2013.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%2027%2C%20DE%2029,Infec%C3%A7%C3%A3o%20pelo%20HIV%20em%20Adultos. Acesso em 12 Out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 77 de 12 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html.

Acesso em 09 Set. 2020.

CARVALHO, V.K.A. *et al.* Cuidado compartilhado de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária: resultados da descentralização em Florianópolis. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, p. 2066-2066, 2020. Disponível em:

<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2066>. Acesso em 15 Nov. 2020.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre (RS): Artmed; pp. 272, 2009.

COELHO, B.; MEIRELLES, B.H.S. Care sharing for people with HIV/AIDS: a look targeted at young adults. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1341-1348, 2019. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000501341&script=sci_arttext. Access on 12 Nov. 2020.

COLAÇO, A.D. *et al.* O cuidado à pessoa que vive com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072019000100332&script=sci_arttext&tling=pt. Acesso em 12 Nov. 2020.

FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Acesso Infectologia**: versão 2017. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. 2017.

HIGA, D.H. *et al.* Interventions to improve retention in HIV primary care: a systematic review of US studies. **Current Hiv/aids Reports**, v. 9, n. 4, p. 313-325, 2012.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia para a Documentação e Partilha das “Melhores Práticas” em Programas de Saúde**. Rwanda: Escritório Regional Africano Brazzaville/OMS; 2008.

PACK BRASIL ADULTO: VERSÃO FLORIANÓPOLIS. **Kit de Cuidados em Atenção Primária**. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute’s Knowledge Translation Unit, 2020. Título original: Practical Approach to Care Kit - PACK Global Adult.

PACK COVID-19. **COVID-19**: Guia para profissionais de Atenção Primária. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: <http://bit.ly/covid19floripa>. Acesso em 14 Nov. 2020.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018 Santa Catarina**. 2018. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/barrigaverde/pdf/Aids_2020.pdf. Acesso em 10 Out. 2020.

SHIAU, S. *et al.* The burden of COVID-19 in people living with HIV: a syndemic perspective. **AIDS and Behavior**, p. 1-6, 2020. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-020-02871-9>. Access on 04 Nov. 2020.

VIDOR, A.C. *et al.* **HIV/AIDS em Florianópolis – Cascata 90/90/90**. Boletim Epidemiológico. 1(2):1-12, 2017. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/18_01_2018_18.02.33.c4958c10c46ea33ed4e33d1514aea7f2.pdf. Aceso em 15 Nov. 2020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **HIV Programme: Achieving our goals.** Operational plan 2014- 2015. Paris: OMS; 2014.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 785-806, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2016.v26n3/785-806/>. Acesso em 01 Nov. 2020.

5.3 MANUSCRITO 2. O CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE FLORIANÓPOLIS EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

O CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE FLORIANÓPOLIS EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

Ianka Cristina Celuppi
Betina Hörner Schindwein Meirelles

RESUMO

Objetivo: Compreender as práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV em tempos de pandemia de Covid-19 na Atenção Primária à Saúde em Florianópolis. **Método:** Pesquisa qualitativa, ancorada na teoria fundamentada nos dados construtivista. Os dados foram coletados em quatro centros de saúde de Florianópolis e em setores da secretaria municipal de saúde, de julho a setembro de 2020, totalizando 17 participantes, distribuídos em dois grupos amostrais. A coleta e análise dos dados ocorreram concomitantes. **Resultados:** Chegou-se à categoria “Desenvolvendo melhores práticas de cuidado às PVHIV frente à pandemia de Covid-19”. **Considerações Finais:** O município em estudo reestruturou sua rede de serviços de saúde com a instituição de fluxos e protocolos com o intuito de manter a continuidade do cuidado às pessoas que vivem com HIV. Destacou-se a incorporação de tecnologias de cuidado não-presencial como estratégias para ampliação do acesso.

Palavras-chave: HIV; Atenção Primária à Saúde; Infecções por Coronavírus.

INTRODUÇÃO

A pandemia da doença corona vírus 2019 (Covid-19), causada pela nova síndrome respiratória aguda grave corona vírus 2 (SARS-CoV-2), resultou em morbidade e mortalidade significativas em todo o mundo. Até a metade do mês de dezembro de 2020 haviam sido notificados 73.573.455 casos confirmados e 1.637.805 mortes por Covid-19 no mundo. Assim como, até a mesma data, o Brasil confirmou 6.970.034 casos e 182.799 mortes (BRASIL, 2020; CORONAVÍRUS, 2020).

A despeito desse cenário, tem-se fomentado discussões sobre as formas de organização e adaptação dos serviços de saúde às novas demandas que emergiram com a pandemia, buscando desenvolver ferramentas e estratégias para cumprir com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada prioritária para o SUS, de modo a ordenar e coordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), deste modo apresenta papel fundamental no enfrentamento à pandemia de Covid-19 (CABRAL *et al.*, 2020).

Destacam-se alguns eixos de atuação da APS nesse contexto, como a vigilância em saúde nos territórios, atenção aos usuários suspeitos e/ou casos confirmados de Covid-19 sem gravidade, suporte social a grupos vulneráveis e continuidade do cuidado direcionado a grupos/agrivos de prioridade para esse nível de complexidade. Deste modo, o modelo brasileiro centrado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e enfoque territorial, já apresenta impactos positivos na saúde da população e torna-se promissor enquanto estratégia para abordagem comunitária, necessária ao enfrentamento de qualquer pandemia (MEDINA *et al.*, 2020).

Acredita-se que a pandemia de Covid-19 e as ações tomadas em resposta a ela, terão consequências de longo alcance em outras doenças, pobreza, segurança alimentar e crescimento econômico (SARTI *et al.*, 2020). Os impactos no cuidado a outros agravos estão diretamente relacionados com as interrupções nas atividades e serviços usuais para o atendimento da demanda de Covid-19. Tais interrupções incluem a redução de certas atividades e busca de cuidados, redução de capacidade do sistema em decorrência dos sintomas respiratórios e interrupções no fornecimento de *commodities* para o setor saúde (HOGAN *et al.*, 2020; WALKER *et al.*, 2020).

Estudos evidenciam que as co-morbidades associadas às doenças crônicas são fatores determinantes para a mortalidade por Covid-19, o que destaca a necessidade de maior cuidado e precaução com relação a pacientes que já são acometidos por doenças respiratórias, diabetes, doenças cardiovasculares, doença renal, obesidade, doença hepática e pessoas imunodeprimidas, como as Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV) (KHALILI *et al.*, 2020; MIRZAEI *et al.*, 2020). Estima-se que em locais com altas cargas de HIV, as interrupções do cuidado durante a pandemia de Covid-19 podem causar um aumento de mortes devido o HIV de até 10% (HOGAN *et al.*, 2020).

Tal cenário enfatiza a importância da atenção à multimorbidade das PVHIV, bem como garantir o fornecimento de tratamento antirretroviral (TARV) sem prejuízos à adesão ao tratamento e ao acompanhamento clínico (MIRZAEI *et al.*, 2020). No entanto, embora instituições internacionais e órgãos governamentais já venham demonstrando preocupação com a pandemia de HIV ao longo dos anos, a atual pandemia de Covid-19 apresenta inúmeras barreiras e desafios à continuidade do cuidado às PVHIV (JIANG; ZHOU; TANG, 2020; DA PAZ SILVA FILHO *et al.*, 2020).

Portanto, em locais com alta carga de HIV, manter a continuidade dos serviços e os elementos centrais dos programas de HIV deve ser uma prioridade para reduzir o impacto a longo prazo da pandemia Covid-19. Assim, deve-se garantir a continuidade da TARV mesmo em períodos de maior demanda do sistema de saúde, seja por prescrições de longo prazo, dispensação em espaços alternativos, dentre outras possibilidades (HOGAN *et al.*, 2020).

Nesse ínterim, elegeu-se como questão norteadora do estudo: Como são as práticas de cuidado às PVHIV em tempos de pandemia de Covid-19 em Florianópolis? O estudo objetivou compreender as práticas de gestão no cuidado às PVHIV em tempos de pandemia de Covid-19 na Atenção Primária à Saúde em Florianópolis.

Este estudo justifica sua relevância ao propor a compreensão de um fenômeno emergente e impactante na saúde pública mundial, a pandemia de Covid-19, com foco nas melhores práticas de cuidado à saúde de uma população considerada prioritária pelas políticas de saúde, as PVHIV. Desde o início da epidemia de HIV, nos anos 1980 até os dias atuais, nunca se viveu uma pandemia de tamanho impacto nos sistemas de saúde como a atual pandemia de Covid-19. Deste modo, reitera-se a importância histórica e científica dessa análise (MEDINA *et al.*, 2020).

Ainda, o estudo retrata a realidade de enfrentamento vivenciada em Florianópolis/SC, que é considerada a capital com maior desempenho no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), maior porcentagem de cobertura de ESF, e oferta cuidado compartilhado e descentralizado na APS às PVHIV, sendo considerada referência nacional na gestão e prestação de serviços de APS (FLORIANÓPOLIS, 2017). A disseminação do conhecimento

acerca das estratégias instituídas por Florianópolis podem evidenciar melhores práticas e determinar a adoção das mesmas em outros cenários.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, ancorada no referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que consiste em um método indutivo-dedutivo, na qual a construção da teoria requer a interação entre pesquisadores e participantes, produzindo um retrato interpretativo da realidade (CHARMAZ, 2009; GLASER; STRAUSS, 1967). As três principais vertentes do método são: Clássica, Straussiana e Construtivista. O presente estudo seguiu as orientações da vertente construtivista idealizada por Kathy Charmaz.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2020 por meio de entrevistas intensivas. O cenário do estudo foi o município de Florianópolis/SC, inicialmente quatro Centros de Saúde e subsequentemente nos setores de atenção especializada, gestão da clínica, integração assistencial e vigilância epidemiológica da SMS.

