



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM SAÚDE E
ENFERMAGEM**

CAROLINA KAHL

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO À PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS:
SIGNIFICADO PARA OS SUJEITOS ENVOLVIDOS NAS REDES DE
ATENÇÃO À SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS
2022**

CAROLINA KAHL

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO À PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS:
SIGNIFICADO PARA OS SUJEITOS ENVOLVIDOS NAS REDES DE
ATENÇÃO À SAÚDE**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dr^a Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Linha de pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde

**FLORIANÓPOLIS
2022**

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

Kahl, Carolina

Integralidade do cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids :
significado para os sujeitos envolvidos nas Redes de
Atenção à Saúde / Carolina Kahl ; orientador, Betina Hörner
Schlindwein Meirelles, 2022.

146 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. HIV. 3. Integralidade em Saúde. 4.
Níveis de Atenção à Saúde. 5. Enfermagem. I. Meirelles,
Betina Hörner Schlindwein . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
III. Título.

Carolina Kahl

Integralidade do cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids: significado para os sujeitos envolvidos nas Redes de Atenção à Saúde

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

Prof.(a) Alacoque Lorenzini Erdmann, Dr.(a)

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Dr.(a)

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Valéria Faganello Madureira, Dr.(a)

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 Doutor em Enfermagem

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

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

Orientador(a)

Florianópolis, 2022.

A todas as pessoas que vivem com HIV/aids.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pelo dom da vida, que me proporciona compartilhar momentos com pessoas especiais, aprender e evoluir diariamente.

Agradeço imensamente aos meus pais **Marlene Kirchner Kahl** e **Aquiles Kahl**, que me incentivam desde que vim ao mundo, através deles, não medindo esforços para que eu pudesse alcançar meus (nossos) sonhos e objetivos.

Ao meu irmão, **Hugo Kahl**, que vibra comigo todas as minhas conquistas. Ainda que tenhamos nossas diferenças, o orgulho um pelo outro é a maior prova de reciprocidade que conheço.

Ao meu namorado, **Gilberto Gonçalves Machado**, por todo apoio na reta final desse processo, que me ajudou de inúmeras formas. Agradeço pelo amor, carinho e por se fazer presente e disponível sempre.

À minha querida orientadora, **Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles**, que me acompanha e guia na vida acadêmica há quase oito anos e que, por fim, fez com que eu me apaixonasse pela temática do HIV/aids. Agradeço por sua presença e dedicação em todos esses anos. É uma honra tê-la como mentora.

Aos membros da banca, **Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**, **Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni**, **Dra. Valéria Faganaello Madureira**, **Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva** e **Dra. Pollyana Bortholazzi Gouvea** pela disponibilidade e contribuição que tiveram para o êxito deste trabalho. Algumas me acompanham há alguns anos e agradeço imensamente pela parceria ao longo dos anos.

À minha amiga pessoal, acadêmica e profissional, **Dra. Kamylla Santos da Cunha**, por sempre estar presente, até mesmo quando a vida adulta nos afastou, mas o destino tratou de reaproximar. Agradeço pela sua amizade, presença e toda alegria, e também angústias, compartilhadas. O caminho segue mais leve com ela ao lado.

Aos meus amigos **Anderson Rosa dos Santos da Paixão** e **João Paulo da Costa e Costa** simplesmente por serem quem são, me apoiarem, incentivarem e vibrarem junto comigo a cada dia. Em nome deles, estendo meus sinceros agradecimentos a todos os meus amigos e amigas, que são os melhores que eu poderia ter.

À minha amiga **Taynah Lyra Loredó**, minha tatuadora, que embora ainda não tenha me tatuado, conseguiu me entender e transmitir para o “papel” as ideias para a figura do modelo paradigmático. As noites, pensando juntas e desenhando, foram as mais leves de todo esse processo.

Aos meus chefes na Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu, **Bruno Celio da Silva**, Secretário de Saúde e **Thayse Rosa**, Superintendente de Saúde, que me possibilitaram concluir este processo, acreditando no meu potencial. Estendo também os agradecimentos às minhas colegas de trabalho na Secretaria, por todo apoio que precisei.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem** da Universidade Federal de Santa Catarina, lugar que tenho o orgulho de chamar de “casa”, por formar profissionais e pesquisadores com seriedade e compromisso.

Aos **profissionais** que aceitaram participar desse estudo e contribuíram com suas vivências para a concretização deste estudo, meu muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CRT	Centro de Referência e Treinamento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da Aids
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HD	Hospital Dia
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids
PVHA	Pessoa vivendo com HIV/Aids
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamento
UNAIDS	<i>United Nations Programme on HIV/Aids</i>
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

KAHL, Carolina. Integralidade do cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids: significado para os sujeitos envolvidos nas Redes de Atenção à Saúde. 146f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022. Orientadora: Dr^a Betina Hörner Schindwein Meirelles.

RESUMO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível que ainda representa uma epidemia global, estimando-se 37,7 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo. No Brasil, desde o início da epidemia até os dias atuais, cerca de um milhão de casos de aids foram detectados. Neste cenário, as Redes de Atenção à Saúde, inseridas no Sistema Único de Saúde, emergem como estratégia para superação de um modelo de atenção à saúde fragmentado e reducionista, com vistas à articulação de diferentes pontos interdisciplinares para a integralidade do cuidado. Esta pesquisa objetivou compreender o significado da integralidade do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids para os sujeitos envolvidos nas Redes de Atenção à Saúde de um município do sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa ancorada na Teoria Fundamentada nos Dados, cujo referencial teórico-filosófico foi o Pensamento Complexo, de Edgar Morin. Foi realizada na rede de atenção à saúde de um município da Grande Florianópolis através de entrevistas abertas realizadas entre janeiro de 2020 e outubro de 2021, com 30 profissionais de saúde divididos em três grupos amostrais, sendo o primeiro grupo amostral formado por sete profissionais atuantes do Centro de Testagem e Aconselhamento; o segundo grupo por dez profissionais da atenção básica e o terceiro grupo com 13 profissionais de saúde divididos entre Unidade de Pronto Atendimento 24h e hospital estadual de referência. A coleta e análise ocorreram simultaneamente em três etapas interdependentes: codificação aberta, codificação axial e integração. Para auxiliar a organização dos dados durante o processo de análise foi utilizado o *software* NVivo 10[®]. A pesquisa respeitou os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos e foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos e animais da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer nº 777.768. Da análise dos dados emergiu o fenômeno “Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids em suas múltiplas dimensões, ancorada nas Redes de Atenção à Saúde hierarquizadas e interdisciplinares” sustentada por três categorias concernentes aos componentes de condições, ações-interações e consequências intitulados, respectivamente, “Conhecendo a pessoa que vive com HIV/aids para ocorrer a integralidade do cuidado nas redes de atenção à saúde”, “Significando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids considerando sua totalidade e a necessidade de redes interdisciplinares” e “Efetivando o cuidado a partir de uma assistência humanizada, de qualidade e com vínculo”. A compreensão dos significados atribuídos pelos profissionais de saúde à integralidade do cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids revelou-a de forma complexa em seus múltiplos aspectos nas redes, corroborando à tese de que a atenção à saúde conformada em rede possibilita a integralidade do cuidado, em ações multidimensionais e inter-relacionadas, maior qualidade de vida e superação de um modelo de atenção à saúde fragmentado. Entraves como escassez de profissionais, falta de conhecimento técnico e ausência de fluxo definido para esse cuidado são vivenciados pelos profissionais para que a integralidade do cuidado ocorra nos sistemas de saúde.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Integralidade em Saúde; Níveis de Atenção à Saúde; Atenção à Saúde; Enfermagem;

KAHL, Carolina. Integrality of care for people living with HIV/AIDS: meaning for the subjects involved in Health Care Networks. 146p. Thesis (PhD in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Federal University of Sant Catarina, Florianópolis, 2022. Supervisor: Dr^a Betina Hörner Schindwein Meirelles.

ABSTRACT

Human immunodeficiency virus (HIV) infection is considered a Sexually Transmitted Infection that still represents a global epidemic, with an estimated 37.7 million people living with HIV worldwide. In Brazil, from the beginning of the epidemic to the present day, around on million cases of aids have been detected. In this scenario, the Health Care Networks, inserted in the Unified Health System, emerge as a strategy to overcome a fragmented and reductionist health care model, with a view to articulating different interdisciplinary points for integrality of care. This research aimed to understand the meaning of integrality of care for people living with HIV/AIDS for the subjects involved in the Health Care Networks of a municipality in southern Brazil. This is a qualitative research anchored in Grounded Theory, whose theoretical-philosophical reference was Complex Thought, by Edgar Morin. The research was carried out in the health care network of a municipality in Greater Florianópolis through open interviews carried out between January 2020 and October 2021, with 30 health professionals divided into three sample groups, the first sample group consisting of seven professionals active in the Testing and Counseling Center; the second group consisted of ten primary care professionals and the third group consisted of 13 health professionals divided between the 24-hour Emergency Care Unit and the state referral hospital. Collection and analysis took place simultaneously in three interdependent steps: open coding, axial coding and integration. To help organize the data during the analysis process, the NVivo 10[®] software was used. The research respected the ethical aspects related to research with human beings and was approved by the Ethics and Research with Human Beings and Animals Committee of the Federal University of Santa Catarina under opinion n^o 777.768. From the data analysis, the phenomenon “Revealing the comprehensiveness of care for people living with HIV/AIDS in its multiple dimensions, anchored in hierarchical and interdisciplinary Health Care Networks” emerged, supported by three categories concerning the components of conditions, actions-interactions and consequences entitled, respectively, “Knowing the person living with HIV/AIDS to provide integrality of care in health care networks”, “Meaning the integrality of care for the person living with HIV/AIDS considering its totality and the need of interdisciplinary networks” and “Effective care from a humanized, quality and bonded care”. The understanding of the meanings attributed by health professionals to the integrality of care for people living with HIV/AIDS revealed it in a complex way in its multiple aspects in the networks, corroborating the thesis that health care formed in a network enables the integrality of care , in multidimensional and interrelated actions, better quality of life and overcoming a fragmented health care model. However, obstacles such as shortage of professionals, lack of technical knowledge and absence of a defined flow for this care are experienced by professionals so that comprehensive care occurs fully in health systems.

Descriptors: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Integrality in Health; Health Care Levels; Delivery of Health Care; Nursing;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO GERAL	20
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
3.1 Políticas Públicas no cuidado ao HIV/aids no Brasil: um resgate histórico.....	21
3.2 Redes de Atenção à Saúde.....	26
3.3 Integralidade em saúde	29
3.4 O cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids.....	31
4 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO.....	36
4.1 O Pensamento Complexo de Edgar Morin.....	36
5 REFERENCIAL METODOLÓGICO	42
5.1 Tipo de estudo	42
5.2 Local do estudo.....	43
5.3 Participantes do estudo	43
5.4 Coleta e análise de dados.....	45
5.5 Validação da teoria	50
5.6 Aspectos éticos	51
6. RESULTADOS	53
6.1 Apresentação do modelo paradigmático.....	53
6.2 Caracterização dos participantes	55
6.3 Descrição dos resultados da tese	57
6.3.1 Condições: Conhecendo a pessoa que vive com HIV/aids para ocorrer a integralidade do cuidado na rede de atenção à saúde	58
6.3.2. Ações-interações: Significando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids considerando sua totalidade e a necessidade de redes interdisciplinares.....	64
6.3.3. Consequências: Efetivando o cuidado a partir de uma assistência humanizada, de qualidade e com vínculo	72
6.4 Apresentação dos resultados da tese em formato de artigos científicos.....	76
6.4.1 Manuscrito 1 – Integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids na Rede de Atenção à Saúde.....	77
6.4.2 Manuscrito 2 - Conhecendo a pessoa que vive com HIV/aids: condições e contextos para a integralidade do cuidado em rede.....	96
6.4.3 Manuscrito 3 – Ações e interações dos profissionais de saúde no cuidado à pessoa que vive com HIV/aids na perspectiva da integralidade	108
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122

REFERÊNCIAS	125
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	134
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	136
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA.....	137

1 INTRODUÇÃO

O HIV, sigla em inglês para *Human Immunodeficiency Virus*, traduzido em português como vírus da imunodeficiência humana, é um retrovírus que, após alcançar a corrente sanguínea, ataca o sistema imunológico, atingindo principalmente os linfócitos T CD4+, responsáveis pela defesa do organismo. A partir da alteração no DNA, o vírus faz cópias de si mesmo, multiplica-se e continua a infecção, afetando a capacidade do organismo de se defender, ocasionando imunossupressão progressiva, surgimento de infecções oportunistas e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), mundialmente conhecida como aids (do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) (BRASIL, 2017).

A infecção pelo HIV é considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), cujo contágio ocorre através do contato sexual, seja ele oral, vaginal ou anal, sem o uso de preservativo, com uma pessoa que esteja infectada pelo vírus. Pode ocorrer ainda através de transfusão de sangue contaminado e por transmissão vertical, da mãe para o feto no útero ou para o recém-nascido durante o parto ou amamentação. Entretanto, essa cadeia de transmissão pode ser quebrada se realizado o devido tratamento com a Terapia Antirretroviral (TARV), a qual melhora a qualidade de vida e a sobrevivência das Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA) (BRASIL, 2019).

Inúmeros foram os avanços ao longo dos anos na tentativa de combater a aids. Atualmente, o número de mortes a ela associadas é menor em comparação ao século passado, mais pessoas passaram a conhecer seu *status* sorológico (iniciando assim o tratamento) e o acesso a TARV aumentou em todo o mundo. No entanto, a aids permanece ainda uma epidemia mundial, sendo necessários esforços contínuos para redução do número de novas infecções pelo vírus (WHO, 2018).

Segundo dados do *United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), programa criado pelas Nações Unidas para o combate à aids, estima-se que, em 2020, cerca de 37,7 milhões de pessoas viviam com HIV no mundo. No mesmo ano ocorreram em torno de 1,5 milhão de novas infecções pelo vírus e 680 mil mortes relacionadas à aids. Desde o início da epidemia, 79,3 milhões de pessoas foram infectadas com HIV e 36,3 milhões de pessoas morreram em decorrência de doenças relacionadas. Em último relatório estatístico publicado, até o final de junho de 2021 28,2 milhões de pessoas tinham acesso à TARV em todo o mundo (UNAIDS, 2022).

Dentro deste cenário, no Brasil, desde a década de 1980 até junho de 2021, foram detectados 1.045.355 casos de aids. No ano de 2020, foram notificados 32.701 novos casos de infecção pelo HIV e 29.917 casos de aids no país. Dentre as regiões com maiores casos de infecção pelo HIV de 2007 até junho de 2021, destacaram-se as regiões Sudeste (43,3% dos casos) e Nordeste (19,8%), seguidos pelas regiões Sul (19,7%), Norte (9,5%) e Centro-oeste (7,7%) (BRASIL, 2021).

A taxa de detecção de aids no país vem diminuindo a cada ano desde 2012, no entanto ainda apresenta valores significativos. No ano de 2011 a taxa era de 22,3 casos por 100 mil habitantes, passando para 22,0 em 2012 e 18,0 em 2019. No ano de 2020 essa taxa diminuiu ainda mais, chegando a 14,1 casos por 100 mil habitantes, o que tem relação com a subnotificação dos novos casos em razão da sobrecarga dos serviços de saúde com a emergência da pandemia da Covid-19 (BRASIL, 2021).

No último boletim epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde, 11 dos 26 estados brasileiros apresentavam taxas superiores à média nacional, com o estado de Santa Catarina (SC) ocupando a 4ª posição. No período de 2009 e 2019, SC registrou taxa de detecção de infecção por HIV de 28,8 casos/100 mil habitantes e, no ano de 2019, 2.065 novos casos de infecção pelo HIV. As regiões da Foz do Rio Itajaí e Grande Florianópolis apresentaram as maiores taxas no último boletim, com valores de 31,3 e 22,1/100.000 habitantes, respectivamente (BRASIL, 2021; 2020).

No que se refere à taxa de mortalidade no período de 2010 a 2020, Santa Catarina ocupa o 8º lugar no *ranking* dos estados brasileiros. Os avanços da ciência e o incremento da TARV com fármacos novos e de maior potência melhoraram a qualidade de vida das PVHA, ocasionando queda nas taxas de mortalidade em nível global e nacional. Seguindo por este caminho, o estado de SC vem apresentando queda no coeficiente de mortalidade (6,1/100.000 habitantes), aproximando-se da média nacional (5,3/100.000 habitantes) (BRASIL, 2021; 2020).

Os avanços da ciência comprovam que quanto mais cedo iniciar o tratamento com antirretrovirais, maiores são as chances de viver saudável com HIV, prevenir novas infecções oportunistas e, conseqüentemente, novos casos de aids. Mundialmente tem-se pensado em esforços para intensificar o tratamento e o combate ao HIV. Assim, foi lançada no ano de 2014 a meta 90-90-90, na 20ª Conferência Internacional de Aids, que ocorreu na cidade de Melbourne, na Austrália. A proposta tinha como meta que até o ano de 2020, 90% das PVHA conhecessem seu status sorológico, 90% das pessoas

diagnosticadas estivessem em tratamento com antirretrovirais e 90% das pessoas em TARV apresentassem supressão da carga viral (WHO, 2017; OMS, 2015).

Referente ao relatório da última meta, 90-90-90, dados do UNAIDS, publicados em 2020 informaram que, no final do ano de 2019, 81% das PVHIV tinham conhecimento do seu status sorológico, 67% (mais de dois terços) estavam em TARV e 56% das PVHIV tiveram seus exames de carga viral indetectável. Apesar dos avanços, atingir a meta 90-90-90 resultaria em um mínimo de 73% das PVHIV com cargas virais suprimidas, demonstrando o não cumprimento da meta até então (UNAIDS, 2020).

Hoje há uma nova meta a alcançar, aprovada na Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre aids, na qual os esforços devem ser empreendidos para que 95% de todas as PVHA e pessoas expostas a situações de risco de contaminação pelo HIV, em todas as subpopulações e faixas etárias tenham garantia de acesso a estratégias de prevenção combinada e eficazes até 2025 (UNAIDS, 2021; UNAIDS, 2021a).

Ainda, o documento requer esforços dos países para que 95% das PVHIV conheçam seu status sorológico, que 95% destas estejam em tratamento antirretroviral e 95% das PVHIV em TARV apresentem a carga viral suprimida. Assim, é lançada a meta 95-95-95 (UNAIDS, 2021).

No cenário nacional, em dados do último Relatório de Monitoramento Clínico do HIV publicado em 2021, estima-se que ao final do ano de 2020 o número total de PVHIV no Brasil girava em torno de 936 mil. Destas, 820 mil (88%) estavam diagnosticadas, 766 mil (82%) haviam sido vinculadas a algum serviço de saúde, enquanto 691 mil (74%) estavam retidas nos serviços. Referente ao uso da TARV observou-se adesão de 666 mil PVIH (71%) e supressão das cargas virais em 594 mil (63%) (BRASIL, 2021).

No Brasil, o sistema de saúde adotado é o Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê o acesso universal aos serviços de saúde, cuidado integral, longitudinal e igualitário a todas as pessoas, sem distinção. O SUS se organiza em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que englobam ações e serviços de saúde de densidades tecnológicas distintas que atuam de forma integrada e articulada, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora e centro de comunicação da rede com os demais pontos de atenção à saúde, secundários (ambulatorial) e terciários (hospitalar e alta complexidade) (BRASIL, 2019b; OPAS, 2011).

As RAS emergiram como estratégia para superação de um modelo de atenção à saúde até então fragmentado, médico-centrado e hospitalocêntrico, objetivando a

integração das ações e serviços de saúde multiprofissional disponíveis em determinado cenário de forma contínua, integral, responsável, humanizada e de qualidade, prevendo a garantia de acesso, equidade e efetividade (BRASIL, 2010). Ao encontro disso, o pensamento complexo sustentado pelo filósofo e pesquisador Edgar Morin dialoga com os preceitos estabelecidos nas RAS, questionando a hiperespecialização na saúde, a fragmentação e o reducionismo dos saberes e práticas que buscam simplificar aquilo que é complexo (MORIN, 2015).

As RAS compõem um sistema complexo e se caracterizam pela sua multidimensionalidade e interrelação entre seus diferentes pontos e os demais setores da sociedade, impactando direta ou indiretamente no processo saúde-doença da população. Nas RAS, a integração e relação entre seus pontos se dá de forma horizontal, ou seja, seus pontos são compreendidos como espaços de oferta de serviços de saúde de igual importância, independentemente de sua densidade tecnológica, pois cumprem seus papéis específicos de acordo com necessidades também específicas, sendo fundamentais para a integralidade do cuidado e atenção contínua à saúde, objetivos das RAS (ARRUDA et al, 2015; UNASUS, 2016).

A integralidade, também um dos princípios do SUS, presente na Constituição Federal de 1988 e atributo da APS, compreende a atenção à saúde dos indivíduos em todo o seu contexto biológico, cultural e social, articulando um conjunto de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes pontos da rede, assegurando uma atuação intersetorial em saúde (FRACOLLI et al 2011; BRASIL, 2019c).

Em primeira instância, o termo “integralidade” não está descrito desta forma na Constituição, mas aparece no artigo 198 como diretriz de “atendimento integral”, com priorização das atividades preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais. Mattos (2006), estudioso do princípio da integralidade, traz que possivelmente a proposta governamental em resposta à epidemia da aids é a que melhor se aproxima, no contexto nacional, do princípio da integralidade trazido na Constituição, envolvendo tanto a concepção preventiva quanto a assistencial. À época, as recomendações internacionais, incluindo do Banco Mundial, incentivavam maiores esforços na oferta de medidas preventivas, consideradas altamente eficazes em termos de custo-benefício, desatendendo à oferta de medicamentos ARV. O governo brasileiro, no entanto, assumiu o compromisso de distribuir, gratuitamente, a TARV às PVHA, ancorando-se no princípio da integralidade, atendendo a medida assistencial sem prejuízos às práticas preventivas (MATTOS, 2006).

Ainda no que concerne à integralidade do cuidado ao HIV/aids no Brasil no cenário atual, foi lançado em 2017, pelo Ministério da Saúde, o guia “Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional” que apresenta, além de ações que abarcam acolhimento, diagnóstico, notificação, tratamento e adesão, ações voltadas também para saúde mental, atividade física, saúde bucal, bem como garantia de sigilo e reforço dos direitos das PVHA (BRASIL, 2017).

Na APS, além da distribuição de preservativos e oferta de testes rápidos, alguns municípios brasileiros já contam com o manejo do cuidado ao HIV/aids nesse ponto da rede, indo ao encontro da estratégia proposta pelo Ministério da Saúde (MS) de descentralização da atenção ao HIV/aids. Assim, oportunizando garantia de maior cobertura e acesso a essa população, tendo em vista o caráter de condição crônica adquirido com o avanço das tecnologias de cuidado e simplificação do tratamento antirretroviral (BRASIL, 2017c).

Considerando a diversidade de serviços disponíveis no país para o cuidado ao HIV/aids, como os Serviços de Atenção Especializada (SAE), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centros de Referência e Treinamento (CRT), Hospitais-Dia (HD), Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) (BRASIL, 2013), hospitais gerais e Atenção Primária à Saúde (APS), têm-se diferentes abordagens que vão desde ações preventivas até o tratamento da cronicidade da doença e combate às suas complicações. Assim, observa-se uma rede ampla, com necessidade de integração de todos os seus pontos para que haja um cuidado efetivo e de qualidade. Refletir sobre esses aspectos levanta inquietações acerca do cuidado a essa população: “Como ocorre o cuidado à PVHA articulado em rede? Como os sujeitos envolvidos nesse cenário significam o cuidado a essas pessoas na perspectiva da integralidade?”.

O primeiro contato da pesquisadora com a temática do HIV/aids teve início com sua entrada no Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que desenvolve estudos acerca do tema. Após, ao iniciar sua carreira como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município da Grande Florianópolis aproximou-se ainda mais do assunto e desde então vem buscando aprofundamento teórico e prático acerca do tema.

O caráter crônico da aids e a impossibilidade de reversão da infecção pelo HIV requerem atenção profissional sob a ótica de um cuidado longitudinal e integral, considerando-a para além dos sintomas físicos da doença/infecção, disponibilizando diferentes pontos de atenção à saúde de acordo com a sua demanda, exigindo do serviço de saúde um suporte amplo e efetivo. Assim, elaborou-se a tese de que “a atenção à saúde da PVHA conformada em rede promove a integralidade do cuidado ao usuário, em ações de saúde multidimensionais e interrelacionadas, que conferem maior qualidade de vida e superação de modelo de atenção à saúde fragmentado a essas pessoas”.

2 OBJETIVO GERAL

Compreender o significado da integralidade do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids para os sujeitos envolvidos nas Redes de Atenção à Saúde de um município do sul do Brasil.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta seção divide-se em quatro tópicos que serviram de base para a proposta desta tese. O primeiro apresenta o contexto nacional das políticas públicas no cuidado ao HIV/aids, em um resgate histórico através de uma linha do tempo, cujo intuito foi aproximar o leitor da história do HIV/aids no Brasil. O segundo tópico traz considerações sobre as Redes de Atenção à Saúde, conceitos e estrutura, sendo o pano de fundo desta pesquisa. O terceiro ponto apresentado traz reflexões acerca da integralidade em saúde, seus princípios e conceitos que norteiam as ações de cuidado à pessoa. Por fim, o quarto ponto traz uma síntese dos aspectos que envolvem o cuidado à PVHA, tais como estigma, preconceito, aceitação, acolhimento e vínculo em um cuidado integral e longitudinal.

3.1 Políticas Públicas no cuidado ao HIV/aids no Brasil: um resgate histórico

As políticas públicas compreendem ações e programas desenvolvidos pelo Estado que visam a solucionar problemas públicos específicos e atender às demandas sociais de determinado contexto, assegurando o direito à cidadania e possibilitando transformação social (RODRIGUEZ, 2017). A saúde está presente na Constituição Federal como “direito de todos e dever do Estado”, garantida pelas políticas públicas e acesso universal e igualitário às ações de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

No tocante à infecção pelo HIV/aids, esta ganhou notoriedade nacional a partir da década de 1980, quando houve o primeiro caso de aids no país, notificado/identificado em 1982 na cidade de São Paulo. Inicialmente, a doença surgiu com um caráter estigmatizante, concentrada principalmente na população homossexual e em usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2019d).

Em 1983 foi identificado o primeiro caso de aids em criança, ampliando o conhecimento acerca das possibilidades de transmissão também por relações heterossexuais e por transmissão vertical. Nesse mesmo ano, foram registrados também casos em profissionais de saúde, através de acidente ocupacional em contato com material contaminado e o primeiro caso de aids no sexo feminino (BRASIL, 2019d).

O rápido avanço da doença e o aumento do número de casos alarmou a população, que exigiu respostas do Estado. No entanto, o tema aids só passou a fazer parte da agenda pública após pressões da sociedade civil e de algumas Secretarias Estaduais de Saúde que

já lutavam pela causa e exigiam diretrizes e normas para a incorporação da aids como problema de saúde pública (MONTEIRO; VILLELA, 2009; VILLARINHO et al, 2013).

Dois anos passados da descoberta do primeiro caso de aids no Brasil, em 1985, foi fundada a primeira Organização Não Governamental (ONG) voltada para o combate à aids, o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA), que desenvolvia (e desenvolve até o hoje) ações de intervenção na comunidade, defesa de direitos das PVHA, produção de conhecimentos e controle social das políticas de saúde. Inicialmente, o GAPA era composto principalmente por homossexuais, pessoas com aids, familiares e profissionais de saúde (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde cria um programa federal de controle da aids através da Portaria nº 236 de 2 de maio de 1985, que resolve aprovar diretrizes e ações de vigilância epidemiológica da aids e determinar medidas de prevenção à infecção pelo HIV no país. Isso seria desenvolvido através de ações sobre casos confirmados ou suspeitos, comunicantes (parceiros sexuais de casos confirmados) e grupos de risco (na época considerados os homossexuais e bissexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, pessoas com hemofilia ou politransfundidas). As medidas de controle incluíam investigação epidemiológica, clínica e laboratorial, além da educação sanitária que objetivava, majoritariamente, restringir a atividade sexual a um único parceiro, evitar a doação de sangue e procurar serviços de saúde em caso suspeito da doença (BRASIL, 1985).

Conforme a doença avançava, as ações de combate também avançavam e, em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS), pelo então ministro da saúde Roberto Santos. Os objetivos principais do Programa se centravam na redução da incidência de infecção pelo HIV/aids e outras DST, ampliação de acesso ao diagnóstico, melhoria da qualidade do tratamento e assistência no âmbito do HIV/aids e fortalecimento de instituições públicas e privadas no controle do HIV/aids e outras IST. Neste mesmo ano, a aids foi incluída na relação de doenças de notificação compulsória no país, pela Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986 (BRASIL, 2019d; BRASIL, 1999; BRASIL, 1986).

Ainda em 1986 acontecia um importante marco na história do país, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, decisiva para a história do país até os dias atuais, que debatia a reformulação do sistema nacional de saúde vigente na época. Com o fim da ditadura militar e as intensas movimentações da Reforma Sanitária, acreditava-se na possibilidade de mudanças e construção de uma nova sociedade e saúde pública como

direito de todos, propondo um novo modelo de atenção à saúde, o SUS, posteriormente regulamentado pela Lei Nº 8080 de 1990 e pelo Decreto Nº 7508 de 2011 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; BRASIL, 1990; BRASIL, 2011).

Paralelamente ao avanço político-governamental no combate à infecção pelo HIV e prevenção da aids, movimentos de cunho filantrópico também ganhavam força, como a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), ONG fundada em 1987 pelo sociólogo Herbert de Souza e outros ativistas, incluindo profissionais de saúde, jornalistas e criminalistas, com estímulo à mobilização da sociedade civil, acesso ao tratamento, assistência e direitos das PVHA (ABIA, 2019).

Em Assembleia Mundial da Saúde, em outubro de 1987, por iniciativa da Organização das Nações Unidas (ONU) foi instituído o dia 1º de dezembro como Dia Mundial de Luta contra a aids. No Brasil, esta data passou a fazer parte do calendário de saúde no ano seguinte, por uma portaria assinada pelo Ministério da Saúde em 1988. Anualmente, até hoje, volta-se a atenção ao HIV/aids neste dia, bem como em todo o mês de dezembro, considerado o “dezembro vermelho” em combate à aids (BRASIL, 2019d).