Os participantes da amostragem inicial foram selecionados intencionalmente considerando o trabalho que desenvolviam na gestão no cuidado às PVHIV. Os mesmos foram convidados a integrar a pesquisa por contato via e-mail e telefone. As entrevistas aconteceram no formato não presencial devido à pandemia de Covid-19, desta forma foram realizadas por chamada de vídeo utilizando o sistema de comunicação *Google Meet*. O termo de consentimento livre e esclarecido foi enviado virtualmente para assinatura dos participantes no formato *Google Forms*, sendo uma via arquivada com o pesquisador.

O primeiro grupo de amostragem teve como pergunta inicial: Fale-me sobre as práticas de cuidado direcionadas às PVHIV em tempos de pandemia de Covid-19. Esse grupo foi composto por doze enfermeiros que atuavam na APS de Florianópolis/SC, que preencheram os seguintes critérios de inclusão: atuar como enfermeiro assistencial, coordenador ou residente no Centro de Saúde, bem como possuir experiência de no mínimo 6 meses em relação à data de coleta de dados. A coleta e análise dos dados foram concomitantes e, a partir da análise das entrevistas do primeiro grupo amostral, emergiu a hipótese de que as práticas de cuidado às PVHIV em tempos de pandemia de Covid-19 estavam relacionadas com a

descentralização do manejo clínico para APS, reestruturação dos serviços e instituição de protocolos e guias de evidências científicas.

Nesse cenário, identificou-se a necessidade de constituir a amostragem teórica, sendo assim criado o segundo grupo amostral, formado por gestores da SMS de Florianópolis/SC. O objetivo das entrevistas com esse grupo foi explorar aspectos relacionados à instituição de protocolos de manejo clínico direcionados ao HIV, bem como mecanismos de adequação dos serviços de saúde para o cenário de pandemia de Covid-19, questionando: Fale-me sobre a gestão do cuidado às PVHA em tempos de pandemia. Assim, o critério de inclusão para esse segundo grupo amostral foi: atuar em cargos de gestão na SMS de Florianópolis/SC há mais de seis meses em relação à data de coleta de dados.

Como critério de exclusão para os dois grupos amostrais se considerou os profissionais que estivessem afastados do trabalho durante o período de coleta de dados, independente do motivo. Ao final das entrevistas com o segundo grupo de amostragem teórica, alcançou-se a saturação dos dados com cinco gestores, não sendo necessária a busca de novas informações para sustentar o fenômeno encontrado. O estudo totalizou 17 participantes.

Os dados foram coletados pela pesquisadora, através de entrevistas gravadas em áudio, que foram transcritas para o Word e organizadas para análise através do software NVIVO10. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 29 minutos.

A análise de dados ocorreu concomitante à coleta, e foi realizada em duas fases. Na primeira fase ocorreu a codificação inicial, na qual os incidentes foram codificados com o intuito de compreender as informações a partir dos significados e das experiências dos participantes, constituindo as primeiras dimensões da experiência analisada. Na segunda fase ocorreu a codificação focalizada, na qual os códigos de maior expressividade foram agrupados, de modo a formar categorias abstratas para sintetizar determinado fragmento de dados (CHARMAZ, 2009). Foram elaborados memorandos e diagramas para auxiliar o desenvolvimento analítico dos dados.

Este estudo atendeu aos preceitos éticos de pesquisas com seres humanos, segundo Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e suas complementares. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mediante parecer nº 4.063.338 e CAAE: 29148020.0.0000.0121.

Para garantir o anonimato dos participantes, as falas serão apresentadas e identificadas por códigos.

RESULTADOS

Dentre os 12 participantes do primeiro grupo amostral, apenas dois (16,6%) eram do gênero masculino e as outras 10 participantes do gênero feminino (83,3%). A média de idade do grupo foi de 37,1 anos. Sobre a escolaridade dos participantes, apenas dois (16,6%) eram mestres e 10 (83,3%) especialistas. A média do tempo de atuação no serviço foi de três anos, na qual oito (66,6%) atuavam como enfermeiros assistenciais, dois (16,6%) como enfermeiros coordenadores e dois (16,6%) como enfermeiros residentes.

Dentre os cinco participantes do segundo grupo amostral, apenas dois (40%) eram do gênero masculino e as outras três participantes do gênero feminino (60%). A média de idade do grupo foi 41,4 anos. Sobre a escolaridade dos participantes, apenas dois (40%) cursaram mestrado e doutorado. Todos (100%) eram graduados em medicina e possuíam especialização. A média do tempo de atuação no serviço foi de três anos, na qual dois (40%) ocupavam cargo de gerência, um (20%) de coordenação, um (20%) cargo técnico e um (20%) chefe de departamento.

O quadro apresentado a seguir sintetiza a categoria e subcategorias que emergiram do fenômeno de estudo.

Quadro 8. Fenômeno, categorias e subcategorias.

Fenômeno: Desvelando as melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV relacionadas com o cuidado descentralizado, compartilhado e baseado em evidências.	
Desenvolvendo melhores práticas de cuidado às PVHIV frente à pandemia de Covid-19	Priorizando o atendimento das pessoas que vivem com HIV
	Facilitando as rotinas de exames (CD4, carga viral) e tratamento antirretroviral
	Partilhando o cuidado das pessoas que vivem com HIV entre a equipe de saúde
	Incentivando o isolamento social das pessoas imunodeprimidas em tempos de pandemia
	Fortalecendo o vínculo com as pessoas que vivem com HIV via grupos e redes sociais

	Pactuando estratégias/iniciativas de cuidado intersetoriais
	Acompanhando as pessoas que vivem com HIV pela planilha de vigilância em saúde
	Identificando a diminuição de rastreamento de novos casos em tempos de pandemia
	Aprendendo a utilizar ferramentas para o manejo clínico não presencial
	Estabelecendo critérios de elegibilidade para consulta presencial ou teleconsulta
	Facilitando o acesso aos serviços de APS com teleconsulta e acolhimento via plataformas digitais
	Utilizando protocolo para orientação do manejo clínico em teleconsulta

Fonte: Elaboração da autora (2020).

Desenvolvendo melhores práticas de cuidado às PVHIV frente à pandemia de Covid-19

Os participantes da pesquisa destacaram a preocupação com a oferta de cuidados e acompanhamento das PVHIV mesmo em cenário de pandemia, enfatizando que esta população é vista como prioritária para o atendimento de não-sintomáticos respiratórios nos serviços de saúde. Tal fato pode ser evidenciado na subcategoria “Priorizando o atendimento das pessoas que vivem com HIV”.

Atendimento priorizado! Eles estão como prioridade, dos não sintomáticos. A gente tem uma comunicação interna [...] que prevê o atendimento como prioridade a pacientes com doenças crônicas, infecto-contagiosas, pacientes com demandas de urgência [...] (G1E03).

Os pacientes com HIV entram nos critérios de manutenção dos atendimentos, mesmo em meio à pandemia (G1E04).

Claro que um paciente portador de HIV que vem com sintomas, aí sim a gente dá um cuidado mais especial, né? A gente faz um monitoramento mais rigoroso [...] (G1E01).

Essa atenção especial às PVHA retratada nas falas anteriores se estende para além do contexto de priorização de atendimento. Os serviços também adotaram a prática de enviar solicitações de exames e receituários à distância para que as PVHIV não precisem vir até a unidade de saúde, o que facilita o acesso e a continuidade do cuidado em um cenário no qual a orientação é para que as pessoas permaneçam em casa. Tal fato pode ser visualizado na subcategoria “Facilitando as rotinas de exames (CD4, carga viral) e tratamento antirretroviral”.

As renovações de receitas estão sendo feitas todas por teleconsulta em WhatsApp (G1E03).

Uma coisa que a gente fez também [...] é renovar receita de forma facilitada, então não é a cada renovação que o paciente precisa consultar. Então, a gente tenta fazer a receita de quando ele está estável para mais tempo. Então, conseguem obter a receita para seis meses, e outros que não, que acabam sendo para menos tempo. A gente facilita isso, ele faz o pedido e a gente deixa a receita pronta. Às vezes ele pede a receita e a gente já vê que ele tá no momento de fazer a carga viral ou CD4 e a gente já deixa o pedido junto [...] e a consulta vai ser depois, quando ele tiver o resultado do exame. Então, a gente tenta dar uma acelerada para poder facilitar a vida deles também (G1E04).

Com a descentralização do cuidado às PVHIV para os serviços de APS houve um consequente compartilhamento do cuidado entre a equipe de saúde, com divisão de responsabilidades e atribuições, bem como a construção de um sentimento de responsabilização por essa população, inclusive em tempos de pandemia. A subcategoria “Partilhando o cuidado das pessoas que vivem com HIV entre a equipe de saúde” apresenta algumas nuances relacionadas a esse contexto.

A partir do momento que o paciente entrou em contato com a equipe, a gente segue dando esse acompanhamento, esse cuidado, que é geralmente mensal (G1E01).

Essa gestão do cuidado é feita compartilhada com a equipe, nós médicos e enfermeiros, a gente trabalha muito juntos. A gente fala que tem um trabalho ombro a ombro (G1E04).

Os profissionais enfatizaram a importância do isolamento social para os pacientes imunodeprimidos, como as PVHIV, o que pode ser percebido na subcategoria “Incentivando o isolamento social das pessoas imunodeprimidas em tempos de pandemia”.