Ainda em 1988, foi lançado o primeiro medicamento antirretroviral, o Zidovudina (AZT), que começou a ser distribuído pelo Governo Federal em meados de 1991 e, no ano seguinte, em 1992, o AZT solução oral foi incluído no *roll* de distribuição de medicações (BRASIL, 2004). Apesar de já haver a distribuição gratuita destas medicações, somente cinco anos mais tarde, em 1996, com a Lei nº 9.313/96, ficou garantida a distribuição gratuita dos ARV às PVHA através do SUS (BRASIL, 2004; BRASIL, 1996). Com o passar dos anos e avanço da ciência, novas medicações foram surgindo e o tratamento foi aprimorado, com menor quantidade de comprimidos e menos efeitos colaterais. Atualmente existem 19 medicamentos ARV disponíveis no SUS (BRASIL, 2013b).

A partir desse momento tem início um grande movimento financeiro no país em resposta à epidemia, que segue de 1993 até 2006, com acordos internacionais entre o governo brasileiro e o Banco Mundial para empréstimo no financiamento de ações programáticas no combate à aids, chamado de “Projeto AIDS”. No período de 1993 a 1998 foi lançado o Projeto AIDS I, para implantação e estruturação de serviços assistenciais. De 1998 a 2003, o Projeto AIDS II objetivou redução na incidência de novos casos de HIV e outras IST, com investimentos em melhorias no diagnóstico e tratamento às PVHA e outras IST (VILLARINHO et al, 2013).

Durante esse período, o Brasil lançou, em 1999, a Política Nacional de DST e aids, dividida primordialmente em três componentes: 1) Promoção, proteção e prevenção, que articula áreas de prevenção, ações de ONG, redução de danos relacionados ao uso de drogas e à aids, comunicação e participação e social e saúde mental para a redução na incidência da infecção pelo HIV e outras DST; 2) Diagnóstico e assistência, que lança estratégias e diretrizes para a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e assistência de qualidade na rede pública de saúde; e 3) Desenvolvimento institucional e gestão do programa, cuja função principal centra-se na tomada de decisões entre gestores governamentais e não-governamentais na formulação, execução e aperfeiçoamento das políticas públicas de prevenção e controle do HIV/aids e outras DST (BRASIL, 1999).

Alguns anos mais tarde, o Projeto AIDS III, último dos empréstimos do Banco Mundial, que se estendeu de 2003 a 2006, voltou seus objetivos ao desenvolvimento técnico-científico, ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e qualidade da assistência prestada às IST/aids, além da proposta de descentralização de recursos de financiamento para que estados e municípios desenvolvessem ações de prevenção e controle do HIV/aids de acordo com a capacidade local (VILLARINHO et. al., 2013).

Seguindo essa linha de investimento nas medidas de prevenção, no ano de 2010 a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), existente no SUS desde 1999, mas utilizada até então apenas para casos de acidente ocupacional e violência sexual, passou a ser disponibilizada para a população exposta à situação de risco consentida como estratégia de prevenção combinada, sendo indicada à pessoa exposta caso o resultado do teste rápido for não reagente e se o tempo entre exposição e início da profilaxia for menor do que 72 horas (BRASIL, 2017b). Esta medida significou um grande avanço na prevenção de novas infecções pelo HIV e vem sendo implantada desde então em todo o território nacional.

Com o intuito de prestar assistência com qualidade às PVHA, portarias ministeriais foram elaboradas a partir das políticas públicas vigentes no país. Lançada em 2013, a Portaria Conjunta Nº 1, de 16 de janeiro de 2013, surgiu para regulamentar e definir o funcionamento de alguns dos serviços de atenção à Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST¹), como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviço de Assistência Especializada (SAE), Centro de Referência e Tratamento (CRT),

¹ O termo Doença Sexualmente Transmissível (DST) foi substituído por Infecção Sexualmente Transmissível (IST) em 2016, ressaltando que um indivíduo possa ter uma infecção e transmiti-la a outro indivíduo sem, necessariamente, apresentar sinais e sintomas da doença. No entanto, o leitor encontrará o termo DST neste trabalho quando houver menções a documentos oficiais lançados anteriormente a essa mudança.

Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT) e Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). Ficou estabelecido então que nos CTA são disponibilizadas ações de testagem e prevenção ao HIV, hepatites virais e outras IST à população; os SAE consistem em unidades ambulatoriais voltadas à assistência integral às PVHA e outras IST; os CRT são locais de referência no cuidado integral às PVHA e outras IST, além de contar com multiprofissionais especializados, capacitações a equipes de saúde e produção e disseminação de conhecimentos; o ADT atua em nível domiciliar em assistência multiprofissional às PVHA que necessitam de cuidado contínuo e específico ou até mesmo paliativo; as UDM responsabilizam-se pela assistência farmacêutica, orientações, dispensação das medicações ARV, distribuição de preservativos e kit para redução de danos (BRASIL, 2013).

Também em 2013, o Conselho Federal de Enfermagem COFEN aprovou a realização dos testes rápidos para HIV, sífilis, hepatites B e C pelo enfermeiro, objetivando ampliar o acesso à testagem e diagnóstico precoce. Ainda, mais recentemente, em 2016, a realização destes testes foi ampliada também para a equipe técnica de enfermagem, desde que supervisionado por enfermeiro ou médico, devendo o laudo ser entregue por enfermeiro ou médico (COFEN, 2016).

No ano de 2014, o Ministério da Saúde lançou manuais, protocolos e diretrizes para o manejo da infecção pelo HIV na APS, a partir da ampliação dos testes rápidos para este setor, início do tratamento precoce independente da carga viral e dispensação de medicação fixa combinada, na qual constam três medicamentos em um único comprimido, ações estas que favorecem a descentralização da atenção às PVHA (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Com a incessante luta no combate à aids, o Brasil aderiu, em 2017, à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), que surgiu como estratégia adicional do SUS, indicada prioritariamente a pessoas que apresentam maior risco de adquirir a infecção pelo vírus, como homossexuais, homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo, por exemplo, como consta no protocolo clínico para a PrEP (BRASIL, 2018c). Segundo dados do Boletim Epidemiológico sobre HIV/aids publicado em 2018, entre os anos de 2007 e 2018, 59,4% dos casos de infecção pelo HIV em homens registrados no SINAN se originaram de exposição homossexual ou bissexual, já em mulheres, 96,8% se referiam à exposição heterossexual (BRASIL, 2018). Ademais, a PrEP também pode ser indicada para casais sorodiscordantes, sendo utilizada pelo(a) parceiro(a) soronegativo(a) quando

há situações frequentes de relação sexual sem uso de preservativo, múltiplas parcerias ou desejo reprodutivo (BRASIL, 2018c).

Ainda em 2017 foi liberado o primeiro registro para comercialização do autoteste para o HIV nas farmácias brasileiras. Essa iniciativa objetiva que cada vez mais as pessoas tenham conhecimento de seu *status* sorológico e que sejam quebradas as possíveis barreiras de acesso à busca pela testagem, seja pelo horário de funcionamento do serviço de saúde ou pela distância (BRASIL, 2019d).

Mais recentemente, o atual Presidente da República instituiu o Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019, que modifica a estrutura do Ministério da Saúde e incorpora as ações voltadas ao HIV/aids e outras IST a um único setor, o Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2019e). Anteriormente a esta mudança, as ações referentes ao HIV/aids e outras IST pertenciam a um departamento específico, o que lhes conferia maior visibilidade no cenário nacional.

No decorrer dos anos, desde a década de 1980 até os dias atuais, observam-se consideráveis avanços adquiridos por esforços da sociedade, amparo do governo e incentivos financeiros para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à epidemia da aids, melhoria da assistência e estruturação de uma rede de atenção à saúde integral (VILLARINHO et. al., 2013). O processo de desenvolvimento das políticas públicas no país é dinâmico e, com a extinção do departamento de HIV/aids e outras IST, mudanças no cenário nacional são esperadas, no entanto ainda é cedo para predizer quais os reais impactos que essa mudança poderá ocasionar no cuidado às PVHA.

3.2 Redes de Atenção à Saúde

A ideia de redes de atenção à saúde já vem sendo discutida desde a década de 1920, quando foi publicado o Relatório Dawson, documento que fundou o Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido, que propôs a organização dos serviços de saúde em níveis de complexidade e regionalização, sendo a APS responsável por resolver a maior parte da demanda de saúde da população (PORTELA, 2017; OPAS, 2011).

Os serviços de saúde estruturados em rede deveriam ocorrer através de uma organização ampliada atendendo às demandas e necessidades dos indivíduos, ofertando cuidados preventivos e curativos, de modo acessível a toda população, seja na atenção à saúde em domicílio ou nos centros de saúde, vinculados aos hospitais (UNASUS, 2016).

A partir da década de 1990, com a crise na saúde, mudanças nas estruturas dos serviços de saúde começaram a ocorrer em diversos países desenvolvidos, no intuito de romper com os sistemas de saúde fragmentados e apresentar uma nova proposta, como por exemplo, sistemas integrados de saúde, no Canadá; organizações sanitárias integradas, na Espanha e, no Reino Unido, sistemas clinicamente integrados (OPAS, 2011). No Brasil, a consolidação do SUS na Constituição de 1988 estabeleceu a formação de redes como diretriz fundamental, além de acesso universal, descentralização, regionalização e integração nos serviços de saúde (SILVA, 2011).

Mais recentemente, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) trouxe a definição de rede como organização que presta serviços de saúde integrais e equitativos a uma população definida, destacando alguns atributos que a estruturam, sendo eles (OPAS, 2011):

- População e território definidos;
- Rede de estabelecimentos de saúde voltados à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- APS como porta de entrada;
- Prestação de serviços especializados localizados fora do ambiente hospitalar;
- Atenção à saúde centrada na pessoa, família e comunidade, considerando questões sociais, culturais e de gênero;
- Participação social, ação intersetorial, gestão e sistema de informação integrados;
- Recursos humanos suficientes;
- Financiamento adequado.

No ano de 2010, o Brasil lançou a Portaria Nº 4.279, que estabelece diretrizes à organização das RAS no SUS, para maior integração das ações e serviços de saúde, qualificação da gestão do cuidado e consolidação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, fundamentando-se em três esferas: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida representa o compromisso firmado entre os gestores do SUS para o desenvolvimento de ações em torno de prioridades, estabelecidas através de metas nacionais, estaduais, municipais ou regionais. Tais metas apresentam significativo impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, garantindo uma atenção à saúde integral e integrada (BRASIL, 2006).

O Pacto em Defesa do SUS reflete o compromisso das três esferas de governo para garantia da consolidação da reforma sanitária no país, defesa dos princípios do SUS, assegurando-o como política pública. Já o Pacto de Gestão define responsabilidades sanitárias e estabelece diretrizes para a descentralização, regionalização, planejamento, financiamento, regulação, Programação Pactuada e Integrada (PPI), participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde (BRASIL, 2006).

A organização da RAS requer ainda a definição da região de saúde, considerando seus limites geográficos e populacionais, assim como a estruturação dos serviços e ações de saúde a serem ofertados nesta região. As RAS constituem-se, ainda, em três elementos principais: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010; OPAS, 2011; DALCUCHE; MENDES, 2017).

No tocante à população, cabe precisar as necessidades de saúde de uma população específica, avaliando os riscos e estabelecendo critérios para a execução das intervenções sanitárias necessárias. Quanto à estrutura operacional, esta constitui-se pelas relações estabelecidas entre os diferentes pontos da rede, tendo a APS como centro de comunicação com os demais pontos (atenção secundária e terciária), sistemas de apoio como assistência farmacêutica, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e teleassistência, sistemas logísticos como prontuário eletrônico, regulação e sistemas de transporte em saúde e, ainda, sistemas de governança da RAS (OPAS, 2011).

Já os modelos de atenção à saúde consistem em sistemas organizacionais para o funcionamento das RAS, estabelecendo relações entre a população, estratificação de risco, os focos e os tipos de intervenção a serem desenvolvidos, definidos conforme a situação demográfica e epidemiológica considerando os determinantes sociais (OPAS, 2011).

A necessidade de mudança nos sistemas de atenção à saúde com o aumento das condições crônicas em nível global favoreceu o desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde, possibilitando uma resposta mais efetiva, eficaz e segura, de modo que estes modelos têm sido voltados mais fortemente às condições crônicas, mas também às condições agudas. Segundo Eugênio Vilaça Mendes (2018), as condições agudas podem ser enfrentadas pontualmente, de maneira reativa, já as condições crônicas requerem ações proativas, de maneira contínua, integral e em redes, com oferta de ações promocionais e preventivas em um cuidado multiprofissional e interdisciplinar (MENDES, 2011; MENDES, 2018).

Ainda de acordo com Mendes (2018), as vantagens de um sistema de saúde organizado em rede são muitas, com apresentação de melhores resultados sanitários nas condições crônicas, menor número de encaminhamentos a especialistas e hospitais a partir do aumento da resolutividade da APS, incremento de ações com melhor custo/benefício e maior satisfação dos usuários (MENDES, 2018).

As RAS configuram um sistema multidimensional de amplas conexões, interações e interrelações, imersas em um sistema de saúde complexo, sua conformação em rede, com seus diversos pontos de convergência também pode se configurar um sistema complexo, opondo-se a mecanismos reducionistas (ARRUDA et al 2015).

A conformação do sistema de saúde em rede possibilita à população um acesso à saúde usuário-centrado, igualitário, integral e com construção de vínculo, que assegura qualificação, longitudinalidade e integralidade do cuidado na superação de lacunas assistenciais e otimização dos recursos disponíveis (SILVA, 2011).

3.3 Integralidade em saúde

A integralidade emergiu em um contexto específico, a partir da Reforma Sanitária e de outros movimentos sociais que então ocorriam no cenário nacional. Entretanto, para além de uma diretriz do SUS, ela deve ser construída cotidianamente pelos sujeitos envolvidos na RAS, no ensejo de suas práticas na atenção e no cuidado à saúde dos indivíduos (PINHEIRO; GUIZZARD, 2005; SILVA, 2005).

O cuidado, compreendido aqui como uma dimensão da integralidade, não se deve reduzir às competências meramente técnico-científicas, mas deve permear as práticas de saúde em seu todo, integrando acolhimento, vínculo e escuta qualificada (LACERDA; VALLA, 2005).

Quando nos atemos à noção de cuidado, consideramo-lo como uma ação integral, imersa em sentidos e significados voltados à compreensão da saúde como direito, com respeito e acolhimento ao ser humano em seu sofrimento, seja ele físico ou emocional. Cuidar implica ainda uma prática que envolve interação, envolvimento e relacionamento entre as partes envolvidas (PINHEIRO; GUIZZARDI, 2005; GUIZZARDI; PINHEIRO, 2005; LACERDA; VALLA, 2005).

A integralidade se constrói no espaço configurado pelo encontro do profissional/equipe/serviço de saúde com o usuário/família/comunidade, no qual consolidam e ressignificam suas práticas, desdobrando-se em significados e criação de

vínculo. É nesse cotidiano que as políticas públicas se materializam, como produção e realidade social, o que possibilita pensar a integralidade como prática eficaz, capaz de modular o saber e o fazer (GUIZZARDI; PINHEIRO, 2005; SILVA, 2005).

Um cenário em que é possível visualizar o profissional de saúde cuja atenção volta-se a aspectos relacionados não somente à condição clínica de saúde-doença do sujeito, mas também a seu contexto biopsicossocial ou um serviço de saúde onde o acesso ao cuidado seja facilitado, ilustram os sentidos da integralidade. A produção de um território comum entre serviço de saúde e usuários possibilita a construção de vínculo e diálogos sustentados por aspectos objetivos e subjetivos na busca por respostas às demandas e necessidades de saúde da população (SILVA, 2005).

Entretanto, para intimamente compreender a natureza do adoecimento e do sofrimento alheio, é necessário ultrapassar a dualidade corpo-mente, considerando os sujeitos em sua totalidade para um cuidado integral como prática para aliviar o sofrimento (LACERDA; VALLA, 2005). A integralidade, ao trazer o sujeito para o centro da atenção dos serviços de saúde e de seus profissionais, compele o sistema a refletir e discutir sobre questões transversais à saúde, como efetividade, longitudinalidade e terminalidade, tendo como pano de fundo as relações e interações entre os sujeitos envolvidos no cuidado (FAVORETO, 2005).

Ainda, o princípio da integralidade pode ser disposto em três conjuntos de sentidos (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2005):

- I. Práticas dos profissionais de saúde: neste ponto a integralidade é desenvolvida a partir da compreensão do complexo de necessidades de ações e serviços de saúde que o sujeito demanda quando se depara com o profissional de saúde. Ainda, a integralidade deve sustentar as práticas de todos os profissionais dentro dos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.
- II. Organização dos serviços: quanto às características dos serviços de saúde, estes devem organizar-se e desenvolver suas ações a partir de uma apreensão ampliada das necessidades da população adstrita para além daquelas puramente biológicas.
- III. Respostas governamentais: neste ponto, a resposta do governo diante de determinados problemas de saúde pública que demandam atenção deve integrar ações com possibilidade de promoção à saúde, prevenção de

doenças e agravos, cura e reabilitação, em uma superação à redução dos sujeitos a objetos descontextualizados da realidade/necessidade local.

A integralidade é tomada então como princípio orientador das práticas de saúde e da organização do processo de trabalho. Sua concretização perpassa a aplicação de saberes já concebidos, indo em busca incessante de práticas eficazes em diferentes visões de mundo. Assim, a integralidade assume o papel de óculos cujas lentes ampliam o olhar sobre o planejamento, estruturação e organização dos serviços de saúde. Ela não se apresenta como objetivo final das práticas de cuidado em rede, mas como o próprio caminho a ser percorrido, sem de modo algum chegar a um final, pois se desdobra infinitamente em muitos outros caminhos do indivíduo pela rede (GUIZARDI; PINHEIRO, 2005; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005; XAVIER; GUIMARÃES, 2005; FAVORETO, 2005).

3.4 O cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids

A atenção à saúde da PVHA deve considerar suas necessidades e expectativas individuais e coletivas, em uma perspectiva de cuidado integral que a acolha sem discriminação, estimule o autocuidado, facilite a adesão ao tratamento e reduza a mortalidade pela doença (BRASIL, 2017).

Lidar com HIV/aids mostra-se um desafio a todas as partes envolvidas neste contexto, seja para a pessoa que recebe o diagnóstico, pelo impacto que a própria doença causa, seja por parte do profissional, pois requer habilidade para estabelecer uma comunicação terapêutica e vínculo de confiança com a pessoa nesta situação (COLAÇO et. al., 2019). No entanto, para além dos aspectos relacionados à infecção pelo HIV ou à evolução para sua condição aguda, a aids, o cuidado à PVHA suscita reflexões acerca do viver com HIV nos contextos pessoal, familiar, profissional e social.

Receber um diagnóstico de HIV pode trazer impactos psicossociais significativos para a pessoa, como interrupções da sua trajetória de vida e abdições de metas de vida até então estabelecidas, ruptura de relacionamentos pessoais, familiares, sociais e até mesmo isolamento social (MACAPAGAL et. al., 2012).

Muitas PVHA experienciam ainda o preconceito intrafamiliar e seu impacto no enfrentamento do diagnóstico e adesão ao tratamento, o que reflete diretamente na forma de lidar com a infecção. Sua aceitação e abertura para diálogo e compartilhamento com pessoas próximas pode sofrer mudanças ao longo do tempo transcorrido entre o

conhecimento de seu *status* sorológico e a convivência com o HIV, ainda que se viva em uma sociedade marcada por um olhar estigmatizado e discriminatório (JESUS, 2017; VILLELA; BARBOSA, 2017).

Viver com HIV tornou-se possível com o avanço terapêutico, através dos medicamentos antirretrovirais, que transformaram a visão da infecção de uma doença fatal para uma condição crônica, com potencial para demandar esforços na busca por maior qualidade de vida (JESUS, 2017). No entanto, essa qualidade depende, em suma, da adesão ao tratamento, que pode ser influenciada pelo esquema terapêutico, efeitos colaterais dos ARV, estágio da doença, grau de apoio familiar, estigma social e as demandas emocionais acarretadas pelo significado de viver com HIV (RODRIGUES; MAKSUD, 2017).

Neste ponto, cabe destacar que o cuidado à saúde mental das PVHA é tão importante quanto o cuidado à saúde física, uma vez que os desdobramentos ocorridos a partir da descoberta do diagnóstico podem desencadear um estado de sofrimento psíquico, sendo imprescindível que haja um acolhimento oportuno por parte dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado, sob uma ótica humanizada, integral e longitudinal (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018).

Ao falar de cuidado humanizado fala-se também de acolhimento com escuta qualificada, construção de vínculos e estabelecimento de relações de confiança e compromisso entre profissional e usuário, tirando-o do isolamento ao incluí-lo na produção do cuidado e ampliando o grau de comunicação, tão importantes para à pessoa que vê sua vida abalada pelo HIV (BRASIL, 2013c; MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Assim, é indispensável que os profissionais de saúde, inseridos em um serviço multiprofissional e interdisciplinar, direcionem esforços em propostas de enfrentamento transversais, abarcando todo o aspecto biopsicossocial do campo da saúde, conhecendo a doença, seus estigmas, possibilidades terapêuticas e dificuldades de adesão, com incentivo à criação de uma rede de apoio aos pacientes e familiares (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018; ATAIDE; REIS JUNIOR, 2019).

Neste sentido, o sistema da saúde brasileiro, conformado em redes, possui meios e recursos que, se usufruídos de maneira adequada, possibilitam o desenvolvimento de um cuidado integral, multiprofissional e interdisciplinar. Inseridas na RAS, as linhas de cuidado compreendem uma estratégia de organização e articulação dos recursos disponíveis com as práticas de saúde existentes nos diferentes pontos da rede (atenção

primária, secundária e terciária), ordenando e conduzindo os usuários do SUS pelas diferentes possibilidades de diagnóstico e tratamento (OPAS, 2011; BRASIL, 2013d).

De certo modo, é possível dizer que as linhas de cuidado desenham o caminhar do usuário pela rede, pactuando fluxos e reorganizações no processo de trabalho de modo que se possibilite um acesso facilitado aos serviços de saúde necessários à atenção integral (MENDES, 2011). De maneira prática, as linhas de cuidado direcionam o percurso do usuário em cada ponto da rede de acordo com a demanda e possibilidade de ação/resolução do serviço correspondente, a fim de garantir um cuidado integral com articulação dos diversos pontos da rede.

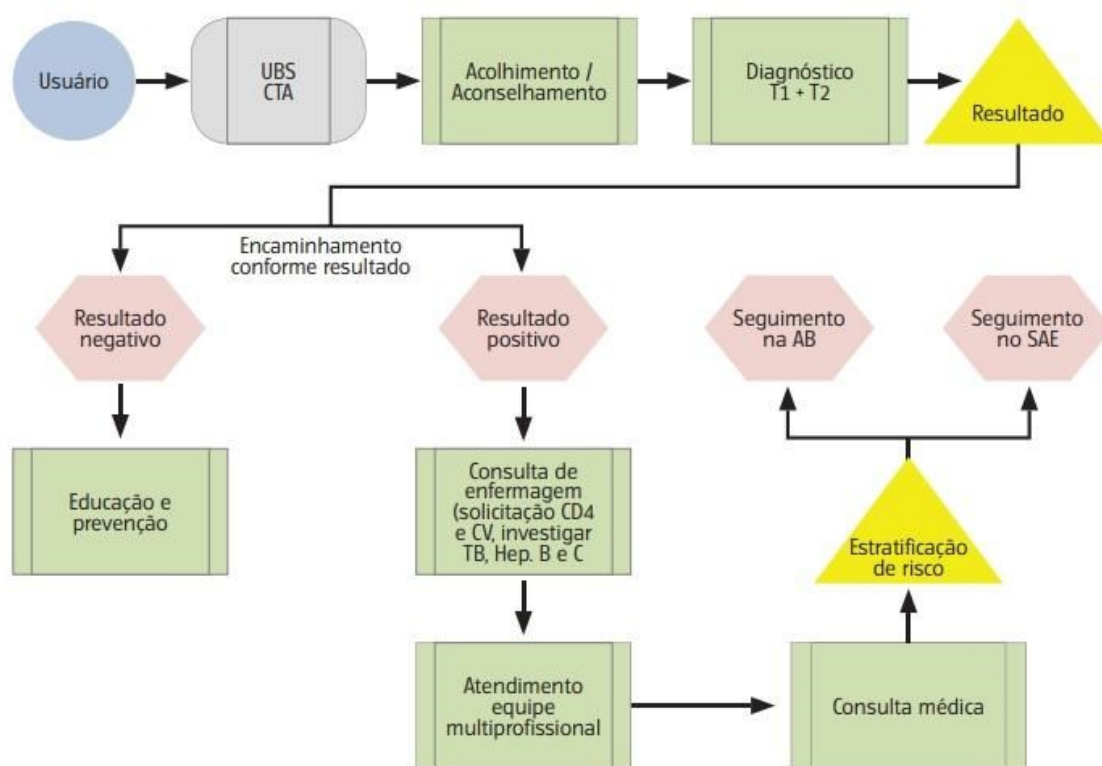
No contexto do HIV/aids, o avanço das ações de cuidado e manejo através do aumento da oferta de testagens, prevenção combinada, aprimoramento da TARV com redução do número de comprimidos por dia e dos efeitos colaterais, diminuição na taxa de mortalidade e aumento da sobrevida tornaram a infecção pelo HIV uma condição crônica, que requer cuidado contínuo e estabelecimento de um fluxo assistencial adequado, seguro e integral, passando por serviços com diferentes densidades tecnológicas, envolvendo ações promocionais, preventivas e de vigilância (BRASIL, 2017c).

Com base nisto, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais (DIAHV) elaborou uma coletânea com materiais para gestores e profissionais de saúde com orientações e propostas estratégicas para a elaboração e implementação da linha de cuidado para as PVHA, na forma de manual em “5 passos” (BRASIL, 2017c):

- O primeiro passo consiste em *realizar o diagnóstico situacional*, objetivando conhecer o território, os perfis sociodemográfico e epidemiológico da população vivendo com HIV/aids e a conjuntura da rede atual, seus limites e possibilidades, para então dar início à reorganização do sistema de saúde.
- O segundo passo apresenta a *reestruturação da rede de atenção à saúde à PVHA*, momento no qual serão identificadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que participarão das linhas de cuidado e serão estabelecidos seus papéis na rede, divididos entre realização do diagnóstico e seguimento do tratamento, dispensação de ARV, exames de carga viral e CD4. Ainda neste momento devem ser estabelecidos os critérios para estratificação de risco, sendo os pacientes assintomáticos estáveis passíveis de acompanhamento pela UBS e os pacientes coinfectados, gestantes e crianças sendo atendidos no SAE.

- O terceiro passo elabora o *plano de educação permanente em saúde* e oferece o suporte técnico para as equipes que irão compor a rede de cuidado à PVHA.
- O quarto passo determina o *desenho das linhas de cuidado* em um fluxograma que explica o caminho do usuário pela rede, devendo ser criadas linhas de cuidado ao adulto com HIV, à gestante com HIV e à criança exposta e/ou infectada pelo vírus, além de outras linhas de acordo com a necessidade local. A seguir encontra-se ilustrado um exemplo de fluxograma da linha de cuidado ao adulto com HIV.

Figura 1. Linha de cuidado ao adulto UBS e CTA



Fonte: Linhas de Cuidado dos municípios de Parintins, Benjamin Constant e Tabatinga, 2014 (BRASIL, 2017c)

- Ao final, no quinto e último passo, deve ser feita a *submissão da proposta à aprovação pelos conselhos de saúde*, bem como sua inserção no plano de saúde do município.

A efetividade da implantação das linhas de cuidado nos municípios brasileiros depende, em suma, do envolvimento articulado de gestores, profissionais de saúde e PVHA para garantia de condições de trabalho dignas e prática de cuidado integral à saúde dessas pessoas em todos os pontos de atenção das redes de saúde (BRASIL, 2017c).

O cenário brasileiro atual propõe a tendência de implementar linhas de cuidado nos mais diversos campos de atenção à saúde, tendo a APS como porta de entrada preferencial e centro de comunicação da rede. No entanto, a existência de fluxos de atendimento às PVHA centrado na APS ainda não é realidade nacional, visto que, em sua maioria, o cuidado mantém-se centralizado nos serviços de média complexidade (COLAÇO et. al., 2019).

Neste ponto importa levantar reflexões e repensar o modo como as ações de cuidado têm sido projetadas e desenvolvidas no campo da saúde, tendo em vista que a estruturação das redes de saúde, na prática, ainda valoriza saberes e práticas biomédicas. Assim, os serviços de saúde precisam se fortalecer como produtores de um cuidado multiprofissional, interdisciplinar, integral e longitudinal, articulado em rede, com foco em ações usuário-centradas (ASSIS et. al., 2015).

4 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

O referencial teórico na TFD emerge a partir dos dados, no decorrer do processo de análise. Considerando os princípios do Pensamento Complexo, de Edgar Morin, que permite um olhar amplo sobre o contexto do viver com HIV/aids como um processo complexo, dinâmico e multidimensional optou-se por adotar a teoria do Pensamento Complexo como referencial teórico-filosófico do estudo.

O Pensamento Complexo busca a compreensão dos fenômenos complexos que cercam a vida cotidiana, reconhecendo nestes fenômenos sua multidimensionalidade. Do mesmo modo, o processo de construção de teoria na Teoria Fundamentada nos Dados considera a complexidade dos fenômenos investigados ao reconhecer e valorizar sua multidimensionalidade (SILVA et al, 2019).

A complexidade busca o conhecimento e a compreensão, o reconhecimento e a valorização de suas dimensões que estão em constantes movimentos de interação em uma relação dinâmica. Assim, esse pensamento emerge como uma possibilidade de referência que se apoia nos princípios da ciência, oportunizando a construção de teorias que buscam a compreensão dos fenômenos, em sua especificidade e pluralidade, que concebem o ser humano em sua multidimensionalidade social, cultural, política, organizacional, espiritual e biológica (MORIN, 2010; SILVA et. al., 2019).