O que mudou é a entrada dentro da unidade. A gente tem um processo de trabalho todo organizado para que as pessoas venham o mínimo possível na unidade (G1E03).

A unidade se tornou um ambiente hostil para eles [as PVHIV]. Então, eles não queriam vir, e isso foi bom porque a gente também não queria que eles viessem (G1E04).

Também pode-se evidenciar iniciativas dos serviços de APS de Florianópolis de ampliação do acesso e criação de vínculo com as PVHIV. Os participantes sinalizam as diferentes “frentes” de comunicação com essa população, dentre elas se destaca a utilização de grupos e redes sociais, como mostra a subcategoria “Fortalecendo o vínculo com as pessoas que vivem com HIV via grupos e redes sociais”.

Teve vários informativos. Até no Instagram tem grupo de PREP, de PEP, e sempre estão dando informações aos pacientes que são da nossa rede. Então, é bem interessante, eles não estão abandonados não (G1E02).

Tem um manual de uso das redes sociais com os pacientes [...] a gente tem um manual e recebeu o celular por equipe [...] hoje tá tudo oficializado. Então, é uma das políticas de atendimento à população, de acesso, da Secretaria Municipal de Florianópolis, é uma característica nossa

(G1E03).

Pensando na continuidade do cuidado e adesão ao tratamento das PVHIV foi instituída uma rede de apoio com ONGs para que pessoas que não conseguissem retirar os medicamentos antirretrovirais na Central de Dispensação pudessem recebê-los em casa ou no centro de saúde mais próximo. Foi divulgado o telefone de quatro centros de testagem e resposta rápida para que os usuários pudessem comunicar suas dificuldades em relação ao tratamento e solicitar ajuda a essa rede de apoio. A subcategoria “Pactuando estratégias/iniciativas de cuidado intersetoriais” representa algumas dessas iniciativas.

Em toda a rede tem a articulação com o GAPA que faz o recebimento dos medicamentos para as pessoas que não podem ir buscar devido à questão de falta de deslocamento, de dinheiro, de questões financeiras [...] (G2G02).

Uma das coisas que a gente fez é auxiliar na retirada/entrega da TARV, que ficou impossível para algumas pessoas quando não tinha transporte coletivo. Então, nessa hora eu peguei três lideranças de ONGs que eu confiava e eu fiz uma reunião com eles e falei assim “pessoal vocês vão ter que ajudar a captar os nomes e a gente ajuda na distribuição”. Então, isso foi uma parceria com as ONGs e está dando super certo.

A gente divulgou muito por meio do Conselho local de saúde, dos líderes comunitários, Associação de Moradores [...] (G1E04).

O monitoramento das PVHIV em tempos de pandemia pode ser facilitado pelo uso de instrumentos de gestão do cuidado, como planilhas de vigilância. Esse instrumento recebeu destaque na fala dos profissionais ao possibilitar a visualização de todas as PVHIV no território, bem como sua situação de adesão ao tratamento, medicação, realização de exames, consultas, dentre outros. A subcategoria “Acompanhando as pessoas que vivem com HIV pela planilha de vigilância em saúde” contextualiza o cenário de utilização desta ferramenta.

A gente tá muito mais de olho na planilha de vigilância, porque ali que a gente vai acompanhar esses pacientes (G1E04).

Uma das coisas que ajuda bastante é ter um instrumento de vigilância em saúde, ou seja, as planilhas [...] estar de olho para saber quando aquele paciente consultou pela última vez e ver como está a adaptação e o cuidado (G1E07).

Na planilha de monitoramento tem o nome, data de nascimento, data do diagnóstico, data de quando começou a utilizar antirretrovirais, data do último CD4 e resultado, data da última carga viral e resultado... eu e a médica da área, a gente colocou mais a vacinação porque achou que era importante fazer o levantamento das vacinas também e não tinha na planilha. Então, a gente revisou todos os prontuários vendo quem estava com a vacina em dia, quais vacinas precisam ser atualizadas no esquema vacinal dessas pessoas e foi bem interessante (G1E10).

Com a orientação de isolamento social da população e da busca presencial de serviços de saúde somente em situações agravadas, os profissionais puderam identificar uma diminuição do rastreamento de novos casos de HIV. Tal fato é resultante da diminuição de consultas de rotina da população do território, que não receberam prioridade em tempos de pandemia devido à escassez de recursos e priorização de agravos específicos, como a grande demanda de sintomáticos respiratórios. A subcategoria “Identificando a diminuição de rastreamento de novos casos em tempos de pandemia” desvela esse cenário.

O que tem acontecido é que os nossos rastreamentos, eles têm diminuído nesse momento. Então, eu tenho um paciente que não tem sintoma e que me procura para fazer o *check-up*: caso ele não tenha nenhuma situação de risco, ele está sendo orientado a aguardar um pouco mais para frente. Eu tenho analisado que os nossos diagnósticos de HIV dentro da

pandemia tem sido bem poucos (G1E04).

Eu acho que o rastreamento de novos casos diminuiu, essa procura diminuiu. Mas eu acredito que não diminuíram os novos casos (G1E05).

Se a gente não faz sorologia, a gente vai deixar de fazer diagnóstico e vai deixar as pessoas com HIV sem saber que tem (G1E04).

O cuidado às PVHIV durante a pandemia na APS de Florianópolis foi reestruturado pensando em diminuir a circulação de pessoas nos serviços de saúde. Assim, foram incorporadas novas maneiras de acesso à população, como o acolhimento de demandas via WhatsApp, e-mail, ligação telefônica e chamada de vídeo. Desse modo, os profissionais precisaram se empoderar sobre as maneiras de uso e funcionalidades das tecnologias incorporadas no cuidado em saúde. Percebe-se que os profissionais passaram por uma fase de adaptação a esse novo modelo de cuidado, o que pode ser percebido na subcategoria “Aprendendo a utilizar ferramentas para o manejo clínico não presencial”.

É um desafio fazer [teleconsulta] e ter gente habilitada para fazer isso, porque não é só ter gente... Às vezes, eu tenho uma pessoa, mas a pessoa não sabe escrever direito, às vezes ela tem dificuldade de entender [...] (G1E03).

O contato via Whatsapp já existia antes, mas se consolidou agora com a pandemia (G1E01).

Com isso, foi instituída a prática da teleconsulta para os cuidados de rotina sem gravidade e que em primeiro momento não necessitam de exame físico. Em situações que se necessita de um acompanhamento presencial, os profissionais orientam os usuários a comparecerem no centro de saúde para um atendimento agendado, como se pode visualizar na subcategoria “Estabelecendo critérios de elegibilidade para consulta presencial ou teleconsulta”.

Isso, a gente faz teleconsulta via whatsapp, tanto por vídeo, áudio, mensagem, né? Cada caso a gente avalia

a melhor forma. E isso facilita muito porque as pessoas tem que evitar sair de casa. Às vezes, são questões pontuais de pacientes que a gente já acompanha, então têm como estar dando esse suporte via teleconsulta também (G1E01).

Se há necessidade a gente pesa risco benefício e faz avaliação presencial do paciente se for necessário (G1E07).

As diversas tecnologias incorporadas no processo de trabalho em saúde melhoraram o contato com o paciente de modo a ampliar seu acesso aos serviços, que anteriormente a pandemia, ocorriam principalmente na modalidade presencial. O uso de meios digitais para a realização de teleconsulta se mostra uma ferramenta promissora para os serviços de saúde, como sinaliza a subcategoria “Facilitando o acesso aos serviços de APS com teleconsulta e acolhimento via plataformas digitais”.

Eu acho que essas novas tecnologias vem para agregar e facilitar o acesso, muitas vezes isso facilita e melhora o vínculo em alguns casos (G1E08).

A gente tem oferecido a teleconsulta como maneira de manutenção do acompanhamento dessas pessoas no contexto da pandemia. Então a teleconsulta é uma ferramenta que veio para somar nesse momento em que a nossa orientação era de que a pessoa ficasse em casa, né? (G1E04).

O município de Florianópolis elaborou um protocolo que autoriza e normatiza a teleconsulta em enfermagem com forma de combate à pandemia de Covid-19, mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações via plataformas digitais. Com a instituição deste instrumento, os enfermeiros de Florianópolis puderam solicitar exames complementares, prescrever medicamentos e encaminhar, quando necessário, o usuário a outros serviços, nas condições previstas pelos Protocolos de Enfermagem do município.

Segundo a contextualização apresentada no protocolo de teleconsulta em enfermagem, o profissional enfermeiro desempenha o papel de: identificação de

casos suspeitos, identificação da necessidade de isolamento social, orientação e prescrição de cuidados domiciliares, acompanhamento de sinais e sintomas, identificação de gravidade, manutenção do atendimento de usuários e condições de saúde que demandam acompanhamento regular e fortalecimento do trabalho em equipe. Tal cenário pode ser evidenciado na subcategoria “Utilizando protocolo para orientação do manejo clínico em teleconsulta”.

Criaram o protocolo que foi encaminhado para as pessoas via remoto também, para que a gente acompanhasse o que a gente poderia fazer, de que forma a teleconsulta poderia se caracterizar mesmo como consulta de enfermagem, quais procedimentos éticos que a gente deveria realizar, de consentimento [...] como realizar uma evolução padrão, todas as orientações. Então, esse protocolo veio para dar um apoio porque no início a gente não conhecia e não sabia como iria ser uma consulta pelo telefone (G1E05).

A partir da conjuntura exposta, pode-se compreender que os serviços de APS de Florianópolis se reconfiguraram para o cenário de pandemia, de modo a transformar o fluxo de trabalho e incorporar novas tecnologias, sem esquecer de populações prioritárias para o sistema de saúde, dentre elas se destacam as PVHIV.

DISCUSSÃO

É imperativo à sustentabilidade do modelo de cuidado do SUS a reorganização dos serviços de APS em tempos de pandemia de Covid-19, buscando atender simultaneamente a demanda de sintomáticos respiratórios e as ações regulares que já eram acompanhadas nesse nível de complexidade (ENGSTROM *et al.*, 2020). Deste modo, têm-se implementado fluxos para o manejo desses diferentes públicos nos serviços de APS, com distinção de cuidado entre quadros leves, graves e não-sintomáticos respiratórios (MEDINA *et al.*, 2020; GUIMARÃES *et al.*, 2020; CHAN *et al.*, 2020).

As medidas de saúde pública como isolamento social e vigilância de casos confirmados seguem como estratégias prioritárias de enfrentamento a pandemia de Covid-19, até que se avance na efetiva vacinação da população ou esquema

terapêutico específico para a Covid-19 (MEDINA *et al.*, 2020; AQUINO *et al.*, 2020). Nesse cenário, destacam-se as orientações e incentivos para que as PVHIV permaneçam em condutas de distanciamento social, bem como os serviços de saúde busquem estratégias de acesso e acolhimento das demandas relacionadas ao HIV.

O isolamento social deve ser incentivado por todos os profissionais da equipe, principalmente pelos agentes comunitários de saúde, que têm uma aproximação maior com a comunidade, de modo a mobilizar lideranças locais para a ampla divulgação de informações e realização de medidas necessárias ao contexto (MEDINA *et al.*, 2020). O trabalho comunitário e intersetorial tende a contribuir com o apoio logístico e operacional de cuidado às PVHIV em tempos de pandemia.

Florianópolis buscou instituir parcerias comunitárias e com Organizações Não Governamentais (ONGs) como o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA) para o enfrentamento da Covid-19. Nesse cenário, as parcerias foram firmadas visando o transporte e distribuição de TARV, o que resultou no acesso ao tratamento de inúmeras pessoas que se encontravam impossibilitadas de retirá-lo nos Centros de Saúde. Estudos apontam resultados positivos dos trabalhos desenvolvidos por ONGs destinadas à prevenção, tratamento e acompanhamento das PVHIV, na qual se destacam melhorias na redução de danos, acesso a preservativos e à TARV, vinculação ao cuidado e acesso aos serviços de saúde (TRICKEY *et al.*, 2020; SHAMU *et al.*, 2019).

Nesse ínterim, percebe-se que articular soluções frente a cenários adversos exige uma ação coordenada no território com as lideranças, equipamentos e instituições locais, destacando-se o engajamento comunitário e as ações intersetoriais como importantes estratégias de enfrentamento da pandemia (MEDINA *et al.*, 2020).

Com o distanciamento social e diminuição do acesso presencial aos serviços de saúde, pode-se evidenciar uma diminuição do número de diagnósticos de HIV no cenário do estudo, o que é considerado produto da sindemia de Covid-19. O conceito de sindemia consiste na interação entre duas ou mais epidemias, que produzem um aumento da carga de doenças da população (SHIAU *et al.*, 2020). Ou seja, a pandemia de Covid-19 junta-se a outras epidemias e, no caso, cria outro problema de saúde para as PVHIV ou que enfrentam comorbidades múltiplas, com impacto na diminuição do acesso aos serviços de saúde.

Nesse cenário, o monitoramento do cuidado realizado de maneira não-presencial, com o auxílio de ferramentas de gestão como as planilhas compartilhadas entre a equipe de saúde, se mostra oportuno para a manutenção da adesão ao tratamento, identificação de *gaps*, acompanhamento da rotina de exames como carga viral, CD4 e CD8, bem como serve de parâmetro para análise da equipe de saúde. O estudo de Loch *et al.* (2020) sinaliza algumas dificuldades enfrentadas pelos serviços para o monitoramento clínico não-presencial das PVHIV, como a desatualização das informações, *déficit* de recursos humanos e materiais, pouca comunicação entre os profissionais da equipe, opiniões divergentes quanto à importância do acompanhamento clínico e resistências para a incorporação de novas propostas aos processos de trabalho.

A conjuntura de pandemia de Covid-19 fez emergir o uso de tecnologias de cuidado não-presencial em saúde, a exemplo da teleconsulta. A teleconsulta pode ser concebida como uma estratégia que viabiliza o uso das tecnologias de informação e comunicação na área saúde, de modo a ofertar cuidados, especialmente em cenários na qual a distância é um fator crítico (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

As modalidades de atendimento online têm sido difundidas enquanto estratégias de ampliação do acesso aos serviços de saúde, o que requer a disseminação de recursos relacionados à telefonia e internet, bem como qualificação dos profissionais e usuários para usufruir dessa nova possibilidade de cuidado (CATAPAN; CALVO, 2020).

O uso de tecnologias de cuidado não-presencial, como WhatsApp e telefone, para a realização de teleconsulta, garante a oferta de ações de forma segura (MEDINA *et al.*, 2020), de modo a favorecer a continuidade do cuidado das PVHIV. Frente a esse panorama, os serviços de APS de Florianópolis se mostram amparados, pois as tecnologias de cuidado não-presencial são utilizadas em diferentes cenários da atenção às PVHIV, como para responder demandas relacionadas à renovação de TARV, solicitação de exames de rotina e acolhimento de queixas clínicas.

A instituição da teleconsulta na APS deve ser realizada com base em protocolos que regulamentam o fluxo de trabalho e estabelecem diretrizes (GREENHALGH; KOH; CAR, 2020). Florianópolis (2020) instituiu o “Guia de orientação para teleconsulta em enfermagem”, com base na Resolução do COFEN

nº 0634/2020 (BRASIL, 2020). Esse protocolo orienta a solicitação do consentimento dos usuários em participar de uma teleconsulta, seja por ligação, vídeo-chamada ou mensagem de texto. Além disso, o protocolo também estabelece as maneiras como o consentimento do usuário pode ocorrer: 1) verbal via mensagem de áudio, chamada de vídeo ou ligação telefônica, com posterior registro no prontuário; 2) escrito como mensagem de texto e registrado e anexado no prontuário; 3) enviado pelo aplicativo, assinado pelo usuário e devolvido pela mesma ferramenta ou e-mail; 4) anteriormente à teleconsulta na ocasião de agendamento presencial prévio; 5) posteriormente à teleconsulta na ocasião de retorno do paciente ou responsável ao centro de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2020).

O protocolo também estabelece as etapas de operacionalização da teleconsulta, que são: 1ª etapa - materiais e equipamentos: organizar sala privada e iluminada, aparelho celular ou computador com câmera, conexão com internet, aparelhos para áudio e vídeo, assim como suporte de bancada para aparelho celular; 2ª etapa - identificando e gerenciando demanda: identificar a necessidade via mensagem em aplicativo ou ligação telefônica, conferir identidade do paciente e realizar o agendamento da teleconsulta; 3ª etapa - preparação para a teleconsulta: acessar o prontuário do paciente para verificar se há fatores de risco, testar os materiais (conexão de internet, áudio, vídeo) e organizar a sala de maneira a garantir privacidade para a realização da teleconsulta; 4ª etapa - a teleconsulta: checar os equipamentos do paciente a partir de sinalizações “você consegue me ouvir? consegue me ver?”, confirmar a identidade do paciente (nome completo e data de nascimento), atentar para o termo de consentimento (FLORIANÓPOLIS, 2020).

Durante a realização da teleconsulta o profissional deve se apresentar, utilizar o processo de enfermagem em seus 5 passos, checar o motivo da consulta, realizar os procedimentos de exame físico que forem possíveis e verificar se o paciente possui instrumentos para a verificação de sinais vitais. Orienta-se a observação de aspectos do paciente, como: voz, aparência, aspecto geral (rubor, palidez, cianose), sinais de alerta como falta de ar, dor torácica, sangramento intenso, fraqueza, alteração visual, no caso de gestantes checar se há movimentação fetal (FLORIANÓPOLIS, 2020).

O protocolo também orienta a maneira como devem ser feitas as prescrições de enfermagem nesse modelo de teleconsulta. Elas devem ser objetivas e

responder às seguintes perguntas: O que fazer? Como fazer? Quando fazer? Onde fazer? Com que frequência fazer? Por quanto tempo fazer? Devem ser evoluídas no prontuário eletrônico e podem ser entregues ao paciente via aplicativo, impressa ou prescrição digital via e-mail (FLORIANÓPOLIS, 2020).

A partir da conjuntura exposta, evidencia-se a necessidade de esforços e iniciativas para constituir uma APS forte, vigilante, capilarizada, adaptada ao contexto pandêmico e fiel aos seus princípios. A crise de saúde emergente com a pandemia de Covid-19 é sanitária, política, econômica e social, bem como exige a transformação dos modos de fazer saúde (MEDINA *et al.*, 2020), com foco no atendimento da demanda específica de Covid-19 sem esquecer da continuidade do acompanhamento de grupos prioritários, dentre eles as PVHIV.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo compreendeu as práticas de gestão no cuidado às PVHIV frente a pandemia de Covid-19 na APS de Florianópolis, que reestruturou sua rede de serviços de saúde e com o intuito de sanar as demandas resultantes da Covid-19 e, ao mesmo tempo manter o cuidado às PVHIV. Destacam-se como melhores práticas a incorporação de tecnologias e ferramentas de gestão do cuidado não-presencial enquanto estratégias para ampliação do acesso em um cenário na qual se orientava o isolamento social.