4.1 O Pensamento Complexo de Edgar Morin

Edgar Morin, nascido em 1921 em Paris, é antropólogo, sociólogo e filósofo. Importante pensador dos séculos XX e XXI possui formação acadêmica em História, Geografia e Direito, passando para a área da Filosofia, Sociologia e Epistemologia após sua atuação na resistência ao nazismo na Segunda Guerra Mundial, durante a ocupação na França (MORIN, 2015).

Pesquisador emérito do *Centre National de la Recherche Scientifique* (CNRS), desenvolveu diversos estudos na área da Filosofia e Sociologia. Sua primeira obra intitula-se “O Método”, elaborado em seis volumes. Desde então, Morin vem escrevendo e lançando diversas obras, dentre elas “Introdução ao Pensamento Complexo”, “A Cabeça Bem-feita”, “Ciência com Consciência”, “Os sete saberes necessários à educação do futuro”, entre outros (MORIN, 2015).

Ao contrário do que busca o chamado conhecimento científico, que é dissolver a complexidade dos fenômenos para desvelar a ordem simples que os conduz e define, o pensamento complexo emerge no cenário das indeterminações e incertezas em meio a sistemas organizados. Tampouco a complexidade refuta a clareza, a ordem, o determinismo, mas, na verdade, os considera apenas insuficientes (MORIN, 2015).

A palavra complexidade deriva do latim *complexus*, que quer dizer “tecido junto”, é um tecido de diferentes componentes indissociáveis, acontecimentos, ações, interações, determinações, retroações e acasos. O pensamento complexo está ligado à mistura de ordem e desordem e existe quando os constituintes (as partes) de um todo são inseparáveis e há um movimento interativo e inter-retroativo entre as partes, o todo e as partes (MORIN, 2015; MORIN, 2017).

Segundo Morin, um todo é a soma das partes, ao mesmo tempo em que é mais e menos do que a soma das partes. Essas partes estão interconectadas em uma unidade sintética na qual cada uma contribui para o conjunto do todo. Não somente as partes estão no todo, como o todo está no interior de cada parte, que está no interior do todo. No entanto, é impossível conhecer o todo, sem conhecer as partes. Do mesmo modo que o conhecimento das partes é insuficiente para conhecer o todo (MORIN, 2015).

Ainda, Edgar Morin (2017, p. 93) nos apresenta os sete princípios da complexidade, complementares e interdependentes, que possibilitam sua melhor compreensão, descritos a seguir:

1. *O princípio sistêmico ou organizacional*, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, segundo o elo indicado por Pascal: “Considero impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tanto quanto conhecer o todo sem conhecer, particularmente, as partes”. A ideia sistêmica, oposta à ideia reducionista, é que “o todo é mais do que a soma das partes”. Do átomo à estrela, da bactéria ao homem e à sociedade, a organização de um todo produz qualidades ou propriedades novas, em relação às partes consideradas isoladamente: *as emergências*. Assim também, a organização do ser vivo produz qualidades desconhecidas no que se refere a seus constituintes físico-químicos. Acrescentamos que o todo é, igualmente, menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto.
2. *O princípio “holográfico”* põe em evidência este aparente paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. Assim, cada célula é uma parte de um todo – o organismo global –, mas também o todo está na parte: a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual; a sociedade está presente em cada indivíduo, enquanto todo, através de sua linguagem, sua cultura, suas normas.
3. *O princípio do circuito retroativo*, introduzido por Norbert Wiener, permite o conhecimento dos processos auto-reguladores. Ele rompe com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito, e o efeito

age sobre a causa, como no sistema de aquecimento, em que o termostato regula o andamento do aquecedor. Esse mecanismo de regulação permite, aqui, a autonomia térmica de um apartamento em relação ao frio extremo. De modo mais complexo, a “homeostasia” de um organismo vivo é um conjunto de processos reguladores baseados em múltiplas retroações. Em sua forma negativa, o círculo de retroação (ou *feedback*) permite reduzir o desvio e, assim, estabilizar um sistema. Em sua forma positiva, o *feedback* é um mecanismo amplificador; por exemplo: a violência de um protagonista provoca uma reação violenta, que, por sua vez, provoca uma reação mais violenta ainda. Inflacionárias ou estabilizadoras, são incontáveis as retroações nos fenômenos econômicos, sociais, políticos ou psicológicos.

4. *O princípio do circuito recursivo*, ultrapassa a noção de regulação com as de autoprodução e auto-organização. É um circuito gerador em que os produtos e os feitos são, eles mesmos, produtores e causadores daquilo que os produz. Assim, nós, indivíduos, somos os produtos de um sistema de reprodução que vem do início dos tempos, mas esse sistema não pode se reproduzir se nós mesmos não nos tornarmos produtores com acasalamento. Os indivíduos humanos produzem a sociedade nas interações e pelas interações, mas a sociedade, à medida que emerge, produz a humanidade desses indivíduos, fornecendo-lhes a linguagem e a cultura.
5. *O princípio da autonomia/dependência (auto-organização)*: os seres vivos são seres auto-organizadores, que não param de se auto-produzir e, por isso mesmo, dependem energia para manter sua autonomia. Como têm necessidade de retirar energia, informação e organização de seu meio ambiente, sua autonomia é inseparável dessa dependência; é por isso que precisam ser concebidos como seres auto-ecoorganizadores. O princípio de auto-ecoorganização vale especificamente, é óbvio, para os humanos – que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura – para as sociedades – que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico.
Um aspecto chave da auto-ecoorganização viva é que ela se regenera permanentemente a partir da morte de suas células, segundo a fórmula de Heráclito, “viver de morte, morrer de vida”; e as ideias antagônicas de morte e vida são, ao mesmo tempo, complementares e antagônicas.
6. *O princípio dialógico* acaba justamente de ser ilustrado pela fórmula de Heráclito. Ele une dois princípios ou noções que deviam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade.
Deve-se conceber uma dialógica ordem/desordem/organização, desde o nascimento do Universo: a partir de uma agitação calorífica (desordem), onde, em certas condições (encontros aleatórios), princípios de ordem vão permitir a constituição de núcleos, átomos, galáxias e estrelas. Sob as mais diversas formas, a dialógica entre ordem, a desordem e a organização *via* inúmeras interretroações está constantemente em ação nos mundos físico, biológico e humano.
A dialógica permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo (...). O pensamento deve assumir dialogicamente os dois termos, que tendem a se excluir um ao outro. (...)
7. *O princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento*. Esse princípio opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo o conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e época determinadas.

Sob essa ótica, Morin (2017) apresenta que a reforma do pensamento é paradigmática, e não programática, uma vez que se relaciona à capacidade humana para organizar o pensamento. Tal reforma possibilitaria, então, a adequação ao propósito da cabeça bem-feita: o pleno uso da inteligência; é necessário, pois, a compreensão de que a lucidez depende da complexidade da organização das ideias.

Ao trazer a ideia de “cabeças bem-feitas” Morin (2010) destaca que as cabeças não devem acumular conhecimentos, mas sim uni-los, interligando e integrando-os a um contexto que possibilita compreendê-los em sua singularidade e pluralidade. É necessário conhecer e compreender o singular para entender o global e conhecer de maneira global para compreender o singular.

Um pensamento torna-se complexo a partir das relações, interações e inter-retroações entre os fenômenos e seus contextos, estabelecendo relações mútuas entre o todo e as partes, ao passo que qualquer transformação sofrida nas partes reflete e interfere no todo, bem como qualquer modificação no todo repercute em mudança nas partes. Assim, um pensamento complexo reconhece a unidade dentro da diversidade, o uno dentro do múltiplo, a unidade humana imersa nas diversidades individuais, sociais e culturais, reconhecendo também essas diversidades no interior da unidade humana (MORIN, 2017).

O paradigma da complexidade traz em si, ainda, uma parcela de incerteza e a impossibilidade da conclusão e da unificação, cabendo apenas ter metapontos de vista que permitem novas concepções, descobertas e reflexões. Morin diz que “conhecer e pensar não é chegar a uma verdade absolutamente certa, mas dialogar com a incerteza” (MORIN, 2017, p. 59; MORIN, 2015).

Do mesmo modo em que busca a incerteza, a incapacidade de formular uma lei e conceber o mundo em uma ordem absoluta, a complexidade aspira ao holismo, a um reconhecimento multidimensional da vida, dos seres, das coisas, do mundo. Almeja o não reducionismo, em um saber não fragmentado e um pensamento não mutilador, cuja virtude centra-se em uma unidade complexa no centro da teoria. Edgar Morin lança as dimensões físicas, biológicas, espirituais, culturais, histórias e sociológicas da natureza do Ser humano, sendo, portanto, dimensões sobre as quais o Ser deve estabelecer a comunicação. O Ser é complexo em sua multidimensionalidade (MORIN, 2015; MORIN, 2017; MORIN, 2013)

Pensar de forma complexa é pensar de forma global, contextualizar e integrar, compreendendo as partes dentro do todo para conhecer o todo que envolve as partes. A

complexidade e o pensamento complexo acabam sendo compreendidas de maneira equivocada pela sociedade. Perante isso, Morin destaca três erros principais ao que é posto pela humanidade como “complexo”: simplificação, complicação e completude (MORIN, 2015; MORIN, 2017; MORIN, 2010).

É natural da humanidade a necessidade de simplificação das coisas, dos processos, dos fenômenos e da realidade, na crença de que, somente dessa forma, é possível compreender e explicar melhor um fenômeno, uma realidade. No entanto, ao fazer esse movimento de simplificação, ocorre um movimento reducionista que fragmenta/distorce a realidade, ocasionando, por vezes, uma ilusão sobre o que é real quando não se consegue reposicionar o fragmento ao seu contexto. Para Morin, esse processo de reduzir e simplificar é aceitável tão somente quando propicia a compreensão das partes que integram o todo devendo, portanto, reposicionar a parcela a que foi reduzida à sua complexidade original, ao contexto; somente assim será possível a não redução/distorção da realidade (MORIN, 2010).

A complexidade emerge como uma nova maneira de pensar e conceber os fenômenos, negando o pensamento simplificador. O pensamento que se restringe à separação das partes fragmenta e fragiliza o complexo, fracionando e “unidimensionalizando” o que é multidimensional/plural. Não obstante a esse pensamento, com frequência a complexidade é interpretada como complicada, sem a compreensão de sua multidimensionalidade e “não linearidade” entre suas causas e efeito. O pensamento complexo não se rotula ao complicado, ele desperta o incentivo a um pensamento que possibilite compreender a multidimensionalidade dos fenômenos da vida. Ainda, a complexidade também não deve ser compreendida e relacionada com a completude, uma vez que a totalidade não é a verdade, pois ao ser humano ainda não é possível conhecer e compreender tudo, tampouco conhecer e compreender um objeto em sua realidade total (MORIN, 2010; MORIN, 2017).

Sob esta ótica, o Pensamento Complexo de Edgar Morin vai de encontro ao pensamento simplificador e reducionista dos fenômenos, ao versar sobre a multidimensionalidade, interdisciplinaridade, interligação, união, partes e todo em uma relação de certezas e incertezas, erros e acertos em busca da complementaridade. Nesse sentido, Morin traz a reflexão dos seres humanos como seres ao mesmo tempo físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais, sendo a complexidade a busca pela articulação, identidade e diferença de todas essas dimensões. Em contrário, o pensamento

reducionista/simplificador separa e fragmenta esses aspectos, não permitindo a compreensão da complexidade do ser (MORIN, 2010; MORIN, 2005).

Assim, lança-se o desafio da sociedade contemporânea sobre o conhecimento, de religar os fenômenos para a compreensão da sua multidimensionalidade, uma vez que fragmentar o que é multidimensional dirige o olhar do sujeito apenas para a parte, desconexa do todo, não permitindo a compreensão da sua realidade (MORIN, 2013; MORIN, 2010).

Essa lógica de simplificar para entender parece vir, em parte, pela “ocidentalização da ciência”, em que para conhecer e dominar os fenômenos se busca pela simplificação a partir da fragmentação para um aprofundamento intelectual, como acontece nas super/hiperespecializações. A “hiperespecialização” se lança como um problema quando impossibilita a compreensão e o olhar sobre as conexões das partes que completam o todo e dinamizam a existência do fenômeno (MORIN, 2017).

É preciso refletir que a hiperespecialização nas ciências humanas desfaz e afasta a noção de homem. Conforme Morin (2010, p. 129),

As especializações biológicas eliminam a ideia de vida em benefício das moléculas, dos genes, de comportamentos etc. Finalmente, não existe mais nada daquilo que é a natureza do problema fundamental — O que é o homem? Qual o seu sentido? Qual é seu lugar na sociedade? Qual é seu lugar na vida? Qual é seu lugar no cosmo?

Para Morin, os principais problemas podem ser somente compreendidos e pensados dentro de seus contextos, assim como os contextos aos quais os problemas estão integrados devem ser posicionados em um conjunto planetário maior. Nesta lógica, “o sistema só pode ser compreendido se nele incluímos o meio ambiente, que lhe é ao mesmo tempo íntimo e estranho e o integra sendo ao mesmo tempo exterior a ele” (MORIN, 2017; MORIN, 2015, p. 22)

Os princípios do Pensamento Complexo de Edgar Morin conversam com os princípios da integralidade e a proposta de atenção à saúde em rede, operando de modo antagônico aos mecanismos reducionistas e considerando igualmente importantes todas as partes desse complexo sistema em redes. Ainda, ao considerar o cuidado ao HIV/aids fica clara a compreensão de que essa condição carrega em si uma multidimensionalidade de fatores, sentidos, significados e fenômenos, que provoca e sofre influências internas e externas do sistema.

5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo com referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A pesquisa qualitativa, com seu desenho mais aberto e flexível, possibilita ao pesquisador adotar uma compreensão holística dos fenômenos, explorando as experiências mais profundas dos participantes e como seus significados formam-se e transformam-se a partir dos seus pontos de vista (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A TFD permite ao pesquisador identificar conceitos gerais e desenvolver explicações teóricas que vão além do já conhecido, possibilitando ainda novos *insights* sobre diversas experiências e fenômenos. Foi inicialmente criada na década de 1960 por dois pesquisadores sociólogos americanos, Anselm Strauss, cuja formação e base teórico-filosófica concentrava-se em estudos qualitativos e Barney Glaser, com uma base teórico-filosófica mais quantitativa. Juntos, eles lançaram seu primeiro livro intitulado “*Awareness of Dying*”, em 1965, resultado de uma pesquisa desenvolvida por ambos sobre as interações entre a equipe de saúde e pacientes terminais. Dois anos mais tarde, em 1967, lançaram o primeiro livro que fornecia as bases e etapas para o desenvolvimento do método, intitulado “*The Discovery of Grounded Theory*” (KENNY; FOURIE, 2014; CORBIN; STRAUSS, 2015).

Por anos, Glaser e Strauss desenvolveram estudos e deram aulas juntos. No entanto, com o início de divergências referente ao método, os pesquisadores se separaram em meados da década de 1970 e 1980, passando a desenvolver-se no método paralelamente. Anos mais tarde, na década de 1990, Strauss formou aliança acadêmica com Juliet Corbin, lançando seu primeiro livro “*Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*” (KENNY; FOURIE, 2014; CORBIN; STRAUSS, 2015). A linha metodológica que Strauss e Corbin seguiram passou a ser conhecida como vertente *straussiana* da teoria fundamentada, adotada para este estudo.

A TFD transpassa a descrição dos dados, pois objetiva a descoberta ou criação de uma teoria imersa em um processo ou contexto, que revela como as pessoas vivenciam um fenômeno a partir dos significados por elas atribuídos, demonstrando como lógica e emoção convergem para influenciar as pessoas a reagirem a eventos e situações problemáticas através das suas ações e interações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

5.2 Local do estudo

O cenário de estudo foi a Rede de Atenção à Saúde de um município da região da Grande Florianópolis, cuja população está estimada em 69.486 habitantes, segundo dados do IBGE de 2020. A rede de saúde do município conta com 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), uma Policlínica, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Atenção Psicossocial e um Hospital geral de média complexidade, com 90 leitos. Além deste, outros hospitais da Rede Estadual também são referência para o município, como é o caso do Hospital Nereu Ramos, localizado em Florianópolis, referência estadual em infectologia.

O CTA do município encontra-se anexo à Policlínica Municipal e conta atualmente com aproximadamente 700 pessoas em acompanhamento para HIV/aids, realizando uma média de 120 consultas mensais, além de coletas de exames de CD4 e carga viral previamente agendados e atendimentos à demanda espontânea, segundo dados internos do setor. O quadro de pessoal é composto por um médico infectologista, um médico clínico, uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem, um auxiliar de saúde, um psicólogo, um farmacêutico e um recepcionista.

5.3 Participantes do estudo

Na TFD, a seleção dos participantes para compor a amostra do estudo ocorreu através de um processo chamado amostragem teórica, no qual o pesquisador coleta os dados partindo de cenários e pessoas que melhor poderão responder à pergunta de pesquisa, oportunizando o desenvolvimento de conceitos em suas propriedades e dimensões (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Ainda, cabe destacar que a amostragem teórica na TFD não é previamente definida, ela se dá no decorrer da pesquisa. Assim, também não é possível estabelecer previamente um número total de participantes, uma vez que se parte de uma população inicial pré-estabelecida, que irá compor o primeiro grupo amostral. A partir da análise dos dados oriundos deste grupo, novos conceitos são levantados e a possibilidade de novos participantes ou grupos amostrais é iminente (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Para dar início ao processo de coleta de dados foram selecionados os profissionais de saúde que atuam no CTA, iniciando com a enfermeira do setor, tendo como critério de

inclusão trabalhar no setor há pelo menos seis meses e prestar assistência direta à população com HIV/aids neste serviço. Foi considerado critério de não inclusão a ausência ou afastamento do serviço, independente do motivo, durante o período de coleta de dados.

Optou-se por iniciar a coleta dos dados no CTA por este ser o local de referência no cuidado às PVHA no município, compreendendo os profissionais que podem fornecer os melhores dados iniciais à pesquisa. A escolha pela enfermeira como primeira participante entrevistada apoiou-se na ideia de que esta possui ampla atuação e conhecimento no setor.

A partir da análise das entrevistas deste **primeiro grupo amostral**, que contou com sete participantes, evidenciou-se a articulação em rede do CTA com o serviço de APS do município, com referência e contrarreferência da PVHA entre os pontos da rede. Muitas pessoas recebem o primeiro diagnóstico na APS, sendo então referenciadas ao serviço especializado, conforme protocolo municipal. Mesmo mantendo seu acompanhamento de saúde no que se refere ao HIV no CTA/SAE, a APS continua sendo o serviço de referência a todas as demandas de saúde, o que a destaca como ponto fundamental no cuidado em rede à PVHA.

Nesse sentido, buscou-se aprofundar a atuação da APS no cuidado à PVHA em rede, o que originou o **segundo grupo amostral**, composto por quatro enfermeiros e seis médicos das UBS do município. Com as entrevistas desse grupo amostral destacaram-se outros pontos da RAS no cuidado à PVHA, como o serviço de pronto-atendimento e emergência hospitalar, principalmente nas assistências nas quais ocorre agudização do quadro, bem como a necessidade de internação hospitalar e encaminhamento ao serviço de referência da atenção terciária devido a complicações no quadro clínico da PVHA. A fim de desvelar de que forma esse cenário interfere no cuidado à PVHA, o **terceiro grupo amostral** foi formado por profissionais de saúde dos serviços de média e alta complexidade, divididos entre a UPA 24h e o hospital de referência em infectologia da região, totalizando oito enfermeiros, quatro médicos e um técnico de enfermagem.

A partir da repetição das informações trazidas pelos informantes e da ausência de novas informações que implicassem alterações ao fenômeno e da consistência das categorias em suas propriedades e dimensões, obteve-se a saturação teórica dos dados, finalizando a coleta com total de 30 participantes no estudo.

No quadro a seguir estão apresentados, de maneira sucinta, a divisão dos grupos amostrais, respectivos participante e questões norteadoras, bem como as hipóteses levantadas a partir das entrevistas que culminaram em novos grupos amostrais.

Quadro 1. Síntese dos grupos amostrais, questões norteadoras e hipóteses

Grupos	Participantes	Questões norteadoras
1º grupo amostral	Profissionais de saúde do CTA/SAE	Fale-me sobre seu cuidado à PVHA no CTA. Como você significa a integralidade do cuidado à PVHA?
<p>Hipótese:</p> <p>O CTA se articula com o serviço de Atenção Básica através da referência e contrarreferência da PVHA que, mesmo com seu cuidado ao HIV centralizado no CTA, continua tendo a Atenção Básica como referência para as demandas de saúde.</p>		
2º grupo amostral	Profissionais de saúde da Atenção Básica	Fale-me sobre seu cuidado à PVHA na UBS. Como ocorre a comunicação entre a UBS e os demais pontos da rede no cuidado à PVHA?
<p>Hipótese:</p> <p>O cuidado à PVHA requer a articulação de todos os pontos da rede, considerando os serviços de média e alta complexidade quando há complicação do quadro clínico do HIV.</p>		
3º grupo amostral	Profissionais de saúde da média e alta complexidade	Fale-me sobre seu cuidado à PVHA. Como ocorre a referência e contrarreferência da PVHA entre a média e alta complexidade?

5.4 Coleta e análise de dados

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2020 a outubro de 2021 em duas etapas: caracterização dos participantes do estudo e entrevista individual não estruturada.

Há principalmente três tipos de entrevistas na pesquisa qualitativa: as entrevistas não estruturadas, as entrevistas semiestruturadas e as entrevistas estruturadas, esta última considerada a menos efetiva para a teoria fundamentada. Segundo os autores do método, é a entrevista não estruturada que pode prover maior riqueza de dados para a construção da teoria, pois oportuniza aos participantes falarem mais livremente sobre sua experiência no contexto pesquisado (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Para dar início à entrevista, o pesquisador lança uma questão norteadora, que deve ser aberta e ampla, progredindo e focalizando conforme a pesquisa se desenvolve (CORBIN; STRAUSS, 2015). Para este estudo, a questão norteadora adotada foi “Fale-me sobre seu cuidado à pessoa que vive com HIV/aids”. A partir da narrativa do entrevistado, novas questões foram abordadas para melhor compreensão do fenômeno e para responder ao objetivo do estudo.

O convite para participação no estudo foi feito através de contato telefônico, com apresentação prévia da proposta aos possíveis participantes, agendamento do horário e local de escolha do participante para a coleta de dados, o que, na maioria dos casos, ocorreu dentro do próprio serviço de saúde. Com a pandemia da COVID-19, bem como a necessidade da adoção de medidas de proteção como distanciamento social, nove das 30 entrevistas foram realizadas de modo remoto, através da plataforma *Google Meet*. Foi respeitada a escolha dos participantes quanto à preferência pelo modo presencial ou remoto, sendo que nas entrevistas realizadas de forma presencial, durante a pandemia, foi respeitado distanciamento entre pesquisador e entrevistado e o uso de máscara.

As entrevistas foram gravadas com auxílio de dispositivo de gravação de áudio digital e posteriormente transcritas na íntegra. Para organização dos dados foi utilizado o *software* NVivo 10[®], que permite ao pesquisador reunir e organizar dados não estruturados ou qualitativos como conteúdo de entrevistas, pesquisas, observações, áudio, dentre outros (QSR INTERNATIONAL, 2019).

A coleta e análise comparativa dos dados, como preconizada na TFD, ocorreram simultaneamente, desde a realização da primeira entrevista. O método comparativo consiste na comparação constante dos dados entre si, objetivando determinar similaridades e diferenças, conduzindo a novos conceitos, que levam a novas coletas. Esse ciclo se repete até que se atinja o ponto de saturação teórica, quando não emergem novos conceitos da coleta e as principais categorias estão completamente desenvolvidas, mostram variação e estão integradas (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A análise na TFD ocorre em três etapas interdependentes: codificação aberta, codificação axial e integração. Na codificação aberta ocorre o processo chamado de conceituação, onde os conceitos são identificados e suas propriedades (características que descrevem e definem os conceitos) e dimensões (variações dentro das propriedades) são descobertas, agrupando fatos e acontecimentos similares sob uma classificação comum, um mesmo componente/categoria (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Figura 2. Captura de tela no *software* NVivo 10[®] exemplificando etapa de codificação aberta

Nós			
Nome	Fontes	Referên	
Atuando como enfermeira e coordenadora do CTA	1	8	
Caracterizando a PVHA como um paciente comum na APS	1	2	
Comentando as fragilidades do CTA quanto a carga horária e falta de profissionais	5	10	
Considerando a PVHA como paciente fragilizado	1	1	
Defendendo a centralização do cuidado a PVHA no CTA SAE	1	4	
Destacando a falta da assistência social para o CTA	1	1	
Destacando o papel central do CTA no cuidado à PVHA devido ao vínculo estabelecido	2	5	
Enfatizando a necessidade de ouvir o usuário para a tomada de decisão de fluxos	1	2	
Falando sobre a descentralização dos TR para a APS	2	4	
Falando sobre INTEGRALIDADE	0	0	
Falando sobre o cuidado à PVHA	0	0	
Falando sobre os protocolos de enfermagem	1	3	
PEP e PrEP	0	0	
Recebendo a PVHA (de outros pontos da rede) e inserindo na rotina do SAE	5	15	
Referindo que o HIV ainda é muito estigmatizante	1	1	
Relatando o interesse por parte de alguns médicos de manejar a PVHA na UBS	1	2	
Relatando que não há comunicação entre os diferentes pontos da rede no cuidado a PVHA	1	2	
Sugerindo investir mais em ações de prevenção ao HIV	1	1	

Fonte: arquivo do autor

Na codificação axial, as categorias (um fenômeno, problema ou fato importante aos informantes) relacionam-se às subcategorias (questões sobre o fenômeno), estreitando as relações e interações sobre ele, de modo a oferecer uma explicação mais completa, suas propriedades e dimensões (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Figura 3. Captura de tela no *software* NVivo 10[®] exemplificando etapa de codificação axial

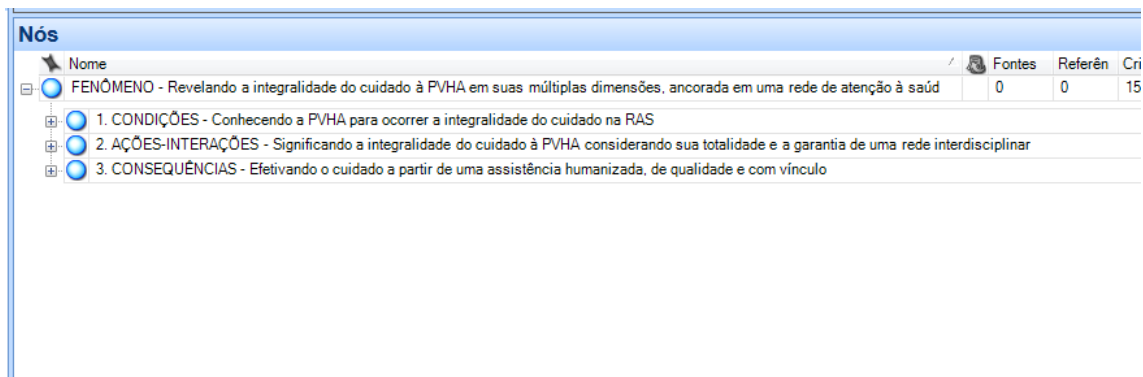
Nós			
Nome	Fontes	Referên	Cria
FENÔMENO - Revelando a integralidade do cuidado à PVHA em suas múltiplas dimensões, ancorada em uma rede de atenção à saúde	0	0	15/1
1. CONDIÇÕES - Conhecendo a PVHA para ocorrer a integralidade do cuidado na RAS	0	0	
1.1 Conhecendo e contextualizando a PVHA na RAS	0	0	
1.2 Revelando o conhecimento técnico e a experiência prévia para tomada de decisão	0	0	
1.3 Acolhendo e integrando a PVHA na RAS	0	0	
2. AÇÕES-INTERAÇÕES - Significando a integralidade do cuidado à PVHA considerando sua totalidade e a garantia de uma rede interdis	0	0	
2.1 Revelando a integralidade do cuidado à PVHA de forma complexa em seus múltiplos aspectos na RAS	0	0	
2.2 Encaminhando a PVHA na rede de acordo com sua necessidade e hierarquização da rede	9	19	
2.3 Efetuando o cuidado à PVHA na rede pelos seus múltiplos profissionais	0	0	
2.4 Destacando a falta de suporte como profissionais, estrutura e capacitação como interventor para a integralidade do cuidado	0	0	
2.5 Evidenciando a falha na adesão ao tratamento como principal dificultador para o cuidado	0	0	
3. CONSEQUÊNCIAS - Efetivando o cuidado a partir de uma assistência humanizada, de qualidade e com vínculo	0	0	
3.1 Efetivando o cuidado a partir da assistência prestada com humanidade e qualidade	2	5	
3.2 Criando e mantendo vínculo a partir do diagnóstico e tratamento	0	0	
3.3 Sugerindo ações de cuidado	0	0	
3.4 Identificando uma atuação limitada do enfermeiro na assistência ao HIV devido ao aumento das outras demandas no hospital	1	5	

Fonte: arquivo do autor

No processo final, chamado de integração, as categorias articulam-se em torno de uma categoria central, no intuito de reduzir e aprimorar a teoria, que representa o tema

principal da pesquisa, envolvendo todos os produtos de coleta e análise, sumarizados em poucas palavras, expressando de forma substancial sobre o que trata a pesquisa (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Figura 4. Captura de tela no *software* NVivo 10[®] exemplificando etapa de integração



Fonte: arquivo do autor

O método conta ainda com a construção de memorandos, para auxílio da análise dos dados, que correspondem a *insights* que externalizam a análise sobre os códigos e suas relações. Elaborados durante todo o processo de coleta e análise, os memorandos são basicamente registros do processo analítico que sintetizam a interação do pesquisador com os dados, questionando-os, explorando-os, comparando-os e criando conceitos e significados (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Quadro 2. Memorando 01

MEMO 1 – “Cuidado em rede” em uma atenção centralizada?