Florianópolis institui protocolos e fluxos para orientar o acesso das PVHIV aos serviços de saúde com o intuito de sistematizar as novas maneiras de prestar cuidado em tempos de pandemia, nesta ocasião com ferramentas de natureza digital e tecnológica. A respeito disso, a utilização do *whatsapp* ganhou destaque enquanto ferramenta para o acolhimento de demandas, realização de teleconsultas, solicitação de exames, renovação de receitas e agendamento de atividades presenciais quando necessário.

Além da ampliação das formas de acesso aos serviços de APS, vale frisar a facilitação das rotinas de realização de exames de acompanhamento e de retirada da TARV. De maneira geral, Florianópolis buscou instituir mecanismos e ferramentas para manter o vínculo e ofertar práticas de cuidado às PVHIV, o que expressa a preocupação dos gestores municipais e a maturidade das políticas de saúde direcionadas ao HIV nesse cenário. No entanto, evidencia-se que as restrições de

acesso decorrentes da pandemia de Covid-19 para o acompanhamento de rotina de cidadãos sem condições agravadas ou prioritárias de qualquer espécie, culminaram com a diminuição do rastreamento de novos casos de HIV.

Esta pesquisa analisou os significados acerca das melhores práticas de gestão no cuidado atribuídos pelos profissionais e gestores dos serviços de saúde, deste modo, apresenta limitações relacionadas à perspectiva das PVHIV sobre o mesmo fenômeno.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E.M.L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2423-2446, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25suppl1/2423-2446/pt/>. Acesso em 10 Out. 2020.

BRASIL. **Painel coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 31 Out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 23 out. 2020.

CABRAL, E.R.M. *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **Interamerican Journal of medicine and health**, v. 3, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/87>. Acesso em 12 Nov. 2020.

CATAPAN, S.C.; CALVO, M.C.M.. Teleconsulta: uma revisão integrativa da interação médico-paciente mediada pela tecnologia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022020000100304&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 12 Out. 2020.

CHAN, P.F. *et al.* Enhancing the triage and cohort of patients in public primary care clinics in response to the coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hong Kong: an experience from a hospital cluster. **BJGP open**, 2020. Available from: <https://bjgpopen.org/content/4/2/bjgpopen20X101073.abstract>. Acess on 06 Nov. 2020.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre (RS): Artmed; pp. 272, 2009.

CORONAVÍRUS. **Coronavírus (COVID-19)**. Disponível em:

<https://news.google.com/covid19/map?hl=pt-BR&gl=BR&ceid=BR%3Apt-419>.

Acesso em 31 Out. 2020.

DA PAZ SILVA FILHO, P.S. *et al.* Relação entre a infecção pela COVID-19 em pacientes com HIV. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p.

e104996518-e104996518, 2020. Disponível em:

<https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6518>. Acesso em: 03 Nov. 2020.

ENGSTROM, E. *et al.* **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19**. 2020. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41404>. Acesso em: 06 Nov. 2020.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal da Saúde (Org.). Guia de orientação para teleconsulta em enfermagem. 2020.

FLORIANÓPOLIS. 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:

http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_12_2017_15.48.16.28461e4c56f15b2eeffc233745ef4adb.pdf. Acesso em: 01 out. 2020.

GLASER, B; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**: Strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company, 1967.

GREENHALGH, T.; KOH, G.C.H.; CAR, J. Covid-19: a remote assessment in primary care. **BMJ**, v. 368, 2020. Available from:

https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182.abstract?casa_token=8HbTET5ThgkAAA:4Wm7a-GZ07IALeBfNvKojcYrK-HKWKTf9wlv9P5866sPXEqGGyIRqHu68I9BS TbDsKlxWvBwPfA. Access on: 06 Nov. 2020.

GUIMARÃES, F.G. *et al.* A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2020. Disponível em:

<https://apsemrevista.org/aps/article/view/128>. Acesso em 06 Nov. 2020.

HOGAN, A.B. *et al.* Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 9, p. e1132-e1141, 2020. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20302886>. Access on 03 Nov. 2020.

JIANG, H.; ZHOU, Y.; TANG, W. Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic. **The Lancet HIV**, v. 7, n. 5, p. e308-e309, 2020. Available from:

[https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(20\)30105-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(20)30105-3/fulltext).

Acess on 03 Nov. 2020.

KHALILI, M. *et al.* Epidemiological Characteristics of COVID-19: A Systemic Review and Meta-Analysis. **MedRxiv**, 2020. Available from:

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.01.20050138v1>. Acess on 03 Nov. 2020.

LOCH, A.P. *et al.* Intervenção para a implementação do monitoramento clínico em serviços especializados de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.5, e00136219, 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000504001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 Nov. 2020.

MALDONADO, J.M.S.V.; MARQUES, A.B.; CRUZ, A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00155615, 2016.

Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32suppl2/e00155615/pt/>. Acesso em 12 Nov. 2020.

MEDINA, M.G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00149720, 2020. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n8/e00149720/pt/#>. Acesso em 03 Nov. 2020.

MIRZAEI, H. *et al.* COVID-19 among people living with HIV: a systematic review. **AIDS and Behavior**, p. 1-8, 2020. Available from:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-020-02983-2>. Acess on 03 Nov. 2020.

SARTI, T.D. *et al.* **Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?**. 2020. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n2/e2020166/>. Acesso em 03 Nov. 2020.

SHAMU, S. *et al.* Linkage to care of HIV positive clients in a community based HIV counselling and testing programme: A success story of non-governmental organisations in a South African district. **PloS one**, v. 14, n. 1, p. e0210826, 2019. Available from:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0210826>. Acess on 12 Nov. 2020.

SHIAU, S. *et al.* The burden of COVID-19 in people living with HIV: a syndemic perspective. **AIDS and Behavior**, p. 1-6, 2020. Available from:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-020-02871-9>. Acess on 04 Nov. 2020.

TRICKEY, A. *et al.* Has resourcing of non-governmental harm-reduction organizations in Ukraine improved HIV prevention and treatment outcomes for people who inject drugs? Findings from multiple bio-behavioural surveys. **Journal of the International AIDS Society**, v. 23, n. 8, p. e25608, 2020. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jia2.25608>. Access on 12 Nov. 2020.

WALKER, P.G.T. *et al.* The impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression in low-and middle-income countries. **Science**, 2020. Available from: <https://science.sciencemag.org/content/369/6502/413.abstract>. Access on 03 Nov. 2020.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender as melhores práticas de gestão desenvolvidas no cuidado à saúde da pessoa vivendo com HIV em Florianópolis/SC. A partir da compreensão destes significados foi possível revelar o fenômeno “Desvelando as melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV relacionadas com o cuidado descentralizado, compartilhado e baseado em evidências”. O fenômeno emergiu a partir da inter-relação de quatro categorias: “Descentralizando o cuidado compartilhado às pessoas que vivem com HIV para a atenção primária à saúde”; “Instrumentalizando os profissionais para um manejo clínico baseado em evidências”; “Exercendo a gestão no cuidado compartilhado na atenção primária à saúde”; e “Desenvolvendo melhores práticas de cuidado às pessoas que vivem com HIV frente à pandemia de Covid-19”.

Para alcançar o objetivo do estudo, julgou-se como adequado utilizar as orientações metodológicas da TFD, na perspectiva construtivista, para desvelar e compreender os fenômenos que permeiam o cenário exposto, principalmente pelo rigor metodológico inerente ao método e o aprofundamento à realidade dos participantes do estudo, conferindo aproximação do pesquisador ao contexto de realização da pesquisa.

O estudo teve como aporte o referencial teórico da longitudinalidade do cuidado, que permitiu a compreensão das melhores práticas instituídas no município enquanto ferramentas promissoras para o cuidado longitudinal às PVHIV. Assim, destaca-se o alinhamento das práticas ao conceito de longitudinalidade do cuidado, pois são produto da descentralização do cuidado para os serviços de APS, com conseqüente fortalecimento de vínculo e qualificação do cuidado.

Pode-se compreender que as melhores práticas de gestão no cuidado às PVHIV no município de Florianópolis estão relacionadas com a descentralização do cuidado para a APS, que foi estimulada pelas políticas de saúde nacionais. Também, evidenciou-se que as melhores práticas de gestão no cuidado às PVHIV estão relacionadas com o desempenho de práticas de cuidado baseadas em evidências científicas. Isto posto, destaca-se a implementação e uso do PACK enquanto guia de tomada de decisão clínica para o manejo do HIV na APS. Essa análise permitiu a visualização dos esforços e bons resultados que o município de Florianópolis vem

construindo no cuidado descentralizado à PVHIV, com apoio institucional e organização da linha de cuidado ao HIV.

A pesquisa ocorreu em tempos de pandemia de Covid-19, deste modo emergiram as práticas de cuidado às PVHIV frente às adequações que foram necessárias para a pandemia de Covid-19. Nessa ótica, pode-se evidenciar que Florianópolis reestruturou sua rede de serviços de saúde e com o intuito de sanar as demandas específicas da pandemia de Covid-19 e, ao mesmo tempo manter o cuidado às PVHIV. Dentre as adequações instituídas no município, destaca-se a incorporação de tecnologias de cuidado não-presencial enquanto estratégias para ampliação do acesso, instituição de protocolos e fluxos, bem como a facilitação das rotinas de realização de exames de acompanhamento e de retirada da TARV.

Acredita-se que a produção de conhecimento e a construção do modelo interpretativo, realizados neste estudo possam subsidiar discussões acerca da temática e provocar reflexões sobre as melhores práticas em saúde, em especial as melhores práticas direcionadas às populações prioritárias para a saúde pública, como as PVHIV.