A atenção à saúde das PVHA relacionada ao HIV no município estudado é centralizada em um único ponto da rede, o CTA/SAE, onde essas pessoas têm suas consultas de rotina com infectologista, realizam coletas de exame de carga viral e CD4+ e recebem suas medicações antirretrovirais. Quando passa por outros pontos da rede, a PVHA é tida como “um paciente comum” – ser paciente com HIV é, então, incomum? Em outros pontos da rede trata de outros problemas “comuns”, cuida da pressão alta, do exame de glicemia alterado, do resfriado comum que apareceu na mudança de estação, do exame de imagem solicitado por uma dor lombar crônica, por exemplo. Mas não trata, por vezes nem menciona, a questão do HIV/aids em outros pontos da rede. Por quê? Não tem acesso? Não tem vínculo, ou melhor, não possui confiança? Ou não é necessário já que o CTA/SAE “dá conta do recado”?

Quem centraliza o cuidado é o serviço ou a pessoa?

Ao pensar em rede de atenção à saúde, pensa-se em um complexo de diferentes pontos articulados em um propósito comum: o cuidado. A rede que cuida da PVHA deve considerar, em todos os momentos, a questão do HIV ou faz parte do cuidado em rede visualizá-la também de forma fragmentada? “No CTA/SAE eu cuido do HIV, nos outros pontos eu cuido dos outros problemas e nessa soma eu tenho o cuidado do todo”. Seria mesmo pensar no “todo” ao repartir a mesma pessoa em “cuidado com HIV” e “cuidado sem HIV” quando na realidade em todo o tempo ela vive com HIV?

Os outros pontos da rede consideram o HIV da pessoa em suas ações de cuidado?

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 3. Memorando 02

MEMO 2 – Pontos da rede no cuidado à PVHA

Cada ponto da rede apresenta suas particularidades e possibilidades de resolução, sendo complementares no cuidado à PVHA em suas diversas necessidades ao longo da vida. Cabe então ter clareza sobre o foco de ação e potencialidade para assistência à saúde pertinente a cada ponto da rede.

- Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): serviço especializado, cuidado centralizado ao HIV e demais IST.
- Atenção Básica (AB): atenção primária, porta de entrada preferencial da rede, serviço de referência aos indivíduos, família e comunidade para outras demandas de saúde. No que concerne ao HIV, acaba restringindo-se à realização dos testes rápidos, primeiro diagnóstico (testagem rápida livre demanda) e encaminhamento ao serviço especializado (CTA).
- Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h): serviço de atenção às urgências e emergências, recebe em sua maioria pacientes em estado mais grave de saúde, quadros clínicos agudizados. Referente à PVHA, estas buscam pelo serviço de pronto atendimento por outras queixas de saúde, podendo ou não estar relacionadas à condição crônica do HIV. Ainda, realiza testes rápidos exclusivamente para fechamento de diagnóstico. Após atendimento a PVHA tem os possíveis desfechos: alta para casa, encaminhamento para seguimento ambulatorial em outro ponto da rede na atenção primária ou secundária ou ainda transferência para internação hospitalar.
- Hospital referência em infectologia: atenção terciária, alta complexidade, hospital referência em infectologia. Recebe pacientes de todo o estado para acompanhamento ambulatorial, internação hospitalar e hospital dia.

Ao final de todo o processo de análise é apresentado o modelo paradigmático, que reúne e ordena os dados sistematicamente, integrando estrutura e processo, dividido em três categorias: I) condições, que correspondem às razões dadas pelos participantes às suas reações a determinados acontecimentos, expressa as razões dadas para o

acontecimento de determinado fenômeno; II) ações-interações, que correspondem às respostas expressas pelas pessoas ou grupos às situações problemáticas ocorridas em seu contexto e ainda dão significado aos eventos e fenômenos ocorridos e III) consequências, que se referem aos resultados previstos ou reais das ações e interações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Assim, os três componentes supracitados inter-relacionam-se dando luz à teoria substantiva, também considerada categoria central ou fenômeno que, neste estudo intitulou-se **“Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids em suas múltiplas dimensões, ancorada nas Redes de Atenção à Saúde hierarquizadas e interdisciplinares”**.

5.5 Validação da teoria

A validação da teoria proposta por Glaser e Strauss (1967) compreende quatro aspectos para julgar a aplicabilidade da teoria, com os critérios centrais de ajuste, no qual se verifica se a teoria representa fielmente a realidade; compreensão, onde a teoria deve ser facilmente compreendida por todos os sujeitos; generalização teórica, que avalia se a abstração da teoria de modo que seja aplicável a outros cenários relacionados ao fenômeno e; controle, avaliado após aplicação prática da teoria (CORBIN; STRAUSS, 2015; GLASER; STRAUSS, 1967).

Para validação da teoria substantiva deste estudo, foram considerados os três primeiros aspectos: ajuste, compreensão e generalização teórica. Participaram deste processo três enfermeiros com expertise no método e conhecimento da temática estudada, sendo que um destes trabalha na rede de atenção à saúde na qual se desenvolveu o estudo.

A validação ocorreu de modo remoto, através do envio do instrumento de validação da teoria (APÊNDICE C) por *e-mail* aos validadores, no qual constavam: resumo da pesquisa, figura do modelo paradigmático e descrição da teoria substantiva para análise. O retorno da validação também ocorreu através de *e-mail*, com o instrumento respondido pelos participantes.

Os *experts* validaram a teoria nos três aspectos abordados, considerando-a generalizável em contextos com realidades similares e sugeriram alterações que foram ajustadas ao longo do texto. Neste sentido, houve ajuste no diagrama do modelo paradigmático inicial, realocando o posicionamento do texto do fenômeno para o centro da imagem, junto à imagem representativa da PVHA, com as categorias convergindo ao

fenômeno, ao centro, mantendo ainda as conexões entre si, a fim de melhor demonstrar a ideia de sustentação em convergência, tal como deve ocorrer.

5.6 Aspectos éticos

Para atender aos princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos foram observadas e seguidas as recomendações da Resolução n.466/2012 e n.510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), considerando o respeito à dignidade humana e proteção devida aos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos. No desenvolvimento da pesquisa foram cumpridas as solicitações éticas de autorização para o estudo, como a solicitação de autorização à Secretaria de Saúde do município estudado, bem como a avaliação e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo aprovado segundo parecer n. 3.777.768 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n. 25847019.0.0000.0121.

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto ao objetivo, metodologia e aspectos éticos da pesquisa, tendo assegurado o direito de desistirem e/ou retirarem seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) que foi assinado em duas vias, ficando uma em poder da pesquisadora e outra do participante da pesquisa, com o propósito de resguardar a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados pela pesquisadora. Quanto aos participantes que optaram pela entrevista de modo remoto, foi enviado arquivo do TCLE por e-mail a partir do preenchimento de formulário *online* da plataforma *Google Forms*, no qual consta texto do TCLE na íntegra para leitura e ciência do participante.

Os participantes tiveram assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa, garantido o direito de confidencialidade, anonimato e de acesso aos dados, podendo consultá-los a qualquer momento em que desejarem.

Para garantia de anonimato e preservação da identidade dos participantes, seus nomes foram substituídos por um código, ou seja, pela letra E (Entrevista), seguido do número de ordem de realização da entrevista (E1, E2, E3...) e G (Grupo) referente ao grupo amostral correspondente (G1, G2, G3).

A pesquisa não traz benefícios diretos ao participante, porém pode contribuir com o melhor exercício e entendimento do cuidado à PVHA na RAS, além de fornecer

subsídios para novas pesquisas nessa área de conhecimento. Para o benefício da comunidade e como responsabilidade social da pesquisadora, os resultados da pesquisa foram comunicados aos participantes do estudo através de apresentação na Secretaria de Saúde do município estudado, às instituições e à sociedade em forma de artigos, podendo ainda ser divulgados através de palestras, apresentação em congressos nacionais e internacionais e outros meios disponíveis.

Esta pesquisa não acarretou riscos de natureza física aos participantes ou desconfortos psicológicos.

6. RESULTADOS

Nesta seção estão apresentados os resultados da tese, subdivididos em quatro tópicos: 1) apresentação do modelo paradigmático; 2) caracterização dos participantes; 3) descrição dos resultados da pesquisa e 4) apresentação dos resultados em formato de manuscritos, conforme estabelecido na Instrução Normativa nº 10, de 17 de agosto de 2016, do PEN/UFSC.

6.1 Apresentação do modelo paradigmático

A figura 5, na página a seguir, traz o diagrama do modelo paradigmático da teoria substantiva. Localizado ao centro está o fenômeno e o esboço que simboliza a PVHA, seu fundo colorido exprime as conexões de todas as categorias, que sustentam o fenômeno, bem como os contextos aos quais a PVHA está inserida.

O esboço da PVHA com as bordas em linhas múltiplas, não bem definidas e com pontilhados coloridos busca dar a ideia de abstração, concebendo-a como ser humano múltiplo e complexo. Seu posicionamento ao centro do diagrama evidencia o cuidado centrado na pessoa. As setas pretas referem-se às múltiplas possibilidades de entrada da PVHA nos diferentes pontos da rede e sua relação com esses pontos. A disposição destes pontos no diagrama foi proposital, tendo o CTA acima, como principal serviço de saúde no cuidado específico ao HIV/aids, a UBS abaixo como base e referência às demais demandas de saúde-doença da pessoa e os serviços como UPA 24h e Hospital de referência como retaguarda em situações específicas.

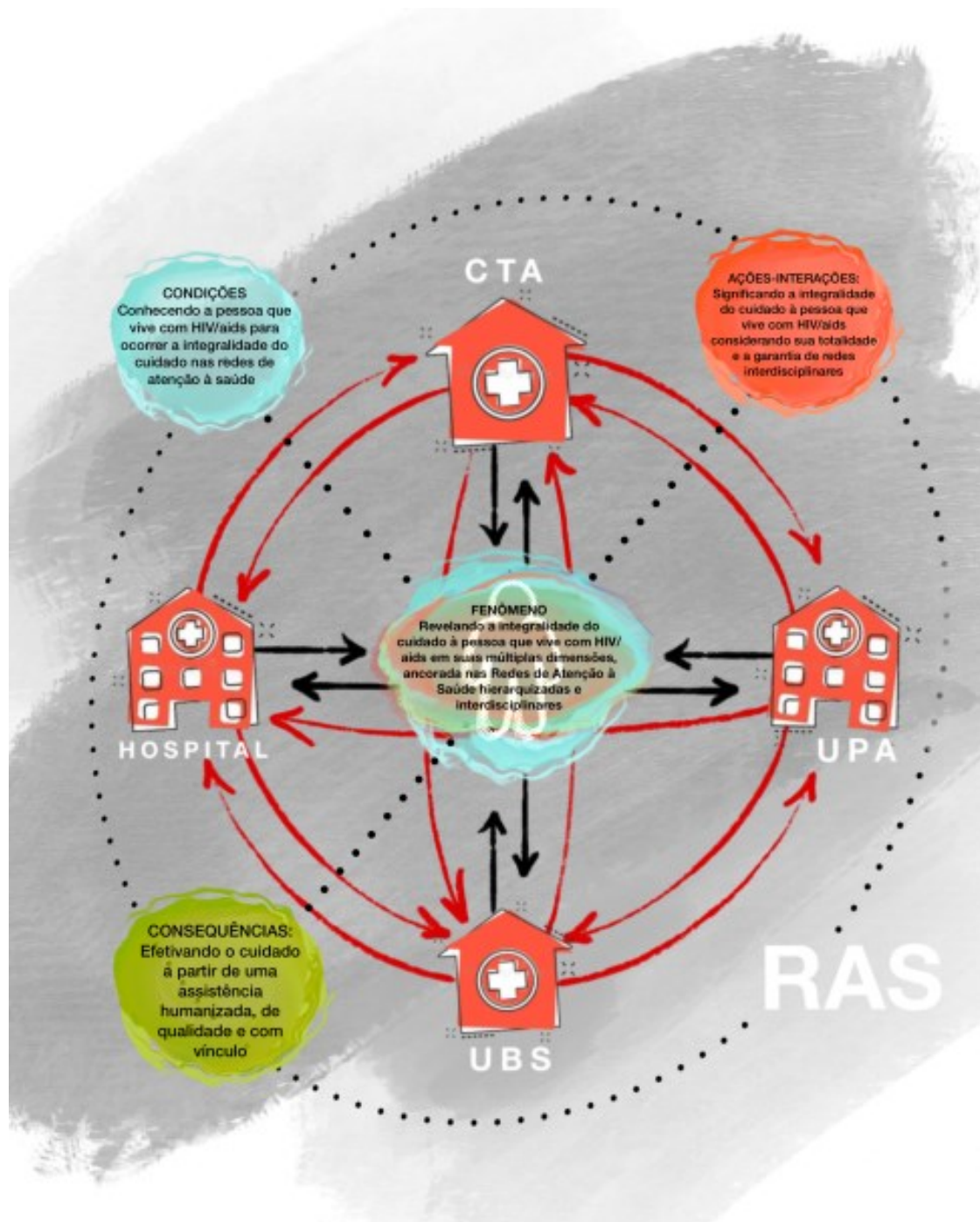
As linhas e setas em vermelho representam a comunicação entre os pontos das RAS no cuidado à PVHA, bem como os possíveis caminhos que ela pode percorrer conforme a necessidade de cuidado apresentada ao longo do seu viver com HIV. Ao fundo, em tonalidades de cinza, buscou-se representar as RAS, como pano de fundo de todas as condições, ações e interações e consequências do cuidado à PVHA.

As categorias se conectam entre si conforme metodologia adotada e convergem ao centro, em direção ao fenômeno, trazendo a ideia de convergência em sustentação, sustentando e fazendo emergir o fenômeno “Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids em suas múltiplas dimensões, ancorada nas Redes de Atenção à Saúde hierarquizadas e interdisciplinares” representado com a junção das cores de cada componente, compondo-se das três categorias: condições, ações-interações e

consequências, que se inserem, mobilizam e são mobilizadas pela RAS com relações múltiplas, antagônicas e complementares, singulares e ao mesmo tempo plurais, abrangentes e integrais, culminando na convergência da integralidade.

Conhecer a PVHA inserida em seus contextos e as múltiplas possibilidades de entrada nas RAS demonstrou ser condição para que ocorra a integralidade do cuidado e conduza às ações e interações entre os sujeitos envolvidos nas RAS. Tais ações envolvem os significados atrelados à percepção e aos sentidos da integralidade à PVHA em sua totalidade, significando e experienciando ainda desafios, objetivos, fragilidades e potencialidades para a garantia de uma rede multiprofissional e interdisciplinar. Das ações e interações ocorridas no contexto do cuidado à PVHA resultam os desfechos previstos e reais da efetivação de uma prática de cuidado humanizada, de qualidade e com vínculo.

Figura 5. Diagrama do modelo paradigmático



Fonte: Elaborado pelo autor

6.2 Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 30 profissionais de saúde, distribuídos em três grupos amostrais e três profissionais de saúde com expertise na temática e na metodologia, que validaram a teoria substantiva resultante da pesquisa. O primeiro grupo foi composto por

sete profissionais assistenciais do serviço ambulatorial especializado, o CTA/SAE do município, compreendendo uma enfermeira, dois médicos, três técnicas de enfermagem e um farmacêutico. Além desses profissionais, a equipe do setor é composta atualmente por mais uma técnica de enfermagem, que se recusou a participar do estudo e um profissional técnico administrativo, que não se enquadra nos critérios de inclusão.

O segundo grupo amostral compreendeu os profissionais enfermeiros e médicos da atenção primária, que atuam nas UBS do município, totalizando dez profissionais, sendo quatro enfermeiras e seis médicos. Destaca-se a alta rotatividade de profissionais nesse serviço, o que diminuiu o quantitativo de profissionais elegíveis para a coleta de dados respeitando os critérios de inclusão.

O terceiro grupo foi composto pelos profissionais da média e alta complexidade, divididos em dois setores, a UPA 24h e o Hospital Nereu Ramos, totalizando 13 profissionais, dentre eles oito enfermeiras, quatro médicos e uma técnica de enfermagem.

A amostragem total compreendeu então 13 enfermeiras, 12 médicos, quatro técnicos de enfermagem e um farmacêutico.

Tabela 1. Distribuição dos participantes segundo grupos amostrais

	G1	G2	G3	Amostra total
Participantes	01 enfermeira 02 médicos 03 técnicos de enfermagem 01 farmacêutico	04 enfermeiras 06 médicos	08 enfermeiras 04 médicos 01 técnico de enfermagem	13 enfermeiras 12 médicos 04 técnicos de enfermagem 01 farmacêutico
Total	07	10	13	30

Do total de participantes (30), o gênero feminino foi predominante na pesquisa, correspondendo a aproximadamente 76,6% (23), enquanto o masculino correspondeu a aproximadamente 23,3% (07). A idade dos participantes variou entre 26 e 60 anos, sendo a idade média em torno de 38 anos.

Quanto ao tempo de formação, o período variou entre um e 33 anos, sendo que 70% (21) dos participantes possuem alguma pós-graduação em sua formação complementar e, destes, 13 (61,9%) possuem especialização, quatro (19,04%) possuem residência, três (14,28%) possuem especialização e mestrado e um (4,76%) possui mestrado e doutorado.

No que se refere ao tempo de atuação no setor atual, este variou entre sete meses e 29 anos, sendo que quanto ao tempo de atuação em setor específico para HIV/aids este

período variou de zero a 30 anos. Do total de participantes, aproximadamente 46,6% (14) relataram ter tido atuação em setor específico para HIV/aids em sua prática profissional.

Das profissionais que fizeram parte da validação da teoria substantiva, totalizando três, todas são do gênero feminino e com pós-graduação em nível de mestrado e doutorado. Quanto à atuação profissional, as três são enfermeiras de formação, sendo uma professora universitária, uma enfermeira de unidade hospitalar e uma gestora na rede de saúde do município estudado.

6.3 Descrição dos resultados da tese

A categoria central, fenômeno da tese, “**Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids em suas múltiplas dimensões, ancorada nas Rede de Atenção à Saúde hierarquizadas e interdisciplinares**” é sustentada por três categorias concernentes aos componentes condições, ações-interações e consequências, demonstradas no quadro a seguir.

Quadro 4. Fenômeno, categorias e subcategorias do estudo

FENÔMENO: Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids em suas múltiplas dimensões, ancorada nas Redes de Atenção à Saúde hierarquizadas e interdisciplinares		
Condições: Conhecendo a pessoa que vive com HIV/aids para ocorrer a integralidade do cuidado nas redes de atenção à saúde	Ações-interações: Significando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids considerando sua totalidade e a necessidade de redes interdisciplinares	Consequências: Efetivando o cuidado a partir de uma assistência humanizada, de qualidade e com vínculo
<p>Conhecendo e contextualizando a PVHA nas RAS</p> <p>Acolhendo e integrando a PVHA nas RAS</p> <p>Revelando o conhecimento técnico e</p>	<p>Revelando a integralidade do cuidado à PVHA de forma complexa em seus múltiplos aspectos na RAS</p> <p>Encaminhando a PVHA de acordo com sua necessidade e hierarquização da rede</p>	<p>Efetivando o cuidado a partir da assistência prestada com humanidade e qualidade</p> <p>Criando e mantendo vínculo a partir do diagnóstico e tratamento</p>

<p>experiência prévia para tomada de decisão</p>	<p>Efetuatingo o cuidado à PVHA na rede pelos seus múltiplos profissionais</p> <p>Destacando a falta de suporte como profissionais, estrutura e capacitação como aspectos interventores para a integralidade do cuidado</p> <p>Evidenciando a falha na adesão ao tratamento como principal dificultador para o cuidado</p>	<p>Sugerindo ações de cuidado</p> <p>Identificando uma atuação limitada do enfermeiro na assistência ao HIV devido ao aumento de outras demandas no hospital</p>
--	--	--

6.3.1 Condições: Conhecendo a pessoa que vive com HIV/aids para ocorrer a integralidade do cuidado na rede de atenção à saúde

Essa categoria traz os fatores condicionantes para o fenômeno do estudo, elucidando aspectos que contextualizam e inserem a PVHA nas redes, bem como destacam o conhecimento e a experiência profissional para efetivação da prática profissional. A primeira subcategoria “Conhecendo e contextualizando a PVHA nas RAS” discorre sobre as múltiplas características atreladas a estes indivíduos e interpretações destas pelos profissionais que as acompanham. A PVHA é vista por muitos profissionais como um paciente “comum” nas redes, cuja condição crônica não o difere de pacientes com outras condições crônicas e comorbidades, principalmente quando atendidos em serviços não especificamente voltados ao HIV/aids.

Ele é um paciente comum. (E001G1)

Eu sempre tive uma visão da questão do paciente com HIV/aids como paciente crônico, né? (...) Então, eu trabalho dessa forma, desde que eu me formei (...) levando em consideração todo o processo dele de vida, família, amigos, remédios, exames, né? (E28G3)

Diferenciação? Não, nenhuma. Diferenciação assim na classificação de risco, não. (E20G3)

Apesar de haver uma defesa dos profissionais da ideia de uma PVHA sem distinção das demais pessoas em suas diversas possibilidades de comorbidades, houve falas destacando-o como ser mais fragilizado em aspectos sociais, emocionais e que enfrenta preconceitos vindos não somente de pessoas alheias como de si próprio, pelo

estigma que a doença ainda carrega nos dias de hoje e pela dificuldade em aceitar o diagnóstico.

Eu acho que são pacientes bastante fragilizados em alguns aspectos; na maioria das vezes, em 80% se coloca ali que há uma fragilidade mais emocional e depois econômica (E002G1)

Outro ponto importante também é o preconceito, muito, muito frequente ainda para o paciente HIV/aids, que ainda vive isso diretamente no seu dia a dia. Tanto é que vários internam e quando abre um quadro não querem que ninguém da família saiba (...) é complicado, né? Porque assim “internou no HNR o pessoal que está ao redor já diz assim, ah tem aids”, por mais que tenham outras internações. Mas, tem bastante preconceito ainda. E, o preconceito do próprio paciente consigo mesmo, né? De ele ter uma doença que na cabeça dele leva à questão de ser promíscuo ou ser marginal, que isso também permeia essa situação. (E30G3)

Na verdade, assim, existe muito estigma, né? É como um paciente com câncer: “tá fadado a morrer”. Antigamente era assim, pegava HIV e morria. Hoje em dia existe até uma qualidade de vida melhor do que existia na década de 80 quando descobriram. (E16G2)

No cenário pesquisado neste estudo, a PVHA tem seu cuidado centralizado no serviço de atenção especializada, o CTA/SAE do município, o que faz com que procure os outros pontos da rede para outras demandas de saúde não relacionadas ao HIV/aids. Ou seja, fazem seu acompanhamento de rotina do HIV como consultas com especialista, coleta de exames de carga viral e contagem de células CD4 no serviço especializado e, mediante surgimento de alguma demanda aguda de saúde ou necessidade de assistência profissional por outras comorbidades, procuram os serviços da UBS e/ou da UPA 24h.

Ainda, muitos destes pacientes não se identificam como PVHA ao dar entrada em outro serviço da rede, fazendo com que os profissionais tenham conhecimento acerca do seu diagnóstico apenas se questionado ou identificando os registros de prontuário eletrônico que, no referido município, é interligado entre os setores de atenção primária e média complexidade.

O que acontece muito assim é que como a gente acaba não conhecendo muito esses pacientes porque eles acompanham lá (CTA/SAE) então só acaba descobrindo na hora que vai abrir o prontuário assim. (E009G1)

Muitos a gente avalia no prontuário quando tem o CID B24, a gente vê no final ou geralmente nas últimas evoluções. (...) Alguns que a gente já conhece, a gente já sabe, já tem uma normalidade ao falar, porém muitos que a gente não conhece chegam aqui e não falam nada. Então a gente acaba apenas descobrindo através do prontuário. (E11G2)

Indo ao encontro do que foi relatado pelos participantes quanto à dificuldade de aceitação do diagnóstico pela PVHA, há situações em que, mesmo quando questionado, é negado o diagnóstico, suscitando nos profissionais reflexões e indagações acerca dos

sentimentos das PVHA quanto à vergonha, medo ou falta de confiança no profissional, conforme falas a seguir.

(...) Quando eu pedi para ele “você tem alguma doença?” ele dizia: “não, eu não tenho nenhuma doença”. Daí eu peguei e fui fazer um levantamento para ver se tinha mais alguma coisa, porque ele dava umas informações mais secas, mais diretas: “tô com uma dor no braço”, mas sabe quando tu sabes que tem alguma coisa a mais? Daí eu fui ver a evolução, o histórico dele, que a gente consegue ver. E daí eu vi que ele é B24. Então, tem ainda um preconceito das pessoas com a doença, de falar que tem a doença. Não sei se é vergonha, sabe (E22G3)

Às vezes, o paciente fica um pouco mais desconfortável. Tem paciente que demora para falar, que pergunta de comorbidades. Eles não falam, aí tu descobres depois. Lá na frente tu vai ver de remédio, alguma outra coisa e aí usa a TARV, mas eu acho que é mais coisa da vergonha, do preconceito que parte mais deles assim, esse receio, acho. (E17G2)

A segunda subcategoria “Acolhendo e integrando a PVHA nas RAS” revela as diferentes formas pelas quais essa pessoa entra e é acolhida pelos profissionais nos diferentes pontos das RAS que se destacaram neste estudo, sendo eles: CTA/SAE, UBS, UPA 24h e hospital de referência em infectologia. Para boa compreensão do funcionamento da rede cabe aqui destacar que estes diferentes pontos das RAS atuam interligados e de acordo com sua densidade tecnológica, respeitando a hierarquização na RAS.

No presente estudo, o cuidado à PVHA, como já mencionado, é centralizado no CTA/SAE e, para dar início ao tratamento e acompanhamento de saúde necessário, ela pode ter diferentes formas de entrada neste serviço, seja através da descoberta do diagnóstico no próprio setor ou encaminhada de outro ponto da rede, a partir de teste rápido ou contrarreferenciada da alta complexidade após alta hospitalar para seguimento ambulatorial. Ainda, há pacientes advindos de outros municípios que, ao mudarem de endereço, passam a acompanhar no CTA/SAE.

A forma que chega é essa, ou por livre e espontânea vontade ou através da rede, ou através de encaminhamento dos hospitais. Fizeram diagnóstico no hospital, iniciaram o tratamento lá, abriu o quadro com internação e aí depois já é encaminhado para o serviço. (E002G1)

Muitos vêm na realidade para fazer o teste rápido (...) nossa procura maior realmente é o teste rápido. (E004G1)

Eles chegam primeiro ou por campanha para fazer o teste rápido ou eles chegam através da UBS. Fizeram o exame lá e acabam sendo encaminhados. (E002G2)

A partir da descoberta do diagnóstico em outro ponto da rede, como na UBS por exemplo, que é onde mais ocorre a testagem rápida da população, haja vista que a UPA

24h apenas realiza testagem para fechar hipótese diagnóstica, o paciente recebe o laudo do teste rápido positivo para HIV assinado pelo profissional e carta de encaminhamento para consulta com infectologista, que é inserida no Sistema de Regulação (SISREG). Após regulação no sistema, o paciente é classificado e tem sua primeira consulta agendada no setor para dar início ao acompanhamento e tratamento. Quando o paciente dá entrada no CTA/SAE vindo de alta hospitalar, este vem com carta de contrarreferência e sumário de alta, na maioria das vezes.

Na UBS, além da procura por teste rápido que acaba identificando uma nova PVHA a partir do diagnóstico positivo, há também casos de acompanhamento através de visita domiciliar, uma das atribuições dentro dos serviços de atenção primária, aos pacientes domiciliados/acamados ou que possuem dificuldades para se deslocar até a UBS.

Já aconteceu de paciente que chegou à fase mais terminal, foi feito diagnóstico tardio e acabou chegando na atenção básica quando esse paciente está em fase de visita domiciliar porque não consegue levantar da cama. Eu me lembro de um caso de um paciente que teve uma tuberculose meningea e aí no diagnóstico dessa tuberculose foi feito o diagnóstico de HIV dele. Então, ele já estava numa situação lamentável e aí já não saía mais da cama (...) e aí nessa situação que a atenção básica chegou ao conhecimento. (E10G2)

Na média complexidade, especificamente na UPA 24h, foi referido pelos participantes a procura da PVHA neste serviço por alguma queixa aguda não relacionada ao seu diagnóstico, bem como a entrada devido a complicações do HIV, situações em que há maior gravidade no quadro clínico, requerendo maior intervenção e, por vezes, transferência para internação hospitalar.

É difícil um paciente chegar à UPA por condições do HIV mesmo, né? Eles vêm por outros motivos. São poucos que chegam daquela forma: debilitado, emagrecido, com fraqueza e com todos os exames alterados, que está naquele estágio que tu realmente precisas repor muito nutriente, muita vitamina e fazer aquela transferência e internação. A grande maioria vem por outro problema e a gente acaba descobrindo. (E19G3)

A gente pegava bastante paciente HIV positivo ali (na UPA). Só que daí chegava para a gente o que era bem debilitado, né? O que era bem crítico já. O paciente emagrecido, que já ia ser transferido para o hospital. (E16G2)

Já a alta complexidade no cenário de estudo recebe a PVHA encaminhada de todo o estado para variadas formas de acompanhamento. Como o referido hospital funciona no sistema “porta fechada”, a única maneira possível para entrada de pacientes é através de encaminhamento de outro ponto da rede, seja por necessidade de internação quando quadro clínico de maior gravidade, necessidade de terapia medicamentosa hospitalar

através do hospital dia ou ainda acompanhamento ambulatorial quando não há vagas ou especialista no município de referência da PVHA.

Vem de todo o estado. Vem de Florianópolis, de São José, de Biguaçu. Como as vagas vão para a regulação, não conseguem no município mesmo tendo (especialista), eles acabam vindo para cá via regulação estadual. (E26G3)

No Hospital Dia é aquele paciente que está bem, está hígido e que não precisa de internação, precisa somente fazer a medicação e ir embora. Então ele vem todos os dias ou três vezes na semana, dependendo da medicação, faz medicação e vai embora. Daí, ele fica num regime de internação no hospital dia, vem todo dia e vai embora. Não fica aqui dentro do hospital. Então é um paciente que não está doente o suficiente para ficar internado, mas que precisa da medicação. (E27G3)

Cabe ressaltar que todo encaminhamento ao hospital deve ser feito através de regulação estadual e regulação de leitos conforme ilustrado nas falas.

O hospital ele não tem emergência, né? Então, a gente tem um núcleo de regulação que é regulado através da regulação da Secretaria, então tudo que vem para o hospital, teoricamente, é via regulação. Então, está lá na emergência do Celso, é feita a regulação, vê se tem leito no hospital e eles internam para cá. (E28G3)

A gente tem bastantes consultas marcadas via SISREG, a primeira consulta. As primeiras vagas vão para o SISREG, então tem vagas abertas para infectologia HIV no sistema. (E26G3)

Foi destacado ainda pelos participantes que, apesar de se tratar de um hospital referência em infectologia geral, a maioria dos casos em acompanhamento são de HIV/aids, em sua maioria casos mais graves que demandam atenção especializada. Esses casos têm seu acompanhamento mantido e garantido até que ocorra estabilização do quadro clínico que possibilite sua alta hospitalar e contrarreferência ao município de origem para seguimento ambulatorial no serviço de referência local.

No contrarreferenciamento a gente orienta. Se for o caso, o paciente continua conosco até a estabilização daquele quadro que justificou a referência dele, e depois ele pode voltar para sua UBS, ficar por lá e se for preciso voltar ao hospital. Em alguns casos os pacientes ficam alguns meses em acompanhamento conosco até que depois eles possam ficar apenas, novamente, com o médico assistente na sua localidade. (E29G3)

Assim, paciente está clinicamente estável, bem adaptado à TARV, é feito uma carta para a UBS do município que ele trata. Então, vai para o município dele para ele fazer o seguimento. Mas ele tem que estar seis meses estável, com carga viral indetectável, bem adaptado ao tratamento, sem efeito colateral. Aí a gente entende que a própria UBS pode dar seguimento para ele. (E26G3)

Essa contrarreferência é feita também para os casos em que a PVHA acompanha a nível ambulatorial, tendo em vista que o serviço possui uma capacidade de atendimento. Portanto, quando há possibilidade clínica de remanejamento e devolutiva ao município

de referência da pessoa, ela é encaminhada para que novas vagas possam ser abertas. No entanto, sempre que houver desestabilização do quadro clínico que indique necessidade de novo acompanhamento em nível terciário, esse paciente pode retornar, conforme ilustra a fala a seguir.

De consulta também em algum momento são referenciados para seu município porque senão a gente não vai dar conta. Vai ficando cada vez mais e a gente não vai dando conta. Aí ficando aquela coisa assim, precisando, ele desestruturou, ele descompensou por algum motivo, deu falha virológica, ele pode reagendar via regulação e voltar para cá sem problema nenhum. (E26G3)

Todas essas diferentes formas de entrada na rede ocorrem, de acordo com os participantes, de modo que a PVHA seja acolhida e integrada à rede sem julgamentos, livre de preconceitos e de forma humanizada, com foco na pessoa.

A gente procura acolher da melhor forma possível, principalmente quando é um diagnóstico novo, que ela vem e recebe o resultado, então a gente procura acolher, deixar ela mais próxima, à vontade. Geralmente não força uma situação ou outra, a gente deixa ela se abrir com o funcionário que ela achar melhor, que ela se sentir melhor. (E04G1)

A gente acaba acolhendo melhor o paciente, né? A gente acaba atendendo o paciente sem julgamento. Uma das coisas que a gente mais via e a coisa que eu mais falava era isso, cuidar o julgamento, porque o paciente sente isso, até no olhar da pessoa o paciente sente que tem um preconceito. Então, acolher da melhor forma, ver o paciente como uma pessoa não como uma doença. (E16G2)

Eu tenho uma formação dentro da escola de medicina que desde o início foi bastante voltada para a formação do profissional para atuar com pessoas enquanto pessoas, com uma história de vida, com uma base que traz família, enfim, vivências, né? Então, era sempre humanista assim (...) minha formação sempre foi voltada para assistência humanizada com muito foco na pessoa. (E29G3)

A terceira e última subcategoria do componente de Condições recebe o título “Revelando o conhecimento técnico e experiência prévia para tomada de decisão” destaca a influência do conhecimento técnico acerca do assunto e também das redes em que se trabalha, bem como a afinidade com a temática na sua prática profissional. Tanto o conhecimento do diagnóstico da pessoa com HIV, quanto o conhecimento técnico repercutem na tomada de decisão para o cuidado adequado.

Faz diferença (saber o diagnóstico) porque daí tem a questão de tu saber o contexto todo do que ele tem, de todas as doenças, porque a princípio quando a gente faz o acolhimento ele vem com uma queixa, mas tu vais ter que saber, por exemplo, se ele usa medicação, porque pode ter alguma interação. Tu tens que saber o que a pessoa tem para conseguir ter uma conduta correta e não ter interação naquilo que ela tem, não afetar. (E12G2)

Ao saber que um paciente tem o HIV, eu preciso saber como é que está o status imunológico dele, se ele está com o tratamento em dia, para saber se ele precisa de uma proteção a mais (E10G2)

Eu acho que uma potencialidade do atendimento a esse paciente é quando você encontra um profissional que conhece, que tenha conhecimento sobre o assunto e realmente tente ter esse olhar qualificado e o cuidado qualificado para esse paciente (E20G3)

Neste sentido, foi destacada dificuldade na prática profissional com a PVHA, ocasionando estranhamento devido ao pouco contato com esse público e ausência de experiências anteriores em sua prática ou até mesmo da pouca procura destas pessoas pelo serviço não especializado para acompanhamento de sua saúde.

Uma dificuldade é essa falta de vínculo com a UBS, porque acaba que eles ficam em acompanhamento lá (CTA/SAE) e só em situações de exceção vêm aqui para gente ajudar. Porque, no caso, a gente não tem esse contato assim tão próximo, não tem esse acompanhamento. (E12G2)

O que eu sinto dificuldade é justamente por ter pouco contato com esses pacientes (...) acho que é justamente isso, por ser um tema tão pouco corriqueiro e tão estranho assim da nossa rotina. (E09G2)

Ainda ao encontro das falas supracitadas, os profissionais entrevistados revelaram perceber preconceitos nas práticas dos colegas justificadas pela falta de preparo para lidar com algo tido para eles como desconhecido, por não pertencer à sua rotina diária.

Eu acho que é o desconhecimento. Na verdade, é o desconhecer e você já ter aquele pré-julgamento que já vem enraizado da cultura, da nossa criação. (E16G2)

Neste sentido, enfatizou-se a necessidade de aproximação com a temática para que haja condições para um cuidado de qualidade, humanizado, com responsabilidade propiciando uma prática profissional segura e efetiva a esses profissionais.

6.3.2. Ações-interações: Significando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids considerando sua totalidade e a necessidade de redes interdisciplinares

Esta segunda categoria, mais robusta em comparação às demais, está dividida em cinco subcategorias, nas quais encontram-se as ações e interações entre os sujeitos, onde ocorre o fenômeno, revelam-se os significados, destacam-se as fragilidades e estratégias encontradas para seu enfrentamento. A primeira subcategoria “Revelando a integralidade do cuidado à PVHA de forma complexa em seus múltiplos aspectos nas RAS” traz de

antemão o significado da integralidade do cuidado à PVHA para além do diagnóstico, de modo que integre outras patologias e englobe também aspectos sociais e emocionais do indivíduo nas redes.

A integralidade é você integrar todo o sistema, todas as doenças, você trazer para sua consulta a vida do paciente (...) você vai trazer as outras doenças para você cuidar ou encaminhar para ser cuidado. Saber como é a vida dele, saber a convivência dele, saber o âmbito familiar dele, tratar todas as patologias que ele tem. Isso é você ver ele de uma forma integral, não ver ele partilhado como a gente vê hoje. Eu entendo dessa forma. (E02G1)

O paciente tem HIV, mas ele não é só um paciente com HIV, ele é um todo, né? Ele pode ter HAS, DM, pode vir a ter depressão, ele tem toda uma família por trás dele que talvez não sabe ou às vezes sabe do diagnóstico. Então, assim, é um paciente que ele é amplo, ele não é só um paciente com HIV, ele é um paciente que vai envolver todos os outros cuidados. (E24G3)

Ainda, para a garantia da integralidade, faz-se necessária uma atuação interdisciplinar através de equipes multiprofissionais e de ações que envolvam todo o cuidado necessário a PVHA, do diagnóstico ao tratamento, em todos os pontos das redes que forem necessários.

(...) passa desde o diagnóstico na rede, desde você pedir o exame na rede, encaminhamento, tratamento né, o fornecimento da medicação. (E03G1)

A integralidade pelo que eu conheço, pelo conhecimento que a gente tem, você tem o cuidado desde quando a pessoa faz os primeiros exames, descobre que tem HIV, até o fim da vida dela, é uma extensão de todo o cuidado. Então são várias fases. (E07G1)

(...) eu acho que envolve isso, desde uma orientação com relação à medicação, como deve tomar, até escutar quando o paciente precisa desabafar, contar que está triste, tirar alguma dúvida. (...) atendo como enfermeira, se precisar já passo para o médico na hora, se for o caso já encaminho para o CTA, é tudo assim na hora para resolver, não fico esperando o sistema (...) já tento entrar em contato com alguém para ver se dá pra encaixar, dar uma forcinha ali. (E13G2)

Para mim (...) é ela ter direito a ter uma consulta especializada ou ficar acompanhando no posto. Ter acesso aos exames, de CD4, carga viral, aos medicamentos, ao acompanhamento psicológico e ter informação para onde ele pode ir. (E28G3)

Eu sou do tempo que não tinha integralidade, né? Eu sou do tempo que só tinha um médico atendendo. Então, graças a Deus que hoje tem. O que eu vejo é o seguinte, o atendimento à PVHA permeia uma série de questões que não só médicas. Então, ele tem que ter o atendimento do serviço social, ele tem que ter o atendimento psicológico, ele tem que ter o atendimento muitas vezes psiquiátrico, dependendo do caso. O médico ele vem a ser uma ponta, digamos assim, de uma estrela ou um asterisco (E30G3)

Revelaram-se também aspectos como empatia e escuta diferenciada para a integralidade do cuidado, identificada pelos participantes de forma simples e complexa,

com múltiplas dimensões que são fundamentais para o cuidado em todos os setores na rede.

Ainda, os participantes também apontaram barreiras para a integralidade do cuidado, como a fragmentação do cuidado integral à pessoa tendo em vista que o cuidado ao HIV é centrado em um serviço especializado, enquanto as outras demandas de saúde ficam à cargo da atenção primária, por exemplo.

Eu acho que nesses casos específicos do HIV a gente não consegue por completo esse atendimento integral porque tem essa fragmentação, o que o especialista cuida e o que a atenção básica cuida. (...) para o paciente mesmo eu tenho a separação, eu vou tratar isso com o infecto, eu vou tratar isso no meu posto de saúde. Então se existe essa duplicação, não existe integralidade. (E10G2)

Ficou evidente nas falas dos participantes que a integralidade do cuidado ocorre mais facilmente no serviço especializado, que consegue abarcar as necessidades do HIV às outras necessidades que fizerem parte do sujeito. No setor de urgência e emergência, como a UPA 24h, a dificuldade para integralidade do cuidado ficou ainda mais explícita.

A característica deste setor abarca uma alta demanda de serviços e a falta de tempo destacada pelos profissionais, o que mecaniza o cuidado e interfere na visão holística do paciente.

Quando a gente pensa na integralidade do cuidado e pensa na nossa realidade de trabalho hoje, a enfermagem se tornou muito mecanizada (...) para gente render mais e entregar mais. Então, aqui hoje a gente trabalha muito com demanda, com número de atendimentos e não com a qualidade desse atendimento. A gente para de entender esse ser como ser holístico, então é essa nossa dificuldade hoje (...) principalmente na emergência, porque na emergência a gente não tem tempo, entre aspas, de pensar no todo. (E18G3)

Na UPA eu acho mais difícil, porque a UPA é mesmo para emergência. (E21G3)

Eu não consigo ver. Eu vejo que tem uma quebra, a gente não consegue acompanhar esse paciente. Na verdade, a gente trata alguma coisa que ele está sentindo no momento, mas não consigo ver essa integralidade na UPA. (E22G3)

A segunda subcategoria “Encaminhando a PVHA de acordo com sua necessidade e hierarquização das RAS” discorre sobre o caminhar da PVHA pelos diferentes pontos nas redes, estabelecendo os níveis de complexidade que cada setor possui e sua capacidade de resolução às demandas apresentadas, respeitando sua hierarquização.

Algumas especialidades, daí se faz encaminhamentos quando necessário, mas se não acaba se resolvendo tudo aqui (E01G1)

Quando o paciente precisa de internação, tem o [Hospital], essa é a nossa referência. (E03G1)

Foi feita notificação, foi feito encaminhamento para o CTA para começar o tratamento. A gente entrou em contato com o hospital para fazer, porque ele precisava fazer internação (E17G2)

A PVHA mantém seu acompanhamento de rotina e tratamento no CTA/SAE e quando há necessidade de acompanhamento de outras comorbidades, renovação de receitas de uso contínuo (que não a TARV), por exemplo, quaisquer outras demandas não relacionadas ao HIV, a UBS continua sendo sua referência e porta de entrada na rede. Nos casos em que há agudização da condição crônica do HIV, quadro clínico de maior gravidade, a PVHA é encaminhada para a alta complexidade, através de contato prévio entre os setores. Esse encaminhamento pode ser feito de qualquer ponto da rede, logo, tanto CTA/SAE, UBS e UPA 24h realizam o encaminhamento da PVHA para avaliação/internação hospitalar.

Quando ele é transferido a nível hospitalar é por alteração de exames e quadro clínico (E19G3)

Quando o paciente está no agravo muito grande, que tem uma complicação neurotóxica ou algo que ela não responda por ela, a gente faz um encaminhamento via transferência, uma unidade de pronto atendimento para uma unidade de alta complexidade. (E25G3)

A gente transfere paciente que tá com alguma outra coisa agudizada (...) Então, a gente transfere muito para o (Hospital), que já é uma unidade de referência para ele (...) a gente contata via telefone. Paciente chega aqui, mas precisa ser encaminhado para o infecto, ele vai ser encaminhado para o Nereu. A gente liga para o Nereu, explica a situação, solicita vaga e encaminha. (E18G3)

No tocante à comunicação entre os pontos da rede, os profissionais relataram os meios em que ocorre, sendo de maneira geral através de contato telefônico ou carta de referência/contrarreferência.

Quando vem de hospital, vem com uma carta, o dia que internou, com todos os diagnósticos dele, se ele é diabético, hipertenso, se ele abriu com neurotoxo, com pneumocistose. Aí vem uma carta de referência dos hospitais. Geralmente da UBS, na maioria das vezes, eles colocam e aí fazem uma cartinha ao serviço, mas é a minoria, não é a maioria (...) ou então aquela coisa informal, liga para o setor e diz “ó, eu estou precisando de uma consulta porque esse paciente não está bem, a gente fez o teste, ele está imunossuprimido, preciso que consiga uma vaga para aí”. (E02G1)

Geralmente o enfermeiro já liga para a gente, dizendo que teve uma situação positiva e que está encaminhando o paciente. (E04G1)

Todas as vezes que eu precisei entrar em contato com o CTA pelo ramal, eu sempre consegui. Sempre me responderam, tiraram minhas dúvidas, orientaram fluxograma, tudo. (E24G3)

Em contraponto, ficou também evidente nas falas dos participantes que há falhas nessa interlocução e falta de integração entre as diferentes equipes, que precisam ser superadas para garantia da continuidade e integralidade do cuidado.

Acho que é um pouco falha. Agora ainda a gente tem o prontuário eletrônico, às vezes o posto ainda consegue acessar alguma informação, mas antes o paciente chegava no posto e ninguém sabia do diagnóstico do paciente (...) mas ainda acho que falta um pouco de entrosamento entre as equipes. Muitas vezes também acontece um caso de um resultado positivo que eles simplesmente mandam (...) às vezes não ligam para avisar. (E06G1)

Eu sinto falta de uma integração da atenção básica com a infectologia, acaba sendo que o infectologista, o serviço do CTA, acaba sendo um pouco fechado. Eu vejo que não existe uma contrarreferência entre o que é decidido ou feito nesse setor e o que é feito na atenção primária, apesar do sistema eletrônico ser interligado. (E10G2)

Eu acho que a UPA tem bastante dificuldade com a AB, médicos da UPA com a AB. Eu vejo bastante falta de comunicação. (E25G3)

(...) é falha. Existe, mas é falha. A comunicação não é adequada. Recebemos encaminhamento muitas vezes sem informações adequadas. As comunicações não são feitas de maneira, às vezes, em tempo hábil ou até de forma ética profissional. (E29G3)

A terceira subcategoria, intitulada “Efetuando o cuidado à PVHA nas RAS pelos seus múltiplos profissionais” traz as ações de cuidado realizadas pelos profissionais que integram a rede, sejam elas individuais ou em equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar.

Eu sou técnica, só que aqui todo mundo faz tudo. A gente está desde o atendimento no balcão até o atendimento junto com o médico. O médico precisa fazer um procedimento e precisa de alguém junto, vai um de nós. Precisa abrir um cadastro? Quem estiver na recepção é que vai abrir, independente, porque a gente tem uma escriturária só. (...) A gente faz desde o cadastro até acompanhar na consulta com o médico. Então quem começa, já faz todo o seguimento para não se perder nada. (E04G1)

Existe uma integração entre a gente, o pessoal da enfermagem e o consultório. (E07G1)

O trabalho em equipe foi destacado pelos participantes como potencializador para a integralidade do cuidado à PVHA nas RAS.

(...) não é um profissional só que vai resolver (...) é uma visão interdisciplinar, multidisciplinar e que a gente serve como elo no processo de saúde-doença dele. (E28G3)

No tocante ao trabalho do profissional de forma individual, destacou-se o papel duplo do enfermeiro assistencial que também é responsável pela coordenação do serviço, visto que não há organização do serviço que possa proporcionar exclusividade de um profissional enfermeiro para cada função.

Eu estou aqui no CTA como enfermeira assistencial e enfermeira na coordenação também, na gestão do programa todo (...) e eu estando na assistência e na coordenação, às vezes eles acham que eu sou mais para resolver outros assuntos e não a parte também assistencial. (E01G1)

(...) e a enfermagem fica tocando do serviço de administrativo, entende, e assistencial no sentido de vacina, faz um curativo. (E28G3)

Ainda, por conta das demandas administrativas incumbidas ao enfermeiro, as consultas de enfermagem no serviço especializado são realizadas de forma complementar à consulta médica, apenas em situações em que há necessidade de reavaliação do paciente e reforço de algumas orientações, principalmente voltadas à adesão.

Como fica só uma enfermeira para fazer todo o atendimento, a gente só faz (a consulta de enfermagem) depois da consulta médica se o médico achar que ele (paciente) precisa de uma orientação mais complementar, porque a gente não tem perna para fazer tudo. (E26G3)

Geralmente o nosso foco maior nas consultas são, eu não vou dizer que você que sempre é feita a consulta, tá? Aqui a gente tem outros atendimentos no ambulatório. Então, às vezes, a gente não consegue, mas quando a gente consegue, geralmente a gente foca na questão da medicação, na adesão da medicação (E27G3)

(...) consulta de enfermagem pós consulta médica quando era solicitado. Não era uma rotina fazer em todos porque a gente tinha um serviço de urgência que era o acidente biológico que ocupava muito o tempo da enfermeira, né? Então muitas vezes a gente tentou fazer com que voltasse a ter as consultas de enfermagem, mas a gente não conseguiu. (E28G3)

Ao encontro desses apontamentos suscitaram-se reflexões e indagações acerca da necessidade de fortalecimento do enfermeiro no cuidado à PVHA, especialmente no tocante à área assistencial.

Eu fico me perguntando o quanto a gente precisa batalhar ainda, enquanto enfermeiro, para conquistar esse espaço de a gente ser parte da equipe resolutive, no sentido assim não de acolhimento, de escuta, mas também da parte assistencial (E01G1)

Então, isso é uma coisa que eu vejo que precisa melhorar aqui dentro, no CTA e na rede também, porque na rede a gente vê isso não só com os pacientes HIV, a gente vê isso num todo. Desde a demanda espontânea, que às vezes o enfermeiro acaba não conseguindo se empoderar para resolver, passa para o médico e perde esse espaço enquanto enfermeiro. (E01G1)

Outro ponto de grande destaque na prática profissional revelou o ato de “dar o diagnóstico”, que para alguns profissionais é encarado com mais naturalidade, mas para outros é tido como desafiador, em especial àqueles que possuem pouca experiência, visto que é um momento delicado e marcante para a vida da pessoa que recebe o diagnóstico.

No primeiro momento, já no diagnóstico, a gente faz essa conversa, acolhendo no serviço, dizendo como é o processo da infecção inicialmente, como que acontece, de forma tranquila para que a pessoa saiba que é aos poucos que ela

vai recebendo e sabendo como é esse processo. E informando tudo o que tem no serviço, na rede, garantindo para ela a nova consulta já agendada com um profissional especializado (E01G1)

Então, ele chegou apavorado, né? Mas eu digo, hoje em dia é bem tranquilo. Eu sempre digo que o medo deixa a gente vivo, mas aí depois da consulta ele sai bem mais tranquilo. Então essa primeira consulta é importante para a gente repassar ao paciente que na realidade já não é mais isso, que a parte mais difícil já foi feita, que é o diagnóstico, daqui para frente é ele manter o acompanhamento, manter o tratamento. (E03G1)

É um pouco tenso assim, mas a maioria que eu entreguei foi, apesar de o paciente não esperar, foi tranquilo na relação comigo e com o paciente (...) mas a gente fica tenso sim, quando eu comecei a fazer a entrega não me sentia nem um pouco preparada. Hoje eu já, por ter corrido atrás também de como orientar o paciente, eu já me sinto um pouco mais preparada. (E06G1)

Então, eu acho que das dificuldades que a gente acaba achando, é nessa passada do diagnóstico para eles, assim. Porque quando eles chegam já diagnosticados eles têm muita certeza do que é, então é mais tranquilo. (E18G3)

(...) a gente tem testes rápidos sendo feitos na UPA, e quando tem uma pessoa na condição com HIV, como você faz essa abordagem? Como você dá o recado para a pessoa ali (...) como vai fazer esse comunicado para a pessoa, como aquela pessoa vai sair dali? Será que ela vai buscar essa referência, vai ter alguém esperando por ela, para dar esse apoio? (...). Então, é bem difícil, bem complicado a gente executar esse tipo de procedimento dentro da UPA (...) eu já vi paciente sair transtornado porque ele não sabia que tinha HIV, por exemplo, e a gente teve que passar esse recado, dar um diagnóstico para a pessoa porque é um direito dela, mas é bem complicado sabe? (E25G3)

Ainda, os profissionais destacaram a importância frente ao seu papel de esclarecimentos e orientações à PVHA, desmitificando tabus e preconceitos.

A gente tenta acalmar como pode porque ainda é um diagnóstico que gera muito preconceito, né? Por incrível que pareça, 2021 ainda tem gente que pensa ‘eu posso dar um beijo numa paciente HIV?’. Acho que o principal é isso, tentar tirar esse preconceito do paciente que acabou de ter o diagnóstico, agora ele pode ter uma vida por anos assim. (E21G3)

(...) eu tenho dois pacientes que têm ainda dificuldade de aceitação da doença, ainda sofrem muito pelo tabu, pelo preconceito, sabe, que eles mesmo colocam e imaginam que os outros vão ter. Aí eu tento conversar sobre isso (E14G2)

A penúltima subcategoria “Destacando a falta de suporte como profissionais, estrutura e capacitação como aspectos interventores para a integralidade do cuidado” lança as principais situações problemáticas enfrentadas pelos profissionais em seu dia a dia.

No tocante a recursos humanos, os participantes destacaram a alta rotatividade de profissionais no serviço, especialmente médico, assim como as múltiplas equipes de plantões na UPA 24h como dificultador para formação de vínculo, continuidade do cuidado em rede e qualidade do serviço prestado.

Os médicos têm um fluxo muito grande na UPA, então eles acabam ficando mais perdidos do que a gente, por causa da terceirização. E o paciente fica perdido no fluxo (...) eu acho que é mais um dificultador (E20G3)

(...) é complicado porque, diferente do posto, a gente atende hoje uma equipe muito diversa. Então são 6 plantões de enfermagem, se esse paciente vem segunda, terça e quarta, ele nunca pega o mesmo profissional (...) Então, isso é uma das dificuldades da emergência para fidelizar esse paciente com a equipe. (E18G3)

A grande fragilidade agora é a gente não ter um processo contínuo, ele é fragmentado. Então, hoje a gente ensina A, amanhã o A já não está mais ali, está no outro lugar. E aí tu não consegue manter a estrutura coesa funcionando. (E28G3)

Ainda se destacou o número limitado de profissionais para atendimento nos setores e escassez de equipe multiprofissional para garantia de um cuidado interdisciplinar na rede.

O grande problema eu penso que seria o número limitado de funcionários. Eu falo pelo ambulatório, não pelas enfermarias. Eu não sei se a gestão vê o ambulatório como um apêndice do hospital, não tem tanta importância. Acho que o grande problema seria isso. Precisaria ter um enfermeiro assistencial e um para gerir o trabalho, porque fazer as duas coisas junto é muito complicado. (E26G3)

Então, o ambulatório do hospital Nereu Ramos é um SAE, um serviço de assistência especializada. Mas ele atualmente é baseado em consulta médica, tá. A equipe multiprofissional que deveria de ter atuação ali dentro, que é o psicólogo, o nutricionista, que é o fisioterapeuta, que é o fono, não estão ali dentro. (E28G3)

A gente não tem uma equipe multiprofissional na UPA hoje. Por exemplo, não tenho psicólogo, não tem um assistente social (...) e a nossa demanda é grande (E22G3)

Somado a isso, a ausência de fluxogramas e protocolos bem estabelecidos e falta de capacitações/treinamentos acarretam enfraquecimento da rede, com a falta de conhecimento e esclarecimento dos profissionais acerca das possibilidades de tratamento, encaminhamentos e auxílios dispostos na rede.

A primeira (dificuldade) seria orientações sobre as condições de tratamento, que nós como profissionais, a gente tem aquele conhecimento da graduação e as leituras que a gente teve acesso (...) a gente não tem da rede do município, por exemplo, orientações quanto a essas condições crônicas para a gente poder ver se realmente a pessoa está aderindo, se o que ela está fazendo está correto, ser informado. (E25G3)

Na UPA não tem muito protocolo assim de nada; a gente é que faz o próprio protocolo. Vai de cada paciente. Paciente que é mais grave, demanda maior cuidado, a gente chama um, dois colegas, discute o caso. (E21G3)

A quinta e última subcategoria “Evidenciando a falha de adesão ao tratamento como principal dificultador para o cuidado” revela a preocupação dos profissionais com a possibilidade de abandono do tratamento.

A nossa dificuldade maior é a questão do abandono de tratamento, talvez sejam algumas fakenews, alguma coisa aí que culturalmente faz com que algumas pessoas não consigam aderir, não tomem a medicação. (E07G1)

Eu acho que o que mais me preocupa é a adesão dele, que quando a gente tem um diagnóstico positivo, acho que depois a gente se preocupa de ele aderir ao tratamento para ele ter uma sobrevida né? Porque a gente sabe qual é o fim, acho que essa é minha maior preocupação. (E13G1)

O grande problema, assim se a pessoa pergunta qual a tua frustração nesse tempo todo? É ver que em 26 anos, infelizmente, a gente ainda tem a era pré-HAART, a era pré-tratamento potente acontecendo porque pessoas, mesmo que saibam do seu diagnóstico, são dependentes químicos, por exemplo, e não procuram atendimento, aí adoecem de aids, né? Então, século XXI ainda vem tendo pessoas adoecendo de aids ou porque são dependentes químicos ou porque simplesmente resolve abandonar o tratamento. (E30G3)

Na tentativa de superar essa barreira, os participantes destacaram a estratégia de busca ativa das PVHA quando estas falham o acompanhamento e o tratamento.

(...) se a gente percebe que o paciente faltou a primeira consulta, faltou a segunda, aí eu abro o prontuário dele e coloco “faltou”. E aí depois eu passo então ou para a enfermeira ou para técnica de enfermagem, que são as duas que estão sempre ali, e aí eu peço para elas entrarem em contato “olha, esse paciente vem faltando, é um paciente de risco, precisa ser revisto” e aí quando vem na primeira consulta chama a atenção. (E02G1)

Aqui a gente procura rastrear problemas envolvendo o paciente, a gente conhece inclusive o paciente, aqueles que aderem muito bem, aquele que não aderem, e o nosso maior trabalho é justamente aqueles pacientes que abandonam o tratamento. O que eu faço? Eu imprimo uma listagem desse paciente e ligo pra cada uma das pessoas. Então, eu me identifico (...) e muitas pessoas retornam, voltam aqui com a gente e dão continuidade ao tratamento. (E07G1)

6.3.3. Consequências: Efetivando o cuidado a partir de uma assistência humanizada, de qualidade e com vínculo

Esta categoria elencou as repercussões das ações de cuidado e da prática profissional na atenção à PVHA na rede. Ainda, como desfechos esperados, indica sugestões levantadas pelos participantes do estudo a efetivação da integralidade do cuidado à PVHA em rede.

Dividida em quatro subcategorias, a primeira apresentada aqui leva o título “Efetivando o cuidado a partir da assistência prestada com humanidade e qualidade” a qual destaca a relação entre profissional e paciente estabelecida com base em uma relação de confiança, respeito e cuidado humanizado. Ressalta ainda elogios ao trabalho

desenvolvido nos serviços especializados, como CTA/SAE e hospital de referência com profissionais qualificados e assistência humanizada.

Eu acho o CTA forte, porque tem os exames, tem o psicólogo, o infectologista ali, qualquer coisa ele (PVHA) pode correr para a unidade quando ele precisar. A gente tem uma boa comunicação com o CTA; quando a gente precisa, eles estão sempre ali, conseguem tirar as nossas dúvidas. É um ponto forte, que facilita bastante. (E13G2)

Eu acho o fator humano aqui muito bom, eu acho que isso é um facilitador muito importante porque quem trabalha aqui gosta. Quem não gosta de trabalhar aqui, não fica, quem não gosta do tipo de clientela que tem aqui que acaba saindo (...). Não consigo expressar em palavras o comportamento de algumas pessoas. É um carinho diferente. (E26G3)

As ações de cuidado desenvolvidas com qualidade e compromisso profissional repercutem no grau de conhecimento da PVHA acerca do seu diagnóstico e tratamento, possibilitando resultados positivos na adesão ao tratamento e qualidade de vida.