Com relação às políticas de cuidado às PVHIV, espera-se que as iniciativas discutidas neste estudo possam orientar mudanças em outros cenários, com a incorporação de práticas consideradas efetivas e que tragam resultados positivos, ao exemplo do que foi sinalizado no cenário do estudo, visando melhorar a qualidade do cuidado, a eficiência dos serviços de APS e o custo-benefício do acompanhamento às PVHIV ao sistema de saúde. Também se espera que as reflexões deste estudo contribuam para a educação em saúde e em enfermagem ao evidenciar condutas de gestão no cuidado às PVHIV, a incorporação de instrumentos de gestão, a organização da RAS para o acompanhamento longitudinal desta população e a prestação de cuidados baseados em evidência científica.

Esta pesquisa apresenta limitações comuns da abordagem qualitativa ao elucidar questões específicas de um cenário, no entanto, seus achados podem contribuir com estudos realizados em outras localidades e que manifestam semelhanças à realidade de Florianópolis. Também apresenta limitações por não ter explorado a perspectiva das PVHIV sobre as melhores práticas de gestão no cuidado, o que esperamos que possa ser objeto a ser explorado em pesquisa posterior. Foram enfrentadas dificuldades na coleta de dados no que se refere ao contato com os participantes do estudo, bem como exigiu adequações

metodológicas decorrentes do distanciamento social imposto com a pandemia de Covid-19.

Ainda, sugere-se a realização de estudos direcionados à criação de um instrumento para estimar as melhores práticas, de modo a estabelecer critérios mais objetivos e mensuráveis que os instituídos até o presente momento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.R. *et al.* Melhores práticas na Atenção Básica à Saúde e os sentidos da integralidade. **Esc Anna Nery (impr)**. v. 17, n. 4, pp. 620-627, 2013.

AQUINO, E.M.L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2423-2446, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25suppl1/2423-2446/pt/>. Acesso em 10 Out. 2020.

BANGO, F. *et al.* Adherence clubs for long-term provision of antiretroviral therapy: cost-effectiveness and access analysis from Khayelitsha, South Africa. **Tropical Medicine & International Health**, v. 21, n. 9, p. 1115-1123, 2016. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.12736>. Access on 09 Dec. 2020.

BRASIL. **Painel coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 31 Out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2019**. 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>. Acesso em 12 Nov. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 mai 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **HIV/AIDS na Atenção Básica: Material para Profissionais de Saúde e Gestores**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017b. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2017/kit-hivAids-na-atencao-basica-material-para-profissionais-de-saude-e-gestores-5-passos>. Acesso em: 10 mai 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-contiuo>. Acesso em: 15 abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diagnóstico Situacional do HIV/Aids em Santa Catarina e Municípios Prioritários e Análise de Implantação da Cooperação Interfederativa**. Brasília: Ministério da Saúde, Nov. 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hivAids-na-atenc-ao-basica>. Acesso em: 28 abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cinco passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 27 de 29 de novembro de 2013**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/prt0027_29_11_2013.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%2027%2C%20DE%2029,Infec%C3%A7%C3%A3o%20pelo%20HIV%20em%20Adultos. Acesso em 12 Out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 77 de 12 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html. Acesso em 09 Set. 2020.

CABRAL, E.R.M. *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **Interamerican Journal of medicine and health**, v. 3, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/87>. Acesso em 12 Nov. 2020.

CARVALHO, V.K.A. *et al.* Cuidado compartilhado de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária: resultados da descentralização em Florianópolis. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, p. 2066-2066, 2020. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2066>. Acesso em 15 Nov. 2020.

CATAPAN, S.C.; CALVO, M.C.M.. Teleconsulta: uma revisão integrativa da interação médico-paciente mediada pela tecnologia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022020000100304&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 12 Out. 2020.

CHAN, P.F. *et al.* Enhancing the triage and cohort of patients in public primary care clinics in response to the coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hong Kong: an experience from a hospital cluster. **BJGP open**, 2020. Available from: <https://bjgpopen.org/content/4/2/bjgpopen20X101073.abstract>. Access on 06 Nov. 2020.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre (RS): Artmed; pp. 272, 2009.

CIAMPA, P.J. *et al.* Addressing poor retention of infants exposed to HIV: a quality improvement study in rural Mozambique. **Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)**, v. 60, n. 2, p. e46, 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3587032/>. Access on 09 Dec. 2020.

CLAUDÍN, C.S. Acceso universal al Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México: resultados a seis años. **salud pública de méxico**, v. 51, n. 1, p. 26-33, 2009. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2009/sal091f.pdf>. Acesso em 09 Dez. 2020.

COELHO, B.; MEIRELLES, B.H.S. Care sharing for people with HIV/AIDS: a look targeted at young adults. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1341-1348, 2019. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000501341&script=sci_arttext. Access on 12 Nov. 2020.

COLAÇO, A.D. *et al.* O cuidado à pessoa que vive com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v.28, e20170339, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100332&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Ago. 2019.

CORDEIRO, L.I. **Eficácia de uma tecnologia educativa no conhecimento, atitude e prática de pessoas com 50 anos e mais para prevenção do HIV**. 2017. 82 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2017. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5303772#. Acesso em 09 Dez. 2020.

CORONAVÍRUS. **Coronavírus (COVID-19)**. Disponível em: <https://news.google.com/covid19/map?hl=pt-BR&gl=BR&ceid=BR%3Apt-419>. Acesso em 31 Out. 2020.

CRESWELL, J.W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. Porto Alegre (RS): Penso; 3ª ed, 2014.

DA PAZ SILVA FILHO, P.S. *et al.* Relação entre a infecção pela COVID-19 em pacientes com HIV. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e104996518-e104996518, 2020. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6518>. Acesso em: 03 Nov. 2020.

DAVIAUD, E. *et al.* South-Africa (Goodstart III) trial: community-based maternal and newborn care economic analysis. **Health Policy and Planning**, v. 32, n. suppl_1, p. i53-i63, 2017. Available from: https://academic.oup.com/heapol/article/32/suppl_1/i53/4283076. Access on 09 Dec. 2020.

ENGSTROM, E. *et al.* **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19**. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41404>. Acesso em: 06 Nov. 2020.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal da Saúde (Org.). **Guia de orientação para teleconsulta em enfermagem**. 2020.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Centros de Saúde**. 2019. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=centros+de+saude&menu=0>. Acesso em: 11 out. 2020.

FLORIANÓPOLIS. 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: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_12_2017_15.48.16.28461e4c56f15b2eeffc233745ef4adb.pdf. Acesso em: 01 out. 2020.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Diretoria de Vigilância em Saúde. Gerência de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico n. 3: HIV/Aids em Florianópolis - Cascata 90/90/90**. Florianópolis, dez 2017.

FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Acesso Infectologia**: versão 2017. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. 2017.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem: Infecções sexualmente transmissíveis e outras doenças transmissíveis de interesse em saúde coletiva (dengue/tuberculose)**. 2. ed. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. 66 p.

GAROFALO, R. *et al.* Life skills: evaluation of a theory-driven behavioral HIV prevention intervention for young transgender women. **Journal of Urban Health**, v. 89, n. 3, p. 419-431, 2012. Available from: https://idp.springer.com/authorize/casa?redirect_uri=https://link.springer.com/content/

[pdf/10.1007/s11524-011-9638-6.pdf&casa_token=6lo2BhynuxgAAAAA:VW26IHVz60T_EE9XWR79djDV5ZVklec-K4RZKOFERmpkjvIS48GgQKQYYIQSpVCDgFrBVS57DGIM-rb4w](https://doi.org/10.1007/s11524-011-9638-6.pdf&casa_token=6lo2BhynuxgAAAAA:VW26IHVz60T_EE9XWR79djDV5ZVklec-K4RZKOFERmpkjvIS48GgQKQYYIQSpVCDgFrBVS57DGIM-rb4w). Access on 09 Dec. 2020.

GLASER, B; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**: Strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company, 1967.

GREENHALGH, T.; KOH, G.C.H.; CAR, J. Covid-19: a remote assessment in primary care. **BMJ**, v. 368, 2020. Available from: https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182.abstract?casa_token=8HbTET5ThgkAAA:AAA:4Wm7a-GZ07IALeBfNvKojcYrK-HKWKTF9wlv9P5866sPXEGGGyIRqHu68I9BSTbDsKlxWvBwpfA. Access on: 06 Nov. 2020.

GUIMARÃES, F.G. *et al.* A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/128>. Acesso em 06 Nov. 2020.

HIGA, D.H. *et al.* Interventions to improve retention in HIV primary care: a systematic review of US studies. **Current HIV/AIDS Reports**, v. 9, n. 4, p. 313-325, 2012.

HOGAN, A.B. *et al.* Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 9, p. e1132-e1141, 2020. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20302886>. Access on 03 Nov. 2020.

IBGE. **Estimativa populacional 2020**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>. Acesso em: 01 out. 2020.

JIANG, H.; ZHOU, Y.; TANG, W. Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic. **The Lancet HIV**, v. 7, n. 5, p. e308-e309, 2020. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(20\)30105-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(20)30105-3/fulltext). Access on 03 Nov. 2020.

JONES, S.G. *et al.* Effectiveness of nursing student-led HIV prevention education for minority college students: The SALSA project. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 28, n. 2, p. 33-47, 2017. Available from: https://muse.jhu.edu/article/656961/summary?casa_token=ktmIHrLCP_8AAAAA:L9jFtffP_QA_stjp7_VuxwxmQGQRcCh2diy5y2zSbnTEhKbtrXP8ENmUGhTS1DEjX4kFkfkLDwQ. Access on 09 Dec. 2020.

KAYUMBA, K. *et al.* TRACnet Internet and SMS Technology Improves Time to Antiretroviral Therapy Initiation among HIV-Infected Infants in Rwanda. **The Pediatric infectious disease journal**, v. 35, n. 7, p. 767, 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4925214/>. Access on 09 Dec. 2020.