Vejo que nenhuma das pessoas com HIV elas perguntam, buscam orientação (...) me parece que elas estão bem seguras onde prestam o serviço a elas. De acompanhamento, orientação e tudo que a gente pergunta quando elas dizem as comorbidades que elas têm, elas respondem com muita facilidade e muito conhecimento de causa (...) eu vejo que eles têm um conhecimento muito grande sobre esta posição de saúde, eles informam a gente muito mais porque conhecem a sua situação de saúde. (E25G3)

Uma das questões que eu fortaleço mais a cada consulta é essa questão da relação, porque nós estamos falando de uma doença crônica que envolve uso de medicamento para a vida inteira. E então, garantir a adesão desses pacientes ao tratamento para manter a sua qualidade de vida em termos de controle da doença de base era muito complicado. E então, se eu não consigo ter uma boa relação com o paciente e fortalecer esse vínculo e fortalecer as questões relacionadas à adesão, ele não vai conseguir seguir o tratamento, vai perder a sequência, vai perder o seguimento das consultas e não vai tomar o remédio direito, vai acabar falhando e aí adocece e morre. É um caso que a gente poderia ter evitado. (E29G3)

A segunda subcategoria “Criando e mantendo vínculo a partir do diagnóstico e tratamento” revelou que um dos fatores que predispõe à criação de vínculo, no primeiro momento, é o ato de “dar o diagnóstico”, pois este profissional acaba por marcar um momento na vida daquela pessoa e, por vezes, se torna o profissional de referência.

Às vezes o paciente, quando tu fazes a coleta dele e dá positivo ele se identifica contigo, tu és o parâmetro dele aqui dentro, aí toda vida que ele chegar ele vai te procurar, se ele está num momento ruim é tu que ele vai chamar para conversar. Então, cria um vínculo bem forte assim entre a gente. (E05G1)

Esse vínculo adquirido se mantém e se fortalece no convívio da rotina de acompanhamento da PVHA no setor, especialmente onde ele faz seu tratamento de saúde relacionado ao HIV. O contato frequente, hoje em dia ainda mais facilitado pelos meios de comunicação, também propicia esse fortalecimento.

Quando eles estão num momento difícil, que acontece alguma coisa, é aqui com a gente que eles vêm desabafar e procurar ajuda. Então, a gente acolhe eles muito assim, eu acho que é tipo um parente teu. Telefone da gente eles têm, eles mandam mensagem qualquer hora, é assim. (E05G1)

A gente tem um feedback bem positivo, umas respostas bem boas que às vezes o paciente retorna para falar com o enfermeiro, ele nem quer consulta com o médico, quer falar com o enfermeiro. Ele vem aqui, às vezes ele vem tirar dúvida, às vezes ele vem contar novidades, casou, teve namorada, a mulher está grávida... eles vêm dar esse retorno para gente. (E26G3)

No entanto, o vínculo estabelecido e consolidado entre PVHA e profissional do setor especializado, em especial do hospital, tão importante para a efetivação do cuidado, adesão e qualidade do tratamento podem repercutir também de forma desfavorável para a contrarreferência destes pacientes, mesmo que possam ter um acompanhamento mais próximo de sua residência.

A gente tem uma dificuldade quando vai referenciar “ah, mas lá eu não vou ser tratado da mesma forma que aqui”. Às vezes eles me ligam e dizem “eu preciso voltar porque senão eu vou abandonar meu tratamento”. E às vezes a gente acaba trazendo as pessoas de volta mesmo que ele precisaria continuar na UBS, só que se a gente não trouxer, eles abandonam o tratamento. “Ah, vocês tratam a gente como da família”. (E26G3)

Muito preferem continuar vindo a Florianópolis justamente por conta dessa relação médico-paciente, eles sentem mais seguros porque já estão acostumados, não se importam de realizar esse deslocamento. (E29G3)

A terceira subcategoria “Sugerindo ações de cuidado” traz pontos que necessitam de maior atenção e podem ser trabalhados a partir das sugestões dadas pelos participantes do estudo em ações voltadas à prática profissional em si, como criação de fluxos de atendimento, treinamentos e capacitações, por exemplo, que possibilitem ainda maior conhecimento da rede e articulação entre seus diferentes pontos

(...) tentar organizar o serviço do município para esse paciente seguir o fluxo dignamente. Um fluxo digno para ele ser amparado e poder fazer o tratamento dele, poder ter a melhora e qualidade de vida dele como ele merece. (...) eu sei que a gente não pode fazer o trabalho da gente sozinho, uma andorinha sozinha não faz verão, mas eu acho que com muitas mãos a gente consegue melhorar para esse fluxo desse paciente que é tão importante quanto qualquer outro na rede (E20G3)

Eu acho que seria bem relevante a gente ter cursos esporádicos nessas doenças crônicas, sobre os serviços que o município dispõe para a gente ampliar um pouquinho a capacidade do cuidado (E25G3).

Outra forma de aperfeiçoamento da prática profissional para uma consequente melhoria na assistência prestada nos diferentes pontos das RAS, especialmente no serviço não especializado, é a sugestão de matriciamento com a infectologia, que poderia fornecer subsídios para os profissionais generalistas que por vezes se deparam com a PVHA e não possuem muito manejo clínico para lidar.

Poderia ser feita uma espécie de matriciamento com infectologista para que o infectologista viesse em algum momento no posto de saúde (E08G2)

Eu acho que um sistema de matriciamento poderia ajudar muito, o matriciamento entre o infectologista e os médicos de família. Que tivesse um incentivo maior que esses pacientes acompanhassem mais, que o próprio serviço falasse que “oh você tem que comparecer mais na sua unidade” (...) Eu acho que precisa ter uma integração maior, eu acho que algum matriciamento poderia ajudar nessa situação, estaria com mais ferramenta para atender esse paciente de forma integral. (E10G2)

Os participantes destacaram ainda sugestões de ações mais voltadas ao usuário, como maior investimento em ações de prevenção à infecção pelo HIV, diagnóstico precoce e campanhas de incentivo à adesão ao tratamento, por exemplo.

(...) eu gostaria muito é que as pessoas fossem mais testadas, (...) um ponto para mim que seria importantíssimo é a desmistificação da testagem. Todo mundo que tem vida sexual ativa deveria se auto testar ou ser oferecido teste para a gente ter um diagnóstico mais precoce e poder oferecer um tratamento rápido para pessoa poder ter qualidade de vida. (E30G3)

Se houvesse, por exemplo, um esforço nacional (...) a gente nunca viu uma campanha ou algo do tipo para fazer adesão ao tratamento, não lembro. Então seria um problema nacional mesmo, cultural que a gente precisa resolver. E mais estudos envolvendo esse aspecto. (E07G1)

Por fim, a última subcategoria “Identificando uma atuação limitada do enfermeiro na assistência ao HIV devido ao aumento de outras demandas” traz uma importante repercussão frente à divisão do trabalho do enfermeiro entre suas demandas assistenciais e administrativas. Evidenciou-se um aumento nas demandas de serviço que não foi acompanhada com ampliação no número de profissionais enfermeiros para execução de tais tarefas.

A gente faz toda a prevenção dos acidentes com materiais biológicos da Grande Florianópolis, nos hospitais onde não tem saúde do Trabalhador. A gente assume todas as clínicas, então a gente tem uma demanda bastante grande. O enfermeiro atua na prevenção da profilaxia da raiva, aplicação de soro. A gente faz profilaxia do tétano, a gente faz todo atendimento dos pacientes da pneumologia e dá esse suporte na infectologia. (E26G3)

Não tem uma atuação específica para o HIV, então por isso que a gente tem uma atuação mais limitada ultimamente. O cenário há alguns anos a gente passava consulta de todos eles, hoje em dia a gente não tem mais condições para fazer isso porque não tem tempo para isso. (E26G3)

Dentre as atribuições do enfermeiro no hospital de referência, em especial no ambulatório, destacou-se que houve crescimento no número de profissionais médicos, conseqüentemente aumento no número de consultas e capacidade de PVHA atendidas, porém o número de enfermeiros permaneceu intacto ao longo dos anos, refletindo em

muitas demandas e mão de obra escassa, o que acabou por suprimir a atenção assistencial do enfermeiro para focar na parte gerencial.

Nós tínhamos somente dois médicos, então o número de consultas era reduzido, agora nós temos 10 médicos, com horário ampliado, de manhã e à tarde, atendendo cada médico 10 pacientes. Um enfermeiro só não tem condição de abarcar tudo. Aumentou o número de médicos, mas não o número de enfermeiros. A gente ainda tem que fazer a parte burocrática, as planilhas de final do mês, tem que fazer a prestação de contas. Então realmente na assistência a gente tem ultimamente uma atuação mais limitada (...) hoje em dia eu faço mais gestão. (E26G3)

6.4 Apresentação dos resultados da tese em formato de artigos científicos

Neste tópico estão apresentados os três manuscritos provenientes desta tese de doutorado. O primeiro manuscrito se refere ao fenômeno, categoria central da pesquisa, enquanto os outros dois tratam de recortes das categorias que apresentaram maior consistência de dados e ganharam destaque para discussão.

Quadro 5. Divisão dos manuscritos segundo título

Manuscrito 1	Manuscrito 2	Manuscrito 3
Integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids na rede de atenção à saúde	Conhecendo a pessoa que vive com HIV/aids: condições e contextos para a integralidade do cuidado em rede	Ações e interações dos profissionais de saúde no cuidado à pessoa que vive com HIV/aids na perspectiva da integralidade

Fonte: elaborado pela autora

6.4.1 Manuscrito 1 – Integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids na Rede de Atenção à Saúde

Resumo

Objetivo: compreender o significado da integralidade do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids para os sujeitos envolvidos nas Redes de Atenção à Saúde de um município do sul do Brasil. **Método:** pesquisa qualitativa, ancorada na teoria fundamentada nos dados, que envolveu entrevistas abertas realizadas no período de janeiro de 2020 a outubro de 2021 com 30 profissionais da saúde de um município ao sul do Brasil, divididos em três grupos amostrais. Teve como referencial teórico o pensamento complexo, de Edgar Morin. **Resultados:** a pesquisa revelou a categoria central, ou fenômeno do estudo, “Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids em suas múltiplas dimensões, ancorada nas Redes de Atenção à Saúde hierarquizadas e interdisciplinares” sustentada por três categorias concernentes às condições “Conhecendo a pessoa que vive com HIV/aids para ocorrer a integralidade do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde”, ações-interações “Significando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids considerando sua totalidade e a necessidade de redes interdisciplinares” e consequências “Efetivando o cuidado a partir de uma assistência humanizada, de qualidade e com vínculo”. **Conclusão:** os significados atribuídos pelos profissionais de saúde à integralidade do cuidado à às pessoas que vivem com HIV/aids revelam suas múltiplas faces e sentidos, voltados ao ser em sua totalidade e múltiplos aspectos, bem como a busca pela garantia de um cuidado integral e interdisciplinar.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Integralidade em Saúde; Níveis de Atenção à Saúde; Atenção à Saúde; Enfermagem;

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) permanece sendo um importante problema de saúde global, apesar dos inúmeros avanços na ciência ao longo dos anos. Desde o início da epidemia estima-se que ocorreram mais de 33 milhões de mortes por aids em todo o mundo. Ainda que o número de mortes associadas ao HIV/aids venha diminuindo em comparação ao século passado, esforços contínuos ainda são necessários para redução do número de novas infecções pelo vírus no mundo (WHO, 2018).

Nesse intuito, mundialmente vem-se pensando em estratégias para intensificar o tratamento ao HIV e o combate à aids. Assim, em 2014 foi lançada a meta 90-90-90 e mais recentemente, em 2021, a meta 95-95-95, na qual 95% das PVHA devem ter conhecimento de seu *status* sorológico, 95% das pessoas diagnosticadas devem estar em terapia antirretroviral (TARV) e 95% das pessoas em TARV devem apresentar supressão da carga viral até 2030. Ainda, 95% de todas as Pessoas que Vivem com HIV/aids

(PVHA) e pessoas expostas a situações de risco de contaminação pelo HIV, em todas as subpopulações e faixas etárias, devem ter garantia de acesso a estratégias de prevenção combinada e eficazes até 2025 (WHO, 2017; OMS, 2015; (UNAIDS, 2021; UNAIDS, 2021a).

No Brasil, o sistema de saúde adotado é o Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê o acesso universal aos serviços de saúde, cuidado integral, longitudinal e igualitário a todas as pessoas, sem distinção. O SUS se organiza em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que englobam ações e serviços de saúde de densidades tecnológicas distintas que atuam de forma integrada e articulada, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora e centro de comunicação da rede com os demais pontos de atenção à saúde, secundários (ambulatorial) e terciários (hospitalar e alta complexidade) (BRASIL, 2019b; OPAS, 2011).

A integralidade, um dos princípios do SUS e atributo da APS, compreende a atenção à saúde dos indivíduos em todo o seu contexto de vida, incluindo múltiplos aspectos para além do cunho biológico, cultural e social. Compreende ainda um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes pontos e níveis de complexidade nas RAS (FRACOLLI et. al., 2011; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

As RAS compõem um sistema complexo e multidimensional, fundamentais para a integralidade do cuidado e continuidade das ações de saúde, cuja integração e relação entre seus pontos ocorre de maneira horizontal. Ou seja, todos os pontos das RAS são compreendidos como espaços de ofertas de serviços de saúde igualmente importantes e necessários, reconhecendo-se as especificidades e densidades tecnológicas de cada serviço, uma vez que cumprem seus papéis específicos de acordo com necessidades também específicas (ARRUDA et al, 2015; UNASUS, 2016).

Ainda, as RAS emergem no SUS como estratégia para superação de um modelo de atenção à saúde fragmentado, médico-centrado e hospitalocêntrico, objetivando a integração das ações e serviços de saúde multiprofissionais de forma contínua, integral, responsável, humanizada e de qualidade, prevendo a garantia de acesso, equidade e efetividade (BRASIL, 2010).

Considerando a diversidade de serviços disponíveis no país para o cuidado integral à Pessoa que Vive com HIV/aids (PVHA), como os Serviços de Atenção Especializada (SAE), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centros de Referência e Treinamento (CRT), Hospitais-Dia (HD), Serviços de Assistência

Domiciliar Terapêutica (ADT), Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) (BRASIL, 2013), hospitais gerais e Atenção Primária à Saúde (APS), têm-se diferentes abordagens que vão de ações preventivas ao tratamento da cronicidade da doença e combate às suas complicações.

Assim, observa-se uma proposta de redes amplas, com necessidade de integração de todos os seus pontos para que haja um cuidado efetivo, de qualidade e com integralidade. A reflexão sobre esses aspectos levanta inquietações acerca do cuidado às PVHA: “Como ocorre o cuidado à PVHA articulado em rede? Como os profissionais envolvidos nesse cenário significam o cuidado a essas pessoas na perspectiva da integralidade?”. Desse modo, o presente estudo teve como objetivo compreender o significado da integralidade do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids para profissionais envolvidos nas Redes de Atenção à Saúde de um município do sul do Brasil.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa com referencial metodológico da vertente *straussiana* da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que oportuniza a identificação de conceitos gerais e o desenvolvimento de explicações teóricas para além do já conhecido, possibilitando novos *insights* sobre diversas experiências e fenômenos (CORBIN; STRAUSS, 2015).

O cenário de estudo compreendeu a rede de saúde de um município integrante da região da Grande Florianópolis. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas abertas não estruturadas. Os participantes foram convidados à pesquisa através de contato telefônico prévio, sendo a entrevista agendada em horário e local de escolha destes. O período de coleta de dados foi de janeiro de 2020 a outubro de 2021. Como parte da coleta de dados ocorreu durante a pandemia da COVID-19, algumas entrevistas foram realizadas de modo remoto, através da plataforma *Google Meet*. As entrevistas foram áudio-gravadas com auxílio de aplicativo de aparelho celular e posteriormente transcritas na íntegra. Para auxiliar na organização dos dados, foi utilizado o *software* NVivo 10[®].

A coleta teve início com os profissionais de saúde do CTA/SAE do município, uma vez que o cuidado à PVHA é centralizado neste serviço. Esses profissionais formaram o primeiro grupo amostral, totalizando sete participantes, sendo eles uma enfermeira, dois médicos, três técnicas de enfermagem e um farmacêutico. No momento da coleta de dados, estes eram todos os profissionais que compunham a equipe do serviço, a exceção de uma técnica de enfermagem que não aceitou participar do estudo.

A análise dos dados oriundos desse grupo evidenciou a articulação desse setor com o serviço de APS, emergindo a hipótese de que a APS, porta de entrada preferencial do SUS, mesmo com o cuidado à PVHA centralizado no CTA/SAE, segue como serviço de referência às demandas de saúde, destacando-a como ponto fundamental no cuidado em rede à PVHA. Assim, o segundo grupo amostral foi composto por 10 profissionais da APS, sendo quatro enfermeiras e seis médicos.

Com o processo de análise das entrevistas do segundo grupo amostral, destacaram-se outros pontos da RAS no cuidado à PVHA, como os serviços de urgência e emergência e atenção hospitalar, levando à hipótese de que mediante situações agudas relacionadas ao HIV há necessidade de pontos de maior complexidade da rede. Assim, no intuito de revelar como esse cenário atua e interfere no cuidado à PVHA, o terceiro e último grupo amostral foi composto por profissionais de saúde dos serviços de média e alta complexidade, divididos entre a UPA 24h e o hospital de referência em infectologia da região, contabilizando oito enfermeiras, quatro médicos e uma técnica de enfermagem.

A TFD trabalha com a saturação teórica dos dados onde, além da repetição das informações trazidas pelos informantes da pesquisa e ausência de novas informações relevantes, há a consistência das categorias em suas propriedades e dimensões (CORBIN; STRAUSS, 2015). Assim, a amostragem teórica do estudo compreendeu 30 participantes.

Os três grupos amostrais tiveram como critério de inclusão: trabalhar no setor há pelo menos seis meses e prestar assistência direta à população com HIV/aids neste serviço.

A análise comparativa dos dados ocorreu simultaneamente à coleta, conforme preconizado pelo método. Há três etapas interdependentes no processo de análise na TFD: 1) codificação aberta, onde os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões descobertas, agrupando fatos e acontecimentos similares sob uma classificação comum; 2) codificação axial, na qual as categorias relacionam-se às subcategorias, estreitando as relações e interações sobre o fenômeno e; 3) integração, onde as categorias articulam-se em torno de uma categoria central, reduzindo e aprimorando a teoria ou fenômeno (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A teoria substantiva “**Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids em suas múltiplas dimensões, ancorada nas Redes de Atenção à Saúde hierarquizadas e interdisciplinares**” é sustentada por três categorias concernentes aos componentes: I) condições, que corresponde às razões dadas pelos participantes para às suas reações a determinados acontecimentos; II) ações-interações, relativo às respostas

expressas pelas pessoas ou grupos às situações problemáticas ocorridas em seu contexto; e III) consequências, que se refere aos resultados previstos ou reais das ações e interações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Para validação do modelo, participaram três pessoas, sendo todas enfermeiras com expertise na metodologia adotada, sendo uma atuante em unidade hospitalar, uma professora universitária e uma gestora na rede de saúde do município estudado. A pesquisa atendeu aos princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos, Resolução n. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos segundo parecer n. 3.777.768.

Os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo, metodologia e aspectos éticos da pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado em duas vias. Os participantes tiveram assegurada sua privacidade e para garantia de anonimato e preservação da identidade, seus nomes foram substituídos pela letra E (Entrevista), seguido do número de ordem de realização da entrevista (E1, E2, E3...) e G (Grupo) referente ao grupo amostral correspondente (G1, G2, G3).

RESULTADOS

Os dados da pesquisa culminaram no fenômeno/categoria central “Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids em suas múltiplas dimensões, ancorada nas Redes de Atenção à Saúde hierarquizadas e interdisciplinares” que emerge a seguir nas suas três categorias/componentes.

Condições

A primeira categoria intitulada “Conhecendo a PVHA para ocorrer a integralidade do cuidado nas RAS” elucida os fatores condicionantes para o acontecimento do fenômeno e contextualiza a PVHA, a partir do acolhimento e integração desta na rede pelos profissionais de saúde. Os participantes do estudo discorreram ainda sobre as múltiplas possibilidades de entrada desta pessoa na rede, considerando os serviços aqui estudados, como CTA/SAE, UBS, UPA 24h e hospital.

A PVHA foi destacada pelos profissionais de saúde, especialmente àqueles que atuam em serviços da rede não especializados, como um paciente “comum”, que vive com uma doença crônica que indefere de outras. No entanto, apesar de sua condição crônica “comum” destacou-se nas falas uma face fragilizada de aspectos sociais, emocionais e preconceitos que essa pessoa sofre.

Eu sempre tive uma visão da questão do paciente com HIV/aids como paciente crônico (...) então eu trabalho dessa forma (E28G3)

Eu acho que são pacientes bastante fragilizados em alguns aspectos na maioria das vezes (...) há uma fragilidade mais emocional e depois econômica (E002G1)

Na verdade, assim, existe muito estigma. É como um paciente com câncer “está fadado a morrer”. Antigamente era assim, pegava HIV e morria. (E16G2)

A PVHA na rede do município estudado tem seu acompanhamento de rotina, nas questões que envolvem o HIV, centralizado no CTA/SAE. Desse modo, sua procura por outros pontos da rede acontece apenas em decorrência de uma necessidade diferente da qual vem recebendo assistência. Neste sentido, muitas das PVHA são recebidas na UBS e na UPA 24h, por exemplo, como um paciente genérico, pois não identificam sua condição de saúde para atendimento. Assim, muitos profissionais relataram tomar conhecimento do diagnóstico apenas quando questionado ou através dos registros de em prontuário eletrônico.

Muitos a gente avalia no prontuário quando tem o CID B24, a gente vê no final ou geralmente nas últimas evoluções. (...) alguns que a gente já conhece, a gente já sabe, já tem uma normalidade ao falar, porém muitos que a gente não conhece chegam aqui e não falam nada. Então a gente acaba apenas descobrindo através do prontuário. (E11G2)

Para além do conhecer a PVHA de modo que ela se sinta à vontade e fale com naturalidade a respeito do seu diagnóstico, os participantes do estudo referiram que, por vezes, há desconforto do paciente para revelar o seu diagnóstico mesmo quando questionado sobre a existência de alguma doença ou uso de medicação contínua, o que levantou reflexões sobre a dificuldade de aceitação do diagnóstico, enfrentamento de estigmas e preconceitos e, até mesmo, falta de confiança ou vínculo com o profissional.

Tem paciente que demora para falar, que pergunta de comorbidades eles não falam (...) lá na frente tu vais ver de remédio, (...) e aí usa a TARV. Mas eu acho que é mais coisa da vergonha, do preconceito que parte mais deles assim, esse receio, acho. (E17G2)

O acolhimento à PVHA é referido pelos participantes do estudo de forma humanizada e livre de julgamentos e a chegada dessa pessoa aos serviços pode se dar pela procura espontânea para realização de teste rápido, por exemplo, ou através de encaminhamento de outro ponto da rede. Ressalta-se que é no CTA/SAE que ocorre o acompanhamento ambulatorial da PVHA no município, sendo este o serviço de referência para consultas de infectologia, coleta de exames, dispensação da TARV e demais demandas relacionadas ao HIV.

Há ainda pacientes que chegam a esse serviço através da contrarreferência da alta complexidade após a alta hospitalar, para dar seguimento em nível ambulatorial no município e, também, há pacientes advindos de outros municípios que, ao mudarem de endereço, passam a acompanhar no referido CTA/SAE.

Nas situações em que o paciente é referenciado ao setor especializado para dar início ao acompanhamento, é necessário que ele seja inserido no Sistema de Regulação (SISREG) e, após ter seu encaminhamento regulado e classificado, sua primeira consulta com infectologista é agendada.

Já no serviço de atenção primária, a atenção ao HIV se concentra mais fortemente na testagem rápida, ou seja, nos novos diagnósticos. No entanto, houve relatos de acompanhamento através de visita domiciliar, uma das atribuições das equipes das UBS, aos pacientes domiciliados/acamados ou com dificuldades para se deslocar até a unidade.

Já aconteceu de paciente que chegou à fase mais terminal, foi feito diagnóstico tardio e acabou chegando na atenção básica quando esse paciente está em fase de visita domiciliar porque não consegue levantar da cama. Eu me lembro de um caso de um paciente que teve uma tuberculose meningea e aí no diagnóstico dessa tuberculose que foi feito o diagnóstico de HIV dele, então ele já estava numa situação lamentável e aí já não saía mais da cama (...) e aí nessa situação que a atenção básica chegou ao conhecimento. (E10G2)

Na média complexidade, especificamente na UPA 24h, destacou-se a procura da PVHA por queixas agudas de saúde não relacionadas ao diagnóstico e situações de maior gravidade, com complicações ligadas ao HIV e que demandam maior atenção das equipes e transferência ao setor terciário para internação. Na alta complexidade, foi relatado que são recebidas PVHA vindas de todo o Estado. Uma vez que o referido hospital funciona como “porta fechada”, é condicionado que todos os pacientes tenham sido encaminhados, seja via SISREG para primeira consulta, no caso dos municípios que não possuem a oferta deste serviço ou mediante transferência para internação.

Ressaltou-se ainda, através das falas dos participantes, que apesar de ser um hospital referência em infectologia geral, a maior parte dos casos acompanhados são de HIV/aids, especialmente casos de maior gravidade e que justificam a necessidade de uma atenção especializada. Ainda, estes casos mantêm acompanhamento até que haja completa estabilização do quadro clínico que possibilite a alta hospitalar e contrarreferência ao seu município de origem.

(...) paciente está clinicamente estável, bem adaptado à TARV, é feito uma carta para a UBS do município que ele trata (...) para ele fazer o seguimento. Mas ele tem que estar seis meses estável, com carga viral indetectável, bem adaptado ao tratamento, sem efeito colateral. Aí a gente entende que a própria UBS pode dar seguimento para ele. (E26G3)

Ressalta-se que, havendo necessidade de retorno ao hospital devido a complicação ou desestabilização do quadro, a PVHA pode ser novamente referenciada a este serviço.

Ainda, outra condição emergida a partir da análise dos relatos dos participantes diz respeito ao conhecimento e experiência prévia com essa população. Os dados revelaram que a falta de convívio com essa temática nos serviços não especializados influencia as condutas e tomada de decisão, ocasionando, por vezes, um estranhamento na sua prática.

O que eu sinto dificuldade é justamente por ter pouco contato com esses pacientes (...) acho que é justamente isso, por ser um tema tão pouco corriqueiro e tão estranho assim da nossa rotina. (E09G2)

Eu acho que uma potencialidade do atendimento a esse paciente é quando você encontra um profissional que conhece, que tenha conhecimento sobre o assunto e realmente tente ter esse olhar qualificado e o cuidado qualificado para esse paciente (E20G3)

Ações-interações

Esta categoria leva o título “Significando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids considerando sua totalidade e a necessidade de redes interdisciplinares” e desvela os significados, as ações e interações entre os sujeitos, suas fragilidades, potencialidades e estratégias para ocorrer o fenômeno.

A integralidade do cuidado à PVHA é vista pelos participantes para além do diagnóstico HIV positivo, de modo que haja integração de outras patologias, abarcando também aspectos sociais e emocionais do indivíduo na rede. Ainda, para a garantia desta integralidade, faz-se necessária atuação interdisciplinar das equipes multiprofissionais, em ações que envolvam todo o cuidado necessário a PVHA, do diagnóstico ao tratamento, em todos os pontos da rede que forem necessários.

A integralidade é você integrar todo o sistema, todas as doenças, trazer para sua consulta a vida do paciente (...) Saber como é a vida dele, convivência dele, âmbito familiar dele, tratar todas as patologias que ele tem. Isso é você ver ele de uma forma integral, não ver ele partilhado como a gente vê hoje. (E02G1)

Eu sou do tempo que não tinha integralidade, que só tinha um médico atendendo. Então, graças a Deus que hoje tem. O que eu vejo é o seguinte, o atendimento a PVHA permeia uma série de questões que não só médicas (...) o médico vem a ser uma ponta, digamos assim, de uma estrela ou um asterisco (E30G3)

Ainda, foram pautadas barreiras para a efetivação da integralidade, trazendo a reflexão da fragmentação do cuidado integral à pessoa uma vez que o cuidado ao HIV é centrado em um serviço especializado, enquanto as outras demandas de saúde ficam à

cargo de outros serviços, como a atenção primária, por exemplo. Destacou-se ainda a grande dificuldade do serviço de urgência e emergência para uma visão holística do paciente que possibilite a realização de uma prática de cuidado integral, devido às características do próprio serviço de alta demanda de atendimento e necessidade de tempo-resposta curto para resolução das queixas.

Eu acho que nesses casos específicos do HIV a gente não consegue por completo esse atendimento integral porque tem essa fragmentação, o que o especialista cuida e o que a atenção básica cuida. (...) então se existe essa duplicação, não existe integralidade. (E10G2)

Eu vejo que tem uma quebra, a gente não consegue acompanhar esse paciente. Na verdade, a gente trata alguma coisa que ele está sentindo no momento, mas não consigo ver essa integralidade na UPA. (E22G3)

Ao encontro dos relatos que trazem na integralidade a necessidade de atender a todas as necessidades da PVHA, onde e quando ela precisar, respeitando-se os níveis de complexidade e hierarquização da rede, os participantes explanaram de que forma essa pessoa caminha na rede por entre seus pontos. Ficou evidente que as principais formas de comunicação entre os serviços ocorrem por meio de cartas de referência e contrarreferência e, de maneira complementar, através de contato telefônico.

A gente transfere paciente que está com alguma outra coisa agudizada (...) então a gente transfere muito para o (Hospital) Nereu, que já é uma unidade de referência para ele (...) a gente contata via telefone (...) explica a situação, solicita vaga e encaminha. (E18G3)

Entretanto, os participantes reportaram falhas nessa interlocução na rede e falta de integração entre as diferentes equipes, que precisam ser superadas para garantia da continuidade e integralidade do cuidado.