KERN, E. *et al.* Provision of bednets and water filters to delay HIV-1 progression: cost-effectiveness analysis of a Kenyan multisite study. **Tropical Medicine & International Health**, v. 18, n. 8, p. 916-924, 2013. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/tmi.12127>. Access on 09 Dec. 2020.

KESSLER, M. *et al.* Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paul Enferm**. v.32, n.2, pp.186-93, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v32n2/1982-0194-ape-32-02-0186.pdf>. Acesso em 28 Out. 2019.

KESSLER, M. *et al.* Benefícios de la longitudinalidad como atributo de la Atención Primaria a Salud. **Evidentia [Internet]**. v.13, n.53, 2016. Disponível em: <http://www.index-f.com/evidentia/n53/ev10182e.php>. Acesso em 28 Out. 2019.

KHALILI, M. *et al.* Epidemiological Characteristics of COVID-19: A Systemic Review and Meta-Analysis. **MedRxiv**, 2020. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.01.20050138v1>. Access on 03 Nov. 2020.

KÖCHE, J.C. **Fundamentos de metodologia científica**. Editora Vozes, 2016.

LIMA, J.G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate** [online]. v. 42, n. spe1. pp. 52-66, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>. Acesso em 24 Set. 2019.

LOCH, A.P. *et al.* Intervenção para a implementação do monitoramento clínico em serviços especializados de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.5, e00136219, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000504001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 Nov. 2020.

LUNA, I.T. **Vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/AIDS para adolescentes em situação de rua**. 2014. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Ceará. 2014. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1920614#. Acesso em 09 Dez. 2020.

MALDONADO, J.M.S.V.; MARQUES, A.B.; CRUZ, A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00155615, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32suppl2/e00155615/pt/>. Acesso em 12 Nov. 2020.

MALTA, D.C. *et al.* Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey 2013. **Cienc Saude Coletiva**. v.21, n.2, pp.327-38, 2016. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327.
Access on 20 apr. 2019.

MEDINA, M.G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00149720, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n8/e00149720/pt/#>. Acesso em 03 Nov. 2020.

MELO, E.A.; MAKSUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Rev Panam Salud Publica**. v.42, n.151, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e151/pt/>. Acesso em: 06 mai 2019.

MENDES, E.V. Desafios do SUS. In: **Desafios do SUS**. 2019. p. 869-869.

MICHAEL, S. *et al.* Benchmarked performance charts using principal components analysis to improve the effectiveness of feedback for audit data in HIV care. **BMC health services research**, v. 17, n. 1, p. 1-10, 2017. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2426-6>.
Access on 09 Dec. 2020.

MIRZAEI, H. *et al.* COVID-19 among people living with HIV: a systematic review. **AIDS and Behavior**, p. 1-8, 2020. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-020-02983-2>. Access on 03 Nov. 2020.

MUELLER, J. *et al.* A quasi-experimental evaluation of a community-based art therapy intervention exploring the psychosocial health of children affected by HIV in South Africa. **Tropical Medicine & International Health**, v. 16, n. 1, p. 57-66, 2011. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-3156.2010.02682.x>. Access on 09 Dec. 2020.

NESS, T.E. *et al.* Using an innovative telehealth model to support community providers who deliver perinatal HIV care. **AIDS Education and Prevention**, v. 29, n. 6, p. 516-526, 2017. Available from: <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.2017.29.6.516>. Access on 09 Dec. 2020.

NICKEL, L. **O cuidado às pessoas que (con)vivem com HIV/Aids na Atenção Básica à Saúde: História oral dos profissionais de saúde**, Florianópolis (2005 –2014). 2016. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina. 2016. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3736604#. Acesso em 09 Dez. 2020.

OHL, M. *et al.* Mixed-methods evaluation of a telehealth collaborative care program for persons with HIV infection in a rural setting. **Journal of general internal medicine**, v. 28, n. 9, p. 1165-1173, 2013. Available from: https://idp.springer.com/authorize/casa?redirect_uri=https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11606-013-2385-5.pdf&casa_token=3Qb-Q16r4QMAAAA:h88OE8Z6nne5OiCncXST5QO55SjuDQRb_2v6hneWNkHkjJZA2wlcwbSLEEUveCs1UWeTP_r-7eX2EICWZg. Access on 09 Dec. 2020.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.66, n. spe, p.158-164, Sept. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 Set. 2019.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia para a Documentação e Partilha das “Melhores Práticas” em Programas de Saúde**. Rwanda: Escritório Regional Africano Brazzaville/OMS; 2008.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **HIV Programme: Achieving our goals**. Operational plan 2014-2015. Paris: OMS; 2014.

PACK BRASIL ADULTO: VERSÃO FLORIANÓPOLIS. **Kit de Cuidados em Atenção Primária**. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2020. Título original: Practical Approach to Care Kit - PACK Global Adult.

PACK COVID-19. **COVID-19: Guia para profissionais de Atenção Primária**. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: <http://bit.ly/covid19floripa>. Acesso em 14 Nov. 2020.

PANDEY, A. *et al.* Heading towards the Safer Highways: an assessment of the Avahan prevention programme among long distance truck drivers in India. **BMC Public Health**, v. 11, n. S6, p. S15, 2011. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-11-S6-S15>. Access on 09 Dec. 2020.

PETERS, M. *et al.* **The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews**. 2015.

PINTO, V.M.; CAPELETTI, N.M. Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: A experiência do município de Florianópolis/SC. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.14, n.41, pp.1710, 2019. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1710>. Acesso em: 16 mai 2019.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018 Santa Catarina**. 2018. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/barrigaverde/pdf/Aids_2020.pdf. Acesso em 10 Out. 2020.

SANTOS, J.L.G. *et al.* Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Esc Anna Nery**, v.20, n.3, e20160056, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160056.pdf>. Acesso em 30 Out. 2019.

SANTOS, J.L.G. *et al.* Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342018000100600&script=sci_arttext&tlng=pt#B8. Acesso em 11 Out. 2020.

SANTOS, R.O.M.; ROMANO, V.F.; ENGSTROM, E.M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, e280206, 2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/aee5/b7ac6d5a5638c45f8fd98a0f74bb3f2c1cf8.pdf>. Acesso em 02 Out. 2019.

SARTI, T.D. *et al.* **Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?**. 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n2/e2020166/>. Acesso em 03 Nov. 2020.

SHAMU, S. *et al.* Linkage to care of HIV positive clients in a community based HIV counselling and testing programme: A success story of non-governmental organisations in a South African district. **PloS one**, v. 14, n. 1, p. e0210826, 2019. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0210826>. Access on 12 Nov. 2020.

SHIAU, S. *et al.* The burden of COVID-19 in people living with HIV: a syndemic perspective. **AIDS and Behavior**, p. 1-6, 2020. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-020-02871-9>. Access on 04 Nov. 2020.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 6, p. 778-783, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000600008&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 09 Dez. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

THILAKAVATHI, S. *et al.* Assessment of the scale, coverage and outcomes of the Avahan HIV prevention program for female sex workers in Tamil Nadu, India: is there evidence of an effect?. **BMC public health**, v. 11, n. S6, p. S3, 2011. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-11-S6-S3>. Access on 09 Dec. 2020.

TONNERA, L.C.J.; MEIRELLES, B.H.S. Potencialidades e fragilidades da rede de cuidado da pessoa com HIV/Aids. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 438-444, jun. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300438&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 30 ago. 2019.

TREVISO, P. *et al.* Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n.69, Out-Dez. 2017. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59>. Acesso em: 29 abr 2019.

TRICCO, A.C. *et al.* **PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation**. *Annals of internal medicine*, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. Available from: <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/M18-0850>. Access on 09 Dec. 2020.

TRICKEY, A. *et al.* Has resourcing of non-governmental harm-reduction organizations in Ukraine improved HIV prevention and treatment outcomes for people who inject drugs? Findings from multiple bio-behavioural surveys. **Journal of the International AIDS Society**, v. 23, n. 8, p. e25608, 2020. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jia2.25608>. Access on 12 Nov. 2020.

VIDOR, A.C. *et al.* **HIV/AIDS em Florianópolis – Cascata 90/90/90**. *Boletim Epidemiológico*. 1(2):1-12, 2017. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/18_01_2018_18.02.33.c4958c10c46ea33ed4e33d1514aea7f2.pdf. Acesso em 15 Nov. 2020.

WALKER, P.G.T. *et al.* The impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression in low-and middle-income countries. **Science**, 2020. Available from: <https://science.sciencemag.org/content/369/6502/413.abstract>. Access on 03 Nov. 2020.

WILLIS, S. *et al.* Linkage, engagement, and viral suppression rates among HIV-infected persons receiving care at medical case management programs in Washington, DC. **Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)**, v. 64, n. 0 1, 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3844615/>. Access on 09 Dec. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **HIV Programme**: Achieving our goals. Operational plan 2014- 2015. Paris: OMS; 2014.

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). **The Barbara Starfield collection**. 2019. Disponível em: <https://www.globalfamilydoctor.com/InternationalIssues/BarbaraStarfield.aspx>. Acesso em: 02 out. 2019.

YEE, L.M. *et al.* Sustainability of statewide rapid HIV testing in labor and delivery. **AIDS and behavior**, v. 22, n. 2, p. 538-544, 2018. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-017-1920-5>. Acess on 09 Dec. 2020.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Rev Saúde Coletiva**. v.26, n.3, pp.785-806, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000300785&script=sci_abstract . Acesso em: 14 mai 2019.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1º Grupo de Amostragem Inicial

- Fale-me sobre as melhores práticas de cuidado direcionadas às PVHIV?
- Como são as suas práticas de cuidado? E dessas, como são as práticas de gestão?
- Quais práticas você considera mais efetivas?
- O que você considera uma melhor prática?
- Como está o cuidado às PVHA em tempos de pandemia de coronavírus?

2º Grupo de Amostragem Teórica

- Fale-me sobre o uso de protocolos e guias de manejo clínico para as melhores práticas de cuidado às PVHIV?
- Como são suas práticas de gestão direcionadas ao HIV/Aids?
- O que você pensa sobre o uso de protocolos para o manejo clínico?
- Você vê o protocolo como melhor prática?
- O que você considera uma melhor prática?
- O que é a planilha de monitoramento?
- Como estão as práticas/gestão de cuidado às PVHA em momento de pandemia?

APÊNDICE B - PROTOCOLO DE VALIDAÇÃO DO MODELO

Validação do modelo interpretativo: Melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV

Caro(a) participante, este formulário foi criado com o intuito de validar o modelo interpretativo: Melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV desenvolvido durante a pesquisa de dissertação da mestranda lanka Cristina Celuppi, sob orientação da prof^a Betina Hörner Schlindwein Meirelles.

Caso você não tenha participado da coleta de dados da pesquisa, é importante que você assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que também será enviado em conjunto com este formulário. O TCLE está disponível no link: <https://forms.gle/wazeycqpaGkmpniG9>

O documento que contém o modelo teórico será enviado juntamente com este formulário, no entanto também está disponível no link: <https://docs.google.com/document/d/1w7iqQUn-3l6mmBM24WPbR1vpFSOb9QIKPVPfpi-ejP8/edit?usp=sharing>

Agradecemos pela sua participação!

PERGUNTAS:

1. Descreva o modelo apresentado no diagrama falando o que você compreendeu da figura:
2. O que está acontecendo na figura apresentada anteriormente?
3. Você consegue identificar onde o fenômeno acontece? Explique.
4. Você consegue identificar o que/quais fatores influenciam neste fenômeno? Explique.
5. O que pode restringir, facilitar ou dificultar este fenômeno? Explique.
6. Quais estratégias são utilizadas para lidar com o fenômeno? Explique.
7. O que acontece como resultado do fenômeno? Explique.
8. Como você percebe sua experiência nesse modelo interpretativo?
9. O quão ajustável à realidade cotidiana está o fenômeno?

Escala likert com valores de 1 (pouco ajustável) a 5 (muito ajustável).

10. O quão compreensível está o fenômeno?

Escala likert com valores de 1 (pouco compreensível) a 5 (muito compreensível).

11. O quão abstrata é a teoria para ser aplicável a outras realidades?

Escala likert com valores de 1 (pouco aplicável) a 5 (muito aplicável).

12. Gostaria de sugerir alguma alteração ou melhoria para o modelo interpretativo?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “MELHORES PRÁTICAS NA GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS SOB PERSPECTIVA DA LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO EM UMA CAPITAL DO SUL DO BRASIL” que tem como objetivo de compreender as melhores práticas de gestão Desenvolvidas na linha de cuidado à saúde da pessoa vivendo com HIV/Aids em um município/capital do sul do Brasil. Esta pesquisa está vinculada a um projeto cadastrado junto ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob coordenação da Prof^a. Dr^a. Betina Hörner Schindwein Meirelles. A sua participação no estudo poderá contribuir para a identificação e disseminação do conhecimento acerca de melhores práticas de gestão do cuidado ao HIV/Aids. Durante a pesquisa você será entrevistado: a entrevista será gravada e transcrita. Para a análise das informações será utilizada as etapas de codificação da teoria fundamentada em dados.

Você sempre estará acompanhado por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento. Essa pesquisa trará benefícios para os gestores e profissionais do SUS, pois conhecerá melhores práticas utilizadas nos serviços de saúde, o que auxiliará a gestão do cuidado. Ainda, também haverá benefício para a academia e os estudantes da área da saúde, pois ampliará o conhecimento científico disponível sobre o tema da gestão do cuidado ao HIV/Aids.

Os riscos envolvidos são mínimos (desconfortos psicológicos, alterações emocionais e stress) pela coleta de entrevistas. Sinta-se à vontade para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo de seu nome e a imagem da instituição que representa. No entanto, há a possibilidade remota, involuntária e não intencional, de quebra de sigilo, o que pode resultar em seu reconhecimento pessoal e profissional, de modo a ocasionar constrangimentos. Os dados serão utilizados em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação nesta pesquisa. Não haverá nenhuma despesa advinda da sua participação, pois o pesquisador irá deslocar-se até o local da sua preferência para a entrevista. Caso você tenha alguma despesa material ou imaterial em decorrência de sua participação (ex.: alimentação, transporte e descontos no horário de trabalho), os pesquisadores garantem o ressarcimento das despesas previstas ou não, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores também garantem indenização caso você tenha algum dano decorrente da participação na pesquisa.

O pesquisador 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, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à UFSC, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Em caso de dúvidas, o CEPESH poderá ser consultado.

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:

Nome: Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Documento de identificação: SIAPE 610161

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde.

Departamento de Enfermagem, Bloco I, sala: 308. Bairro: Trindade CEP: 88040-970,
Florianópolis, SC, Brasil

E-mail: betina.hsm@ufsc.br

Telefone: (048) 3721-2207

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Melhores práticas de gestão do cuidado às pessoas com HIV/aids sob perspectiva da longitudinalidade do cuidado em uma capital do sul do Brasil

Pesquisador: Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 29148020.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.063.338

Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado de Ianka Cristina Celuppi do Curso de Pós Graduação em Enfermagem, orientada por Betina Hörner Schlindwein Meirelles.

Trata-se de pesquisa exploratória e analítica, de natureza qualitativa, ancorada no referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Prevê a participação de 25 enfermeiros do município de Florianópolis/SC, nas Unidades Básicas de Saúde de cada um dos 04 distritos de saúde.

Critérios de inclusão:

- 1) Possuir no mínimo seis meses de experiência, em relação a data de coleta de dados, pois acredita-se que um período menor que seis meses não é suficiente para a vivência e reflexão acerca das melhores práticas de gestão do cuidado às PVHA.
- 2) Atuar como enfermeiro assistencial ou coordenador nos CS de Florianópolis;
- 3) Atuar como enfermeiro residente em Saúde da Família nos CS de Florianópolis há mais de seis meses em relação a data de coleta de dados.

Os participantes serão submetidos a entrevista semiestruturada com questões abertas que versarão sobre as melhores práticas de gestão do cuidado ao HIV/Aids. Consta do TCLE que a

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: 4.063.338

entrevista será gravada. Os dados serão organizados e analisados com o auxílio do software NVivo, que serve de suporte para pesquisas de métodos qualitativos e mistos, organizando informações não estruturadas coletadas por meio de entrevistas, grupos focais, gravações, etc. Os dados serão codificados e posteriormente analisados, levando à proposição de hipóteses e à gênese de uma teoria.

As pesquisadores esperam, com o estudo, compreender as melhores práticas de gestão do cuidado ao HIV/Aids, como protocolos, rotinas de atendimento, atividades, fluxos, organização do processo de trabalho, dentre outros.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender as melhores práticas de gestão do cuidado sob a perspectiva da longitudinalidade, às PVHA atendidas na APS de uma capital do Sul do Brasil.

Objetivo Secundário: Construir um modelo interpretativo a partir dos significados atribuídos pelos enfermeiros sobre a longitudinalidade do cuidado às PVHA atendidas na APS de uma capital do Sul do Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São citados os riscos de desconforto psicológico, alterações emocionais e stress, sendo considerados mínimos. Também é citado o risco de quebra de sigilo.

As pesquisadoras acreditam que a pesquisa trará benefícios para os gestores e profissionais que atuam no SUS, pois identificará melhores práticas utilizadas nos serviços de saúde, o que auxiliará a prática da gestão do cuidado. Também citam benefícios indiretos relacionados à ampliação do conhecimento científico disponível sobre o tema da gestão do cuidado ao HIV/Aids.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora responsável e pela autoridade institucional competente (Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC).
- Consta declaração da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, firmada por membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, autorizando a pesquisa e comprometendo-se a cumprir os termos da res. 466/12.

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: 4.063.338

- O cronograma informa que a coleta de dados acontecerá a partir de 01/07/2020.
- O orçamento informa despesas de R\$ 9.795,00 com financiamento próprio.
- Consta do projeto o roteiro da entrevista a ser realizada com os participantes.
- O TCLE apresentado ainda não cumpre todas as exigências da Res. 466/12 (v. lista de pendências).

Recomendações:

Permanecer atento(a) às normas das Resoluções que regem a ética em pesquisa no Brasil, procurando manter o foco no conforto do(s) participante(s) em todo o processo da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo sido resolvidas todas as pendências, o parecer é favorável à aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1491509.pdf	24/04/2020 09:56:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_lanka.pdf	24/04/2020 09:55:26	lanka Cristina Celuppi	Aceito
Outros	Carta_respostas.odt	24/04/2020 09:55:01	lanka Cristina Celuppi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/04/2020 09:51:54	lanka Cristina Celuppi	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	24/04/2020 09:51:30	lanka Cristina Celuppi	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_CEP.pdf	04/02/2020 15:39:07	Betina Hörner Schindwein Meirelles	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_concordancia_smsflorianopolis.pdf	27/01/2020 15:39:32	lanka Cristina Celuppi	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	27/01/2020 15:39:22	lanka Cristina Celuppi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

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: 4.063.338

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 02 de Junho de 2020

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

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