(...) é falha. A comunicação não é adequada. Recebemos encaminhamento muitas vezes sem informações adequadas. As comunicações não são feitas de maneira, às vezes, em tempo hábil ou até de forma ética profissional. (E29G3)

No tocante à prática profissional, múltiplos são os sujeitos que integram as equipes que prestam o cuidado à PVHA, dentre eles, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, psicólogos, etc., cada qual com suas atividades privativas, porém também com atividades complementares entre si para garantia da interdisciplinaridade. Nesse sentido, destacaram os participantes que o trabalho em equipe é um grande fator potencializador para a integralidade do cuidado.

(...) não é um profissional só que vai resolver (...) é uma visão interdisciplinar, multidisciplinar e que a gente serve como elo no processo de saúde-doença dele. (E28G3)

Dentre estes profissionais, destacou-se o papel do médico na assistência à PVHA, tendo em vista as consultas de rotina, prescrição e renovação de receitas, solicitação e avaliação dos exames, por exemplo. Outro profissional de destaque foi o enfermeiro, no entanto aqui destacou-se seu papel dividido entre as práticas assistencial e gerencial, uma vez que este profissional é coordenador dos serviços de saúde que fizeram parte do estudo.

Devido às muitas demandas administrativas atribuídas ao profissional enfermeiro, sua prática assistencial acaba sendo menor, como exemplificado pelos participantes quando trouxeram que as consultas de enfermagem no serviço especializado, especialmente no ambulatório do hospital, ocorrem de forma complementar à consulta médica apenas quando há necessidade de reforço em algumas orientações.

Como fica só uma enfermeira para fazer todo o atendimento, a gente só faz (a consulta de enfermagem) depois da consulta médica se o médico achar que ele (paciente) precisa de uma orientação mais complementar, porque a gente não tem perna para fazer tudo. (E26G3)

A falta de um profissional exclusivo para as atividades de coordenação e outro para assistência não foi o único ponto levantado pelos participantes no que se refere a recursos humanos. A alta rotatividade de profissionais nos setores se revelou como grande entrave para a continuidade e integralidade do cuidado, assim como número limitado de profissionais nos setores e também para integrar as equipes multiprofissionais.

Os participantes relataram ainda outros importantes fatores interventores encontrados na sua prática diária, como a inexistência de fluxos e protocolos bem estabelecidos quanto ao cuidado a PVHA em rede, prevendo as competências de cada setor e possíveis encaminhamentos, além da falta de capacitações e momentos de discussão de casos para aperfeiçoamento da prática profissional.

O ambulatório do hospital Nereu Ramos é um serviço de assistência especializada, mas ele atualmente é baseado em consulta médica. A equipe multiprofissional que deveria de ter atuação ali dentro não está ali. (E28G3)

A primeira (dificuldade) seria orientações sobre as condições de tratamento, que nós como profissionais, a gente tem aquele conhecimento da graduação (...) a gente não tem da rede do município, por exemplo, orientações quanto a essas condições crônicas. (E25G3)

Por fim, revelou-se nas falhas de adesão e abandono ao tratamento a maior preocupação dos profissionais e um dos principais interventores para a efetividade do cuidado, resultado do tratamento e qualidade de vida das PVHA. No intuito de superar essa barreira, os participantes usam da estratégia de busca ativa destes pacientes para o retorno ao tratamento.

A gente procura rastrear problemas envolvendo o paciente (...) e o nosso maior trabalho é justamente aqueles pacientes que abandonam o tratamento. O que eu faço? Eu imprimo uma listagem desses pacientes e ligo para cada uma das pessoas (...) e muitas pessoas retornam e dão continuidade ao tratamento. (E07G1)

Consequências

A terceira e última categoria “Efetivando o cuidado a partir de uma assistência humanizada, de qualidade e com vínculo” traz os desfechos reais e previstos, através das sugestões e expectativas indicadas pelos participantes.

Houve destaque na relação e vinculação entre profissional e paciente, estabelecida com base em confiança, respeito e cuidado humanizado. Esse vínculo, muitas vezes está atrelado ao recebimento do diagnóstico, pois o profissional que informa o resultado do exame positivo para HIV marca a vida dessa pessoa e se tornando até mesmo um profissional de referência ao procurar o serviço.

Ele se identifica contigo, tu és o parâmetro dele aqui dentro, aí toda vida que ele chegar ele vai te procurar, se ele está num momento ruim é tu que ele vai chamar para conversar. Então cria um vínculo bem forte assim entre a gente. (E05G1)

Ainda, foram tecidos elogios ao cuidado realizado nos serviços especializados, que garantem assistência às demandas apresentadas, continuidade do cuidado e integralidade do sujeito com profissionais de saúde qualificados e atendimento humanizado.

Eu acho o fator humano aqui muito bom, isso é um facilitador muito importante porque quem trabalha aqui gosta. Quem não gosta de trabalhar aqui não fica, quem não gosta do tipo de clientela que tem aqui que acaba saindo (...). Não consigo expressar em palavras o comportamento de algumas pessoas. É um carinho diferente. (E26G3)

Nós temos a maior quantidade de infectologista por metro quadrado de hospital. (...) por si só, os grandes especialistas que estão aqui já tem um diferencial (...) o cérebro pensante dos infectologista estão aí. (E28G3)

Os participantes levantaram a reflexão de que a PVHA quando bem acolhida, inserida na rede e recebendo atenção à sua saúde de forma humanizada, consequentemente se torna mais esclarecida quanto ao seu diagnóstico, propiciando maior entendimento das condutas e melhor adesão ao tratamento.

Uma das questões que eu fortaleço mais a cada consulta é essa questão da relação, porque nós estamos falando de uma doença crônica que envolve uso de medicamento para a vida inteira, (...) então se eu não consigo ter uma boa relação com o paciente e fortalecer esse vínculo e fortalecer as questões relacionadas a adesão, ele não vai conseguir seguir o tratamento, vai perder a sequência, o seguimento das consultas e não vai tomar o remédio direito, vai acabar falhando (E29G3)

Em contrapartida, a consolidação do vínculo fortemente estabelecido no acompanhamento ambulatorial, no hospital, pode repercutir também de modo desfavorável para a contrarreferência destes pacientes ao seu município de origem e referência local.

A gente tem uma dificuldade quando vai referenciar “ah, mas lá eu não vou ser tratado da mesma forma que aqui”. Às vezes eles me ligam e dizem “eu preciso voltar porque senão eu vou abandonar meu tratamento”. E às vezes a gente acaba trazendo as pessoas de volta (...) se a gente não trouxer eles abandonam o tratamento. (E26G3)

Muito preferem continuar vindo à Florianópolis justamente por conta dessa relação médico-paciente, eles sentem mais seguros porque já estão acostumados, não se importam de realizar esse deslocamento. (E29G3)

Ainda relacionado ao ambiente hospitalar, outra repercussão de destaque de caráter negativo foi a identificação de uma atuação limitada do enfermeiro na assistência ao HIV devido ao aumento de outras demandas neste serviço. O duplo papel do enfermeiro assistencial-coordenador desponta um enfraquecimento do potencial do enfermeiro como profissional de referência para o cuidado à PVHA.

Os participantes mencionaram um crescimento expressivo nas demandas de serviço que não foi acompanhada pelo crescimento no número de profissionais enfermeiros para execução de tais tarefas.

Não tem uma atuação específica para o HIV, então por isso que a gente tem uma atuação mais limitada ultimamente. O cenário há alguns anos a gente passava consulta de todos eles, hoje em dia a gente não tem mais condições para fazer isso porque não tem tempo para isso. (E26G3)

Para mais, houve ampliação no quadro de profissionais médicos e consequentemente aumento no número de consultas e capacidade de PVHA atendidas, porém o número de enfermeiros não sofreu alterações ao longo do tempo, repercutindo em muitas demandas e mão de obra escassa, suprimindo a atenção assistencial do enfermeiro para o foco na atuação gerencial.

Nós tínhamos somente dois médicos, então o número de consultas era reduzido. Agora nós temos dez médicos, com horário ampliado, de manhã e à tarde, atendendo cada médico dez pacientes. Um enfermeiro só não tem condição de abarcar tudo. Aumentou o número de médicos, mas não o número de enfermeiros. A gente ainda tem que fazer a parte burocrática, as planilhas de final do mês, tem que fazer a prestação de contas. Então realmente na assistência a gente tem ultimamente uma atuação mais limitada (...) hoje em dia eu faço mais gestão. (E26G3)

Pensando nos desfechos previstos, os profissionais participantes do estudo elencaram sugestões de cuidado para o aperfeiçoamento da prática profissional e

incremento nas ações de prevenção à infecção pelo HIV, diagnóstico precoce e adesão a TARV.

Os dados trouxeram pontos que necessitam de maior atenção e podem ser trabalhados com a criação de fluxos de atendimento, treinamentos e capacitações, por exemplo, que possibilitem ainda maior conhecimento da rede e articulação entre seus diferentes pontos, conforme necessidade levantada pelos participantes.

(...) tentar organizar o serviço do município para esse paciente seguir o fluxo dignamente. Um fluxo digno para ele ser amparado e poder fazer o tratamento, ter a melhora e qualidade de vida como ele merece. (...) eu sei que a gente não pode fazer o trabalho sozinho, uma andorinha sozinha não faz verão, mas eu acho que com muitas mãos a gente consegue melhorar o fluxo desse paciente, que é tão importante quanto qualquer outro na rede (E20G3)

Eu acho que seria bem relevante a gente ter cursos esporádicos nessas doenças crônicas sobre os serviços que o município dispõe para a gente ampliar um pouquinho a capacidade do cuidado (E25G3).

Os participantes sugeriram ainda uma alternativa para a melhoria na assistência prestada nos serviços não especializados, como o matriciamento com a infectologia, que poderia fornecer os subsídios necessários para os profissionais generalistas que por vezes se deparam com a PVHA e encontram dificuldades para sua atuação clínica.

Eu acho que um sistema de matriciamento poderia ajudar muito, entre o infectologista e os médicos de família (...) eu acho que precisa ter uma integração maior, que algum matriciamento poderia ajudar nessa situação, estaria com mais ferramenta para atender esse paciente de forma integral. (E10G2)

DISCUSSÃO

A condição crônica do HIV atualmente permite o acompanhamento à saúde da PVHA nos diferentes pontos das RAS, sendo que nos casos em que há estabilidade do quadro clínico e esquema de tratamento simplificado, há a possibilidade de descentralização do cuidado para o serviço de atenção primária, por exemplo (SANTOS; APOSTÓLICO, 2019). Entretanto, no cenário estudado, a atenção à PVHA ainda se concentra no serviço ambulatorial especializado do município, contando com os outros pontos da rede como serviço de retaguarda às demais necessidades que essa pessoa pode apresentar.

Somado a isso, evidenciou-se ainda certa resistência por parte da PVHA em procurar outro serviço na rede para atendimento à sua demanda e revelação do seu diagnóstico. Tal achado vai ao encontro do que revelou pesquisa quanti-qualitativa realizada na região nordeste do país com participação de 51 PVHA acompanhadas no CTA do município de Parnaíba, Piauí, na qual, quando interrogados sobre o fluxo seguido

quando necessitam de acompanhamentos de urgência e emergência, internação ou ambulatorial não relacionado ao HIV, os participantes trouxeram em seu discurso que raramente procuram por outros serviços, preferindo manter seu acompanhamento no serviço especializado (BELTRÃO et al, 2020).

Essa resistência pode também estar relacionada ao medo de ter o diagnóstico revelado devido aos estigmas e preconceitos atrelados na sociedade ao viver com HIV, conforme expressado por mulheres que vivem com HIV em estudo realizado na República Dominicana (PAYÁN et al, 2019).

Também a preferência pelo serviço especializado, local onde evidentemente há estabelecido maior vínculo entre profissional e paciente, pode estar relacionada ao receio da competência técnica nos outros serviços e à possibilidade de exposição aos profissionais de saúde e demais usuários dos serviços (BELTRÃO et al, 2020). Neste sentido, fortalece-se a necessidade de qualificação dos profissionais da rede através de educação permanente com profissionais qualificados e experientes (SANTOS; APOSTÓLICO, 2019), visto que a experiência prévia e o conhecimento técnico do assunto inferem nas ações de cuidado à PVHA.

Quando interrogados acerca do significado da integralidade do cuidado, múltiplas foram as interpretações levantadas pelos participantes da pesquisa, destacando o olhar sobre o sujeito na rede, suas necessidades e a atuação interdisciplinar para sua efetivação. Corroborando a isso, estudo realizado acerca dos sentidos da integralidade para os profissionais de saúde revelou-a a partir da visão integral do ser humano, considerando sua integridade física, mental, social e a articulação dos serviços para garantia do acesso, continuidade das ações de cuidado e resolutividade das necessidades apresentadas (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

Segundo o Pensamento Complexo, proposto por Edgar Morin (2010), deve-se não apenas acumular pensamentos e ideias, mas uni-las, interliga-las e integra-las a um contexto no qual é possível alcançar a compreensão dos fenômenos em sua singularidade e pluralidade. Assim, é necessário pensar e compreender a integralidade de maneira global para também compreendê-la em sua singularidade.

Pensar sobre a integralidade levanta uma discussão complexa em torno da variedade de interpretações e significados atribuídos a ela, refletindo as práticas de cuidado voltadas à pessoa e à integração do sistema de saúde em rede multidisciplinar, bem como as barreiras encontradas na prática para sua efetivação (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2016).

Ainda que haja, nas RAS, uma equipe multiprofissional e que se defenda o ideal de uma prática interdisciplinar no cuidado à PVHA, é evidente o destaque da figura médica nas questões assistenciais relacionadas ao HIV. A hegemonia do profissional médico esteve presente também em outro estudo, realizado com 18 PVHA acompanhadas no serviço ambulatorial especializado de um hospital universitário na região nordeste do Brasil, que apresentaram uma visão fragmentada e médico-centrada da assistência recebida (CALDAS et al, 2021).

Ao passo que a imagem do médico se fortalece na assistência ao HIV, a figura do enfermeiro como profissional assistencial emerge de forma mais limitada em razão da dicotomia entre suas atribuições assistenciais e gerencias, inerentes ao cargo ocupado nos serviços de saúde. É natural da formação do enfermeiro que assuma posições estratégicas de liderança e gestão, no entanto, essa dupla atuação exige deste profissional encarregar-se simultaneamente de suas funções relacionadas à coordenação da equipe, do serviço, planejamento e execução das ações, bem como da assistência ao paciente (METELSKI et al, 2020).

Para além dessas, outras fragilidades fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde, ocasionando entraves para a realização de uma prática de cuidado integral à PVHA. De modo semelhante, estudo realizado nos serviços de atenção primária e média complexidade em um município do Rio Grande do Sul revelou, dentre as fragilidades para a integralidade do cuidado, a falta de conhecimento dos profissionais acerca da rede e dos serviços oferecidos, o olhar sobre o indivíduo com foco na doença e sintomatologia, o quantitativo insuficiente de profissionais e a inexistência de fluxo bem definido e estabelecido na rede (MEZARROBA et al, 2021).

No que se refere à comunicação nas RAS, esta apresenta limitações, sob a ótica dos participantes. Para que a integralidade do cuidado à PVHA se consolide através das RAS, é necessário que haja integração a partir de conexões e interlocuções frequentes e padronizadas entre os serviços que a compõem, fortalecendo assim os processos de referência e contrarreferência para a garantia da continuidade e integralidade do cuidado (MAGNABOSCO et al, 2018).

Neste sentido, a proposta governamental de reestruturação da atenção à saúde a partir da implantação da linha de cuidado à PVHA traz um novo modelo no cuidado a essas pessoas com vistas à integralidade da atenção envolvendo, de maneira sistêmica, todos os serviços de saúde da rede, em seus diferentes níveis de complexidade, mas em

especial a atenção básica, com suporte da atenção especializada, em um cuidado compartilhado (BRASIL, 2017).

Ainda, destaca-se que a implantação da linha de cuidado considera e respeita as particularidades locais, assim, esse novo modelo de cuidado não é uma realidade em todo o território brasileiro. No caso do cenário aqui estudado, a atenção à saúde da PVHA ainda é centralizada no serviço especializado e tem nos outros pontos da rede um apoio em demandas majoritariamente alheias à questão do HIV/aids, o que pode ajudar a compreender as falhas e a falta de integração na rede percebidas pelos profissionais de saúde entrevistados.

Dentre os entraves já discutidos, a falta de adesão à TARV destacou-se como principal preocupação e dificuldade na prática dos profissionais participantes do estudo. Muitos são os fatores que influenciam a má adesão ao tratamento, sejam eles relacionados a questões psicossociais, dificuldades de acesso ao medicamento, comorbidades, abuso de substâncias ou elementos relacionados à farmacologia, como complexidade da posologia e efeitos adversos, por exemplo (RIBEIRO et al, 2020).

Nesse cenário, a adoção de estratégias se faz necessária na tentativa de superação dessas barreiras, como a busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento, mencionada nesta pesquisa. É importante que haja corresponsabilidade entre profissional e PVHA para garantia de adesão ao tratamento e continuidade do cuidado, como ocorre também em serviços especializados em município interiorano do Sul do país, com ações para identificação dos casos de má adesão e conduta de auxílio à PVHIV no que for necessário (RIBEIRO et al, 2020).

A adesão ao tratamento é também influenciada pela relação entre PVHA e profissional, bem como pelo vínculo estabelecido entre eles. Desse modo, para condução e manejo efetivos das questões relacionadas ao cuidado à PVHA, é de extrema importância a adoção de uma prática acolhedora, com empatia e respeito, para superação das barreiras intervenientes e fragilidades no processo de cuidado (COLAÇO et al, 2019).

Nota-se que a relação estabelecida entre profissional e PVHA influencia e é influenciada no tocante à qualidade e adesão ao tratamento, emergindo a complexidade destas relações. Pois, como define o pensamento complexo, a partir das relações, interações e interretroações entre os fenômenos e seus contextos, nas mútuas relações entre o todo e as partes, que sofrem e provocam mudanças (MORIN, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo evidenciaram os significados atribuídos pelos profissionais de saúde à integralidade do cuidado à PVHA na RAS com suas múltiplas faces e sentidos, voltados ao “ser” como um ser humano total, considerando sua totalidade e múltiplos aspectos que o permeiam para além da integração dos seus aspectos físicos, mentais e sociais, bem como a busca pela garantia de um cuidado além de integral, interdisciplinar.

O cuidado à PVHA é majoritariamente centralizado no serviço especializado, de maneira eficaz, a partir da avaliação dos seus pares. Nas RAS, interliga-se com os demais pontos da rede na tentativa de abarcar todas as necessidades apresentadas pela PVHA. Entraves para a integralidade são encontrados ao longo desse percurso, mas movimentos ocorrem na tentativa de superá-los frente a necessidade da mudança do modelo de cuidado, a partir da implantação das linhas de cuidado, considerando a complexidade e a longitudinalidade a serem contempladas.

De todo o processo de cuidado à PVHA, emerge principalmente o impacto positivo que a relação entre profissional e pessoa, baseada em confiança e respeito, intensifica um vínculo que propicia uma assistência de qualidade e favorável ao sucesso do tratamento da PVHA.

O presente estudo contribui para o cuidado de enfermagem evidenciando a adesão ao tratamento como importante objetivo de trabalho, que deve ser incentivada pelas instituições de saúde viabilizando número adequado de profissionais, possibilitando um cuidado à saúde da PVHA integral e de qualidade. Como limitação do estudo destacou-se a coleta de dados durante o período de pandemia, que aumentou o período de coleta de dados além de ter requerido adaptações para sua efetivação.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015

BELTRÃO, R. P. L. *et al.* A assistência de saúde às pessoas vivendo com HIV/AIDS acompanhadas pelo Centro de Testagem e Aconselhamento. **Research, Society And Development**, Itajubá, v. 8, n. 9, p. 1-21, jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. As Redes de Atenção à Saúde. Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/smp/smpras>> Acesso em 8 jun. 2019b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - HIV AIDS 2021. Brasília, n. especial, 2021, 68p.

BRASIL. Ministério de Saúde. Gerência de Vigilância de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2018 Santa Catarina. Governo do Estado de Santa Catarina. Ano XV, ed. especial. 2020, 43p.

BRASIL. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em 9 fev. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**: manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 56p.

CALDAS, C. M. *et al.* Atuação da equipe multiprofissional na assistência especializada em HIV/aids. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, n. 11, p. 3-12, abr. 2021.

COLAÇO, A. D. *et al.* O cuidado à pessoa que vive com HIV/aids na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, n. 20170339, p. 1-14, set. 2019.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011

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

MAGNABOSCO, G. T. *et al.* Assistência ao HIV/aids: análise da integração de ações e serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 22, p. 1-7, maio 2018.

METELSKI, F. K. *et al.* Dimensões da gestão do cuidado na prática do enfermeiro na atenção primária: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da Uerj**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 51457, p. 1-9, dez. 2020.

MEZAROBA, E. *et al.* Integralidade do cuidado: um relato de experiência. **Journal Of Management & Primary Health Care**, Santa Mônica, v. 13, n. 023, p. 1-14, set. 2021.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 13ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2017

MOTTA, L.C S.; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Estratégia Saúde da Família: Clínica e crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Alto – Teresópolis, v. 39, n. 2, p. 169-207, 2015.

OPAS - Organização Pan-Americana Da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: Contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 113p

PAYÁN, D. D. *et al.* “It Was as Though My Spirit Left, Like They Killed Me”: The Disruptive Impact of an HIV-Positive Diagnosis among Women in the Dominican Republic. **Journal Of The International Association Of Providers Of Aids Care**, [s. l], v. 18, p. 1-10, mar. 2019.

RIBEIRO, T. C. *et al.* Qualidade e Monitoramento do Serviço Ambulatorial Especializado Oferecido às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 20, n. 40, p. 275-282, dez. 2020.

SANTOS, R.; APOSTÓLICO, M. R. As Redes de Atenção à Saúde e a integralidade no cuidado das pessoas vivendo com HIV e Aids. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 43, p. 929-942, nov. 2019.

SILVA, M.V.S; MIRANDA, G. B. R.; ANDRADE, M. A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, [s. l], v. 62, n. 21, p. 1-12, set. 2017.

UNAIDS. Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Estatísticas. Disponível em: < <https://unaids.org.br/estatisticas/> > Acesso em 10 jan. 2022

UNASUS - Universidade Aberta do SUS. Universidade Federal do Maranhão. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís, 2016, 57p

WHO - World Health Organization. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global Aids Update 2018. Miles to go: closing gaps, breaking barriers, righting injustices. 2018. 268p

6.4.2 Manuscrito 2 - Conhecendo a pessoa que vive com HIV/aids: condições e contextos para a integralidade do cuidado em rede

Resumo

Objetivo: Conhecer as condições e contextos da pessoa que vive com HIV/aids para a integralidade do cuidado em rede. **Método:** Pesquisa qualitativa, com aporte metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. Compreende o recorte do componente de “Condições” de uma pesquisa maior intitulada “Integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids na rede de atenção à saúde: significados para os profissionais de saúde”. Compuseram a amostragem teórica do estudo 30 profissionais de saúde, divididos em três grupos amostrais. A coleta foi realizada em um município ao sul do Brasil, no período entre janeiro de 2020 e outubro de 2021. **Resultados:** A categoria de condições “Conhecendo a pessoa que vive com HIV/aids para ocorrer a integralidade do cuidado na rede de atenção à saúde” é sustentada por três subcategorias interconectadas que são: 1) Conhecendo e contextualizando a pessoa que vive com HIV/aids na rede; 2) Acolhendo e integrando a pessoa que vive com HIV/aids na rede” e; 3) Revelando o conhecimento técnico e experiência prévia para tomada de decisão. **Conclusão:** os profissionais conhecem a PVHA a partir da sua entrada na rede, pelas suas diferentes portas de entrada, considerando a condição crônica do HIV, os contextos aos quais está inserida e os múltiplos aspectos que permeiam o seu viver com HIV/aids.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Integralidade em Saúde; Níveis de Atenção à Saúde; Atenção à Saúde; Enfermagem;

INTRODUÇÃO

Desde o início da epidemia da aids, na década de 1980, até os dias atuais, estima-se que mais de 38 milhões de pessoas estejam vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) no mundo todo. Com os avanços da ciência e da medicina ao longo dos últimos anos, viver com HIV/aids passou por transformações. O aumento do acesso a medidas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados de saúde em tempo oportuno transfigurou a infecção pelo HIV como uma condição de saúde crônica manejável pelos serviços de saúde, garantindo uma vida longe e de qualidade à Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA) (WHO, 2018).

O viver com HIV/aids suscita múltiplos pensamentos, sentimentos e incertezas em uma sociedade marcada, ainda, por um olhar estigmatizado e discriminatório. Para além disso, muitas PVHA experienciam também o preconceito intrafamiliar, que gera impacto no enfrentamento do diagnóstico e adesão ao tratamento e reflete diretamente na forma como lidam com a infecção (JESUS, 2017; VILLELA; BARBOSA, 2017).

Na história do HIV são encontrados diferentes níveis de atenção e complexidade no cuidado às PVHA. Lidar com essa condição representa um desafio às partes envolvidas nesse contexto, tanto para a pessoa que recebe o diagnóstico, haja vista o impacto provocado pelo complexo de sentimentos que a doença traz consigo, quanto para o profissional, ao qual se torna necessária a habilidade para estabelecer uma comunicação terapêutica e de vínculo com a PVHA (COLAÇO et al, 2019).

Nesse sentido, é indispensável que os profissionais de saúde, inseridos em um serviço multiprofissional e interdisciplinar, direcionem esforços para a construção de propostas de enfrentamento transversais que abarquem todo os contextos e dimensões do viver das pessoas no campo da saúde, conhecendo a doença, seus estigmas, possibilidades terapêuticas e dificuldades para o tratamento para a efetivação da integralidade do cuidado (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018; ATAIDE; REIS JUNIOR, 2019).

No intento desta integralidade, o Sistema Único de Saúde (SUS), conformado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), possui meios e recursos que possibilitam o desenvolvimento de um cuidado integral, multiprofissional e interdisciplinar. Inseridas na RAS, as linhas de cuidado compreendem uma estratégia de organização e articulação dos recursos disponíveis com as práticas de saúde existentes nos diferentes pontos da rede (atenção primária, secundária e terciária), ordenando e conduzindo os usuários do SUS pelas diferentes possibilidades de diagnóstico e tratamento (OPAS, 2011; BRASIL, 2013d).

Para além dos aspectos relacionados à infecção pelo HIV ou à evolução para sua condição aguda, a aids, o cuidado à PVHA suscita reflexões acerca do viver com HIV em seu contexto pessoal, familiar, profissional e social. Nesse sentido, importa conhecer essas pessoas em seus contextos e de que forma elas estão inseridas nas RAS para o desenvolvimento das práticas de saúde em uma lógica de cuidado integral.

Assim, objetivou-se com esse estudo conhecer as condições e contextos da pessoa que vive com HIV/aids para a integralidade do cuidado em rede, na perspectiva dos profissionais de saúde.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, ancorada na vertente *straussiana* da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Esse método transpassa a descrição dos dados, objetivando a descoberta ou criação de uma teoria imersa em um processo ou contexto, que revela como

as pessoas vivenciam um fenômeno a partir dos significados por elas atribuídos e como as pessoas reagem a eventos e situações problemáticas através das suas ações e interações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A pesquisa ocorreu na rede de saúde de um município da região da Grande Florianópolis, com entrevistas abertas não estruturadas aos seguintes pontos da rede: CTA/SAE, UBS, UPA 24h e hospital de referência em infectologia. O convite à pesquisa se deu através de contato telefônico, para agendamento de horário e local de preferência dos participantes. Como parte da coleta aconteceu durante a pandemia da COVID-19, algumas entrevistas ocorreram através da plataforma *Google Meet*. Todas as entrevistas tiveram seu áudio gravado com auxílio de aplicativo de aparelho celular para gravação de áudio e foram posteriormente transcritas na íntegra em arquivo Word[®]. Para auxiliar na organização qualitativa dos dados, foi utilizado o *software NVivo 10*[®].

A coleta dos dados, ocorrida de janeiro de 2020 a outubro de 2021, iniciou com os profissionais de saúde do CTA/SAE do município, que formaram o primeiro grupo amostral, totalizando sete participantes (uma enfermeira, dois médicos, três técnicas de enfermagem e um farmacêutico). Somente uma técnica de enfermagem integrante da equipe recusou sua participação no estudo. A partir da análise dos dados desse grupo amostral, evidenciou-se a articulação do CTA/SAE com o serviço de APS, emergindo a hipótese de que a APS, porta de entrada preferencial do SUS, mesmo com o cuidado à PVHA centralizado no CTA/SAE, segue como serviço de referência às demandas de saúde, destacando-a como ponto fundamental no cuidado em rede à PVHA. Assim, o segundo grupo amostral foi composto por 10 profissionais da APS (quatro enfermeiras e seis médicos).

Da análise das entrevistas do segundo grupo amostral, destacaram-se os serviços de urgência e emergência e atenção hospitalar, levando à hipótese de que mediante a ocorrência de situações agudas relacionadas ao HIV há necessidade de pontos da rede com maior grau de complexidade, então, a fim de revelar como esses serviços atuam e interferem no cuidado à PVHA. Assim, o último grupo amostral foi contemplado com profissionais dos serviços de média e alta complexidade, divididos entre a UPA 24h e o hospital de referência em infectologia da região (oito enfermeiras, quatro médicos e uma técnica de enfermagem). A coleta de dados finalizou com o total de 30 participantes.

Na TFD ocorre a saturação teórica dos dados, quando as informações trazidas pelos informantes da pesquisa já não trazem mais elementos relevantes para o fenômeno

e há a consistência das categorias em suas propriedades e dimensões (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Todos os grupos amostrais seguiram o critério de inclusão de trabalhar no setor há pelo menos seis meses e prestar assistência direta à população com HIV/aids neste serviço.

A análise dos dados ocorreu de forma comparativa e concomitante à coleta de dados, conforme orienta o método adotado, em três etapas interdependentes. Na primeira etapa, chamada de codificação aberta, os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões descobertas, agrupando fatos e acontecimentos similares sob uma classificação comum. Na codificação axial, as categorias relacionam-se às subcategorias, estreitando as relações e interações sobre o fenômeno. No processo final, chamado de integração, as categorias articulam-se em torno de uma categoria central, reduzindo e aprimorando a teoria (CORBIN; STRAUSS, 2015), ou fenômeno que, neste estudo intitulou-se **“Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids em suas múltiplas dimensões, ancorada nas Redes de Atenção à Saúde hierarquizadas e interdisciplinares”**.

O fenômeno é ainda sustentado por três categorias: I) condições, que corresponde às razões dadas pelos participantes para às suas reações a determinados acontecimentos; II) ações-interações, que corresponde às respostas expressas pelas pessoas ou grupos às situações problemáticas ocorridas em seu contexto; e III) consequências, que se refere aos resultados previstos ou reais das ações e interações (CORBIN; STRAUSS, 2015). Em razão da relevância do componente “condições” optou-se por ampliar e aprofundar a discussão acerca dessa categoria no presente manuscrito.

O presente estudo respeitou os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos, Resolução n. 466/2012 e n.510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob parecer n. 3.777.768. Os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo, metodologia e aspectos éticos da pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado em duas vias e tiveram assegurada sua privacidade e preservação da identidade, com seus nomes substituídos pela letra E (Entrevista), seguido do número de ordem de realização da entrevista (E1, E2, E3...) e G (Grupo) referente ao grupo amostral correspondente (G1, G2, G3).

RESULTADOS

Os resultados aqui expostos derivam do processo analítico da categoria “Condições” e leva o título “Conhecendo a pessoa que vive com HIV/aids para ocorrer a integralidade do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde”. Essa categoria é ancorada por três subcategorias, sendo a primeira delas “Conhecendo e contextualizando a PVHA na RAS”, na qual os participantes discorrem sobre as múltiplas características e interpretações dessas pessoas pelos olhos dos profissionais que as acompanham.

A PVHA é vista, de maneira geral, como um paciente “comum” ou “genérico” na rede, que possui condição crônica de saúde e, portanto, não o diferiria de outros pacientes com outras comorbidades, especialmente quando se apresenta em serviços de saúde como UBS e UPA 24h, que não possuem suas ações especificamente voltados ao HIV/aids.

(...) alguns (PVHA) vão lá (na UBS) simplesmente para levar requisição para agendar exame de sangue de rotina, pegar medicação. Mas daí se apresenta como um paciente comum (...) claro, não precisa se expor como paciente do SAE, do CTA, mas eu digo, às vezes para ele passar numa consulta, é necessário expor alguma situação para contextualizar uma intercorrência, alguma coisa que está acontecendo.... Mas se não, ele prefere não se expor. (E01G1)

Eu sempre tive uma visão do paciente com HIV/aids como paciente crônico (E28G3)

Embora haja uma defesa dos profissionais quanto à visão da PVHA sem distinção das demais pessoas com doenças crônicas ou outras comorbidades, houve destaque de alguns participantes do estudo de que essa pessoa apresenta mais fragilidades em aspectos sociais e emocionais, enfrentando estigmas e preconceitos externos, vindos de outras pessoas, mas também internos, de si mesmo e da dificuldade na aceitação do diagnóstico.

Eu acho que são pacientes bastante fragilizados em alguns aspectos. Na maioria das vezes, se coloca ali que há uma fragilidade mais emocional e depois econômica (E002G1)

(...) existe muito estigma, né? É como um paciente com câncer “tá fadado a morrer”. Antigamente era assim, pegava HIV e morria, né? (E16G2)

No cenário pesquisado, a PVHA tem seu cuidado centralizado no serviço de atenção especializada, o CTA/SAE do município, quando há necessidade de assistência profissional por outras comorbidades ou demandas agudas, que não relacionadas ao HIV, essas pessoas procuram os serviços da UBS e/ou da UPA 24h. Entretanto, muitos destes pacientes não se identificam como PVHA se não forem questionados ou ainda, há casos em que mesmo quando questionado, há negação da existência de uma doença prévia ou tratamento de uso contínuo. Desse modo, muitos profissionais relataram conhecer o

diagnóstico a PVHA através dos registros em prontuário eletrônico, pois as informações dos setores de média complexidade e atenção primária são cruzadas no mesmo sistema.

Acontece muito assim, como a gente acaba não conhecendo muito esses pacientes porque eles acompanham lá (CTA/SAE), só acaba descobrindo na hora que vai abrir o prontuário. (E009G1)

Esses relatos suscitaram, nos profissionais de saúde, reflexões e indagações acerca dos sentimentos das PVHA quanto à vergonha, medo, falta de confiança no profissional e receio de quebra de sigilo no serviço não especializado, principalmente na UBS, que fica localizada próxima à sua residência e, por vezes, pode contar com algum conhecido próximo trabalhando dentro do estabelecimento.

Às vezes, o paciente fica um pouco mais desconfortável. Tem paciente que demora para falar, que pergunta de comorbidades eles não falam, aí tu descobres depois (...), mas eu acho que é mais coisa da vergonha, do preconceito que parte mais deles assim, esse receio, acho. (E17G2)

A segunda subcategoria “Acolhendo e integrando a PVHA na RAS” revela as diferentes formas que essa pessoa chega na rede e é acolhida pelos profissionais nos diferentes pontos da rede: CTA/SAE, UBS, UPA 24h e hospital de referência em infectologia. No CTA/SAE e, para dar início ao acompanhamento com infectologista é condicionado que haja o encaminhamento para especialidade “infectologia geral” para ser inserido no Sistema de Regulação (SISREG) e, esse encaminhamento, pode vir do próprio setor quando o diagnóstico é dado ali ou de outro ponto da rede, quando a pessoa foi diagnosticada em outro setor. Ainda contextualizando a entrada dessa pessoa no CTA/SAE, ela pode também vir contrarreferenciada da alta complexidade ou de outro município, quando muda de endereço, por exemplo.

A forma que chega é por livre e espontânea vontade, através da rede ou de encaminhamento dos hospitais (...). Eles chegam primeiro, ou por campanha para fazer o teste rápido, ou através da UBS, fizeram o exame lá e acabam sendo encaminhados. (E002G2)

Na atenção primária, além da procura por teste rápido, que identifica uma nova PVHA, há também relato de acompanhamento da PVHA através de visita domiciliar, uma das demandas que fazem parte da rotina da UBS, em casos onde esta se encontra domiciliada/acamada em decorrência da complicação do seu diagnóstico, em estado de aids.

(...) acabou chegando na atenção básica quando esse paciente está em fase de visita domiciliar porque não consegue levantar da cama (...) então ele já estava numa situação lamentável, já não saía mais da cama (...) e aí nessa situação que a atenção básica chegou ao conhecimento. (E10G2)

No serviço de urgência e emergência da média complexidade, a UPA 24h, a procura da PVHA por este serviço se dá por queixa aguda, não necessariamente ligadas ao seu diagnóstico, e também por complicações relacionadas ao HIV, de maior gravidade e que requer maiores intervenções e até mesmo transferência para internação hospitalar.

A gente pegava bastante paciente HIV positivo ali (na UPA). Só que daí chegava para a gente o que era bem debilitado né. O que era bem crítico já. O paciente emagrecido, que já ia ser transferido para o hospital. (E16G2)

Já a alta complexidade, neste caso o hospital referência em infectologia da região, a PVHA é encaminhada de todo o estado para variadas formas de acompanhamento. Uma vez que o hospital é “porta fechada” todos os pacientes, para serem atendidos, devem ter sido encaminhados de algum ponto da rede, seja para internação, necessidade de terapia medicamentosa através do Hospital Dia ou para acompanhamento ambulatorial com infectologias nos casos em que não há vagas ou especialista no município de referência da PVHA. Ressalta-se que todo encaminhamento ao hospital deve ser feito através de regulação estadual e regulação de leitos conforme informado pelos participantes.

O hospital não tem emergência, né? Então, a gente tem um núcleo de regulação que é regulado através da regulação da secretaria. Então, tudo que vem para o hospital, teoricamente, é via regulação. Então, está lá na emergência do Celso, é feita a regulação, vê se tem leito no hospital e eles internam para cá. (E28G3)

Evidenciou-se ainda, neste serviço, que a grande maioria dos casos em acompanhamento são de HIV/aids, principalmente casos de maior complexidade que demandam atenção especializada. Esses casos têm seu acompanhamento mantido e garantido até que a PVHA esteja clinicamente estável, bem adaptada à TARV, sem efeitos colaterais e com carga viral indetectável, para então ser contrarreferenciada ao seu município de origem ou referência local para acompanhamento do HIV.

A contrarreferência também ocorre nos casos em que a PVHA acompanha a nível ambulatorial. Considerando que o ambulatório do hospital possui uma capacidade limite de atendimento e sempre surgem novos casos que demanda atenção hospitalar, quando há possibilidade clínica de remanejamento a PVHA é encaminhada ao seu município de origem para que novas vagas possam ser abertas no hospital. Ainda, sempre que houver desestabilização do quadro clínico e necessidade de novamente ser acompanhada no ambulatório, a pessoa pode retornar com novo encaminhamento.

A última subcategoria “Revelando o conhecimento técnico e experiência prévia para tomada de decisão” enfatiza a importância do conhecimento técnico e experiência prévia, tanto na temática quanto na rede, para a prática profissional e tomada de decisão.

Atrelado a isso, evidenciou-se que o pouco contato com PVHA na rotina dos serviços não especializados e ausência de experiências anteriores influenciam as ações de cuidado e até provocam estranhamento acerca do assunto.

Eu acho que uma potencialidade do atendimento a esse paciente é quando você encontra um profissional que conhece, que tenha conhecimento sobre o assunto e realmente tente ter esse olhar qualificado e o cuidado qualificado para esse paciente (E20G3)

O que eu sinto dificuldade é justamente por ter pouco contato com esses pacientes (...) acho que é justamente isso, por ser um tema tão pouco corriqueiro e tão estranho assim da nossa rotina. (E09G2)

Ainda ao encontro das falas supracitadas, os participantes perceberam pré-conceitos nas práticas dos colegas justificadas pela falta de preparo para lidar com algo considerado, de certa forma desconhecido.

DISCUSSÃO

Os achados do estudo revelaram o aspecto crônico do viver com HIV/aids, ainda marcado por estigma, preconceito e, muitas vezes, situações de fragilidade e vulnerabilidade. Estudos brasileiros identificaram que o estigma e o preconceito se fazem presentes, mesmo de forma não explícita, nas falas dos profissionais e usuários dos sistemas de saúde (GARBIN et al, 2017; EW et al, 2018).

Tais enfrentamentos vivenciados pelas PVHA em decorrência de pensamentos e atitudes que demonstram preconceito são influenciados e influenciam na sua própria aceitação do diagnóstico e da condição crônica de viver com HIV, de modo que, ao percorrer os diferentes pontos da rede, é identificada como “paciente comum”, uma vez que não se sente à vontade para se identificar como PVHIV.

Essa dificuldade de identificação está relacionada ao medo de quebra do sigilo e revelação do seu diagnóstico em um serviço de saúde próximo a sua residência, como a UBS, onde há pessoas conhecidas, vizinhos, familiares ou até mesmo conhecem pessoalmente profissionais que trabalham no serviço. Assim, muitas vezes a PVHA opta por não buscar atendimento na UBS mais próxima de sua casa, preferindo manter seu cuidado no serviço especializado, mais longe de sua moradia (COLAÇO et al, 2019).

Conhecer a PVHA e ter ciência do seu diagnóstico são condições relevantes para a atuação profissional e, nesse ponto, os sistemas de informação se mostraram grandes aliados, uma vez que a interligação do sistema de prontuário eletrônico possibilita a comunicação entre os diferentes pontos da rede. O uso de tecnologia como o prontuário

eletrônico possibilita o registro, disponibilidade, transferência e apropriação das informações de saúde dos indivíduos para o planejamento e conduta das ações de cuidado (MAGNABOSCO et al, 2018).

Uma vez inserida no sistema de saúde, a PVHA percorre toda a rede de acordo com suas necessidades de atenção. Corroborando aos achados de um estudo descrito exploratório realizado em um SAE de Ribeirão Preto, São Paulo, o CTA/SAE do município é o ponto da rede onde se concentra a maior oferta de equipe multiprofissional para acompanhamento e tratamento da PVHA e, mediante a necessidade de atenção por outro profissional que não integre esta equipe, a PVHA é encaminhada a outro ponto da rede (RIBEIRO et al, 2020). Do mesmo modo ocorreu no cenário de estudo desta pesquisa.

Ainda, a PVHA pode chegar até o serviço especializado após encaminhamento de outro ponto da rede, como a APS, por exemplo, que desempenha papel importante na testagem rápida anti-HIV (GUEDES et al, 2021) e acaba por revelar um novo diagnóstico. No tocante aos serviços de atenção primária, destacam-se ainda as tecnologias de cuidado presentes na própria APS, as quais os profissionais de saúde fazem uso para suas ações de cuidado, como consulta individual, visita domiciliar, vínculo, longitudinalidade, busca ativa e, também, atenção multiprofissional (COLAÇO et al, 2019).

Seguindo a lógica da hierarquização na rede, em situações em que há necessidade de maior intervenção à saúde, como urgências e outras especialidades, de maior complexidade que a APS, porém menor complexidade do que a nível hospitalar, a PVHA encontra na UPA 24h outra porta de entrada, como identificado nos achados deste estudo. As UPA operam durante sete dias da semana, 24 horas por dia, no intento de descentralizar os atendimentos de urgência de menor complexidade dos prontos-socorros das unidades hospitalares, evitando ainda, se possível, a necessidade de internações (PINTO; STOCKER; LIMA, 2019).

No entanto, a depender do quadro clínico apresentado, a necessidade de transferência ao serviço de alta complexidade pode ser inevitável. Nesse sentido, um estudo retrospectivo que analisou o perfil epidemiológico das internações por HIV no Brasil, no período de 2010 e 2019, revelou que apesar de vir apresentando redução nos índices de internações por HIV desde 2013, os custos gerados por essas internações ainda são altos para o país, requerendo o aumento dos esforços através de políticas públicas para manutenção e controle dos agravos causados pela doença (SANTOS et al, 2020).

Para além da atuação nas internações, o hospital de referência em infectologia da região estudada conta também com o serviço de assistência ambulatorial especializada, no qual são acompanhadas as PVHA, em sua maioria com maior grau de complexidade. Nesse ponto, há que se atentar e refletir acerca da “ocidentalização da ciência”, mencionada pelo pensador Edgar Morin, na qual ocorre a simplificação a partir da fragmentação do ser para conhecê-lo, acontecendo então a “hiperespecialização”, que se lança como um problema ao passo em que impossibilita a verdadeira compreensão do todo e das partes em suas conexões e interações (MORIN, 2017).

Considerando que o caráter crônico da infecção pelo HIV configura um acompanhamento de saúde longitudinal e que novos casos estão constantemente emergindo, fez-se necessária a reformulação dos serviços de saúde para acolher essas demandas, com a estruturação e implantação da sua linha de cuidado.

O Ministério da Saúde propôs a reorganização do modelo de atenção à saúde das PVHIV com a descentralização para a APS, considerando a cronicidade da doença, o aumento no número de casos e a simplificação do esquema da TARV (BRASIL, 2015). Estudo realizado em Florianópolis discutiu sobre a reorganização do atendimento às PVHIV na APS do município e destacou a importância de uma rede estruturada, gestão qualificada e investimentos em qualificação profissional para o êxito dessa experiência (PINTO; CAPELETTI, 2019).

Nesse ponto, profissionais de saúde qualificados, com domínio da temática e experiência em campo conferem uma assistência de qualidade com menores barreiras e desafios na sua prática. Ainda, referente à capacitação profissional, esta se apresenta como alicerce para a descentralização do cuidado às PVHA, garantindo atualização, habilitação e sensibilização profissional para a integralidade do cuidado ao HIV na rede (LIMA et al, 2021).

Múltiplos são os contextos aos quais a PVHA está inserida, ao mesmo tempo em que influencia e sofre influência desses cenários. Assim, para verdadeiramente conhecer a PVHA e os problemas vivenciados, estes precisam ser compreendidos dentro de seus contextos, incluindo o meio ambiente, que, ao mesmo tempo em que é externo, também o integra (MORIN, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a PVHA e os contextos aos quais ela está inserida são fundamentais para a efetivação da integralidade do cuidado. A PVHA é conhecida na rede, pelos

profissionais de saúde, como uma pessoa que vive com uma doença crônica, que não se difere das demais em relação à sua condição crônica, porém apresenta particularidades inerentes a esta, uma vez que viver com HIV ainda traz estigma, preconceitos, dificuldade na aceitação do diagnóstico, medos e anseios.

A PVHA é vista pelos profissionais de saúde de forma múltipla e, do mesmo modo, a RAS oferece múltiplas formas e possibilidades de cuidado, em seus diferentes pontos nos serviços de saúde, respeitando o princípio de hierarquização e capacidade resolutiva às demandas de saúde apresentadas. Ainda, além de conhecer a PVHA e as RAS, o conhecimento e experiência prévia do profissional que presta o cuidado acerca da temática do HIV/aids implicam diretamente na qualidade do cuidado e representam um fator condicionante para uma assistência de qualidade com vistas à integralidade do cuidado à PVHA nas RAS.

Sugere-se a ampliar o conhecimento acerca da temática com estudos que abordem a perspectiva da PVHA, suas experiências e satisfações com o cuidado prestado pelos profissionais na rede.

REFERÊNCIAS

ATAIDE, E. C.; REIS JUNIOR, L. P. Modos de enfrentamento do HIV/Aids: direitos humanos, vulnerabilidades e assistência à saúde. **Revista do NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity**. Belém, v. 11, n. 1, p. 178-193, 2019.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica - Manual para a equipe multiprofissional. 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

COLAÇO, A. D. *et al.* O cuidado à pessoa que vive com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, n. 20170339, p. 1-14, set. 2019.

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

COUTINHO, M. F. C.; O'DWYER G.; FROSSARD, V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde Em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 148-161, 2018.

EW, R. A. S. *et al.* ESTIGMA E TESTE RÁPIDO NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l], v. 3, n. 31, p. 1-11, ago. 2018.

GARBIN, C. A. S. *et al.* O estigma de usuários do sistema público de saúde brasileiro em relação a indivíduos HIV positivo. **Dst - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, [s. l], v. 1, n. 29, p. 12-16, set. 2017.

GUEDES, H. C. S. *et al.* Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1-8, jun. 2020.

JESUS, G. J. *et al.* Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida **Acta Paulista Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 301–307, 2017

LIMA, M. C. L. *et al.* Aspectos diagnósticos e capacitações em serviço na descentralização do atendimento às pessoas vivendo com HIV. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, n. 20210065, p. 1-8, ago. 2021.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2017

OPAS - Organização Pan-Americana Da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: Contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 113p

PINTO, V. M.; CAPELETTI, N. M. Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: A experiência do município de Florianópolis/SC. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 14, p. 1-8, dez. 2019.

PINTO, R. S.; STOCKER, T.; LIMA, T. M. O papel das unidades de pronto atendimento: análise do desempenho da primeira UPA do município de Pelotas-RS. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [s. l], v. 8, n. 2, p. 127-136, jun. 2019.

SANTOS, A. C. F. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes internados por HIV no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l], n. 48, p. 1-9, maio 2020.

VILLELA W. V.; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 87–96, 2017

WHO - World Health Organization. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global Aids Update 2018. Miles to go: closing gaps, breaking barriers, righting injustices. 2018. 268p

6.4.3 Manuscrito 3 – Ações e interações dos profissionais de saúde no cuidado à pessoa que vive com HIV/aids na perspectiva da integralidade

Resumo

Objetivo: Compreender as ações e interações dos profissionais de saúde no cuidado à pessoa que vive com HIV/aids na rede de atenção à saúde de um município ao Sul do Brasil. **Método:** estudo qualitativo com abordagem metodológica da Teoria Fundamentada nos Dados, que contou com a participação de 30 profissionais de saúde de um município ao sul do Brasil, divididos em três grupos amostrais. Os dados foram coletados entre janeiro de 2020 a outubro de 2021. Trata-se de um recorte do componente “Ações-interações” da tese de doutorado “Integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids: significados para os profissionais e saúde”. **Resultados:** O componente de ações-interações “Significando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids considerando sua totalidade e a necessidade de redes interdisciplinares” ramifica-se em cinco subcategorias: 1) Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids de forma complexa em seus múltiplos aspectos na rede; 2) Encaminhando a pessoa que vive com HIV/aids de acordo com sua necessidade e hierarquização da rede; 3) Efetuando o cuidado à pessoa que vive com HIV/aids na rede pelos seus múltiplos profissionais; 4) Destacando a falta de suporte como profissionais, estrutura e capacitação como aspectos interventores para a integralidade do cuidado e 5) Evidenciando a falha na adesão ao tratamento como principal dificultador para o cuidado. **Conclusão:** As ações e interações na prática dos profissionais são voltadas à integralidade do cuidado, permeada por fatores facilitadores e dificultadores.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Integralidade em Saúde; Níveis de Atenção à Saúde; Atenção à Saúde;

INTRODUÇÃO

A integralidade é um princípio constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) e compreende a atenção à saúde dos indivíduos em todo o seu contexto biológico, cultural e social, articulando um conjunto de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade do SUS, assegurando uma atuação intersetorial em saúde (FRACOLLI et al 2011; BRASIL, 2019c; PEDUZZI; SILVA; LEONELLO, 2018).

O termo “integralidade” não aparece descrito explicitamente na Constituição Federal de 1988, aparece como “atendimento integral”, com a definição de priorização das atividades preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais. Mattos (2006), estudioso do princípio da integralidade traz uma reflexão de que a proposta governamental em resposta à epidemia da aids é um exemplo, no contexto nacional, do princípio da integralidade trazido na Constituição, pois envolve tanto a concepção

preventiva quanto a assistencial. À época, as recomendações internacionais, incluindo o Banco Mundial, incentivavam maiores esforços na oferta de medidas preventivas, consideradas altamente eficazes em termos de custo-benefício, desatendendo à oferta de medicamentos antirretrovirais (ARV). O governo brasileiro, no entanto, assumiu o compromisso de distribuir, gratuitamente, o tratamento antirretroviral (TARV) às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), ancorando-se no princípio da integralidade de desenvolver uma medida assistencial sem prejuízo às práticas preventivas (MATTOS, 2006).

O contexto do HIV/aids representa ainda um problema de saúde a nível mundial. Segundo dados do *United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), programa criado pelas Nações Unidas para o combate à aids, estima-se que, até o final de 2018, cerca de 37,7 milhões de pessoas viviam com HIV no mundo e 1,5 milhão de novas pessoas foram infectadas pelo vírus (UNAIDS, 2022).

Viver com HIV tornou-se possível com o avanço terapêutico, através da terapia antirretroviral, transmutando a visão da infecção pelo HIV como certeza de uma doença fatal para uma condição de saúde crônica. Nesse sentido, a atenção à saúde da PVHA deve considerar suas necessidades e expectativas individuais e coletivas, em uma perspectiva de cuidado integral que a acolha sem discriminação, estimule o autocuidado, facilite a adesão ao tratamento e reduza a mortalidade pela doença (JESUS, 2017; BRASIL, 2017).

A cronicidade da aids e a impossibilidade de reversão da infecção pelo HIV requerem atenção profissional sob a ótica de um cuidado longitudinal e integral, considerando-a para além dos sintomas físicos da doença/infecção, disponibilizando diferentes pontos de atenção à saúde de acordo com a sua demanda, exigindo do serviço de saúde um suporte amplo e efetivo. Os serviços de saúde estruturados em rede devem ocorrer através de uma organização ampliada que atenda às demandas e necessidades dos indivíduos, ofertando cuidados preventivos e curativos, com acesso a toda população (UNASUS, 2016).

Importa ainda levantar reflexões e repensar o modo como as ações de cuidado têm sido projetadas e desenvolvidas no campo da saúde, tendo em vista que a estruturação das redes de saúde, na prática, ainda valoriza saberes e práticas biomédicas. Assim, os serviços de saúde precisam se fortalecer como produtores de um cuidado multiprofissional, interdisciplinar, integral e longitudinal, articulado em rede, com foco em ações usuário-centradas (ASSIS et al, 2015).

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo “compreender as ações e interações dos profissionais de saúde no cuidado à pessoa que vive com HIV/aids na rede de atenção à saúde de um município ao Sul do Brasil. ”

MÉTODOS

Pesquisa de caráter qualitativo cujo referencial metodológico adotado foi a perspectiva *straussiana* da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que possibilita a construção de uma teoria a partir de um conjunto de ideias que explicam minuciosamente sobre as pessoas e suas relações e interações no contexto ao qual estão inseridas (CORBIN; STRAUSS, 2015).

O local de estudo foi a rede de saúde de um município da Grande Florianópolis, sendo a coleta dos dados realizada através de entrevistas abertas e não estruturadas realizadas entre janeiro de 2020 a outubro de 2021. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa através de contato telefônico para agendamento do local e horário para a entrevista. Algumas destas tiveram que ser realizadas de modo remoto, através da plataforma *Google Meet*, em razão da pandemia da COVID-19. Todas as entrevistas foram áudio-gravadas com auxílio de aplicativo de aparelho celular e posteriormente transcritas para a análise. O *software* NVivo 10[®] foi utilizado para auxiliar na organização dos dados.

O primeiro grupo amostral foi composto por sete os profissionais de saúde do CTA/SAE do município, dentre eles uma enfermeira, dois médicos, três técnicas de enfermagem e um farmacêutico. Uma técnica de enfermagem não aceitou participar do estudo. A análise das entrevistas desse primeiro grupo destacou a articulação do CTA/SAE com o serviço de APS, revelando a hipótese de que a APS, porta de entrada preferencial do SUS, segue como serviço de referência às demandas de saúde, mesmo com o cuidado à PVHA centralizado no CTA/SAE, destacando-a como ponto da rede fundamental para o cuidado à PVHA. Assim, o segundo grupo amostral foi composto por 10 profissionais da APS, dentre os quais, quatro eram enfermeiras e seis médicos.

A análise das entrevistas do segundo grupo destacaram-se outros pontos da RAS no cuidado à PVHA, como os serviços de média e alta complexidade, levando à hipótese de que mediante situações agudas relacionadas ao HIV há necessidade de se buscar por pontos da rede de maior complexidade, assim, a fim de revelar como esses cenários atuam e influenciam no cuidado à PVHA, o terceiro grupo amostral foi formado por 13

profissionais, divididos entre a UPA 24h e o hospital de referência em infectologia da região, sendo oito enfermeiras, quatro médicos e uma técnica de enfermagem.

A saturação teórica dos dados se deu com 30 participantes, quando não mais havia informações relevantes para alterar o fenômeno e as categorias estavam consistentes em suas propriedades e dimensões (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Os três grupos amostrais tiveram o mesmo critério de inclusão: trabalhar no setor há pelo menos seis meses e prestar assistência direta à população com HIV/aids neste serviço.

A análise dos dados ocorreu de forma comparativa e concomitante à coleta de dados, conforme orienta o método adotado, em três etapas interdependentes, codificação aberta, codificação axial e integração (CORBIN; STRAUSS, 2015). Desta última desvelou-se o fenômeno do estudo, também considerada categoria central **“Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids em suas múltiplas dimensões, ancorada em uma rede de atenção à saúde hierarquizada e interdisciplinar”**, ancorada em três categorias:

I) condições “Conhecendo a pessoa que vive com HIV/aids para ocorrer a integralidade do cuidado na rede de atenção à saúde”;

II) ações-interações “Significando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids considerando sua totalidade e a necessidade de redes interdisciplinares”;

III) consequências “Efetivando o cuidado a partir de uma assistência humanizada, de qualidade e com vínculo”.

Considerando a relevância e magnitude que a categoria de “ações-interações” apresentou para o fenômeno, optou-se por apresentar e discuti-la minuciosamente em manuscrito específico.

Os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos foram respeitados, fundamentados na Resolução n. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo a pesquisa submetida e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos sob parecer n. 3.777.768.

Os participantes foram esclarecidos quanto à pesquisa e seus aspectos éticos, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado em duas vias. Para garantia de anonimato e preservação da identidade, seus nomes foram substituídos pela letra E (Entrevista), seguido do número de ordem de realização da entrevista (E1, E2, E3...) e G (Grupo) referente ao grupo amostral correspondente (G1, G2, G3).

RESULTADOS

O componente “Ações-interações” recebe o título “Significando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids considerando sua totalidade e a necessidade de redes interdisciplinares” e está subdividido em cinco subcategorias.

Quadro 6. Divisão de categoria e subcategorias do manuscrito 3.

Significando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids considerando sua totalidade e a necessidade de redes interdisciplinares				
Revelando a integralidade do cuidado à PVHA de forma complexa em seus múltiplos aspectos na RAS	Encaminhando a PVHA de acordo com sua necessidade de cuidado e hierarquização da rede de atenção	Efetuando o cuidado à PVHA na rede pelos seus múltiplos profissionais	Destacando a falta de suporte como profissionais, estrutura e capacitação como aspectos interventores para a integralidade do cuidado	Evidenciando a falha na adesão ao tratamento como principal dificultador para o cuidado integral

Fonte: elaborado pela autora

A primeira subcategoria “Revelando a integralidade do cuidado à PVHA de forma complexa em seus múltiplos aspectos na RAS” revela a integralidade para a visão da pessoa como um todo, um ser completo, não fragmentado, visto além do diagnóstico, integrando outras patologias e também aspectos sociais e emocionais da PVHA. Destaca ainda a importância de integrar todo o sistema de saúde com a articulação dos diferentes pontos da rede, cada qual com seu foco e capacidade resolutiva.

Ainda, para efetiva garantia dessa integralidade, os participantes do estudo ressaltaram a necessidade de múltiplos profissionais, com distintos saberes, que atuem de forma interdisciplinar em ações de cuidado à PVHA que vão do diagnóstico ao tratamento e seguimento na rede.

A integralidade pelo que eu conheço, pelo conhecimento que a gente tem você tem o cuidado desde quando a pessoa faz os primeiros exames, descobre que tem HIV, até o fim da vida dela, é uma extensão de todo o cuidado, então são várias fases. (E07G1)

(...) eu acho que envolve isso, desde uma orientação com relação à medicação, como deve tomar, até escutar quando o paciente precisa desabafar, contar que está triste, tirar alguma dúvida. (E13G2)

(...) o atendimento à PVHA permeia uma série de questões que não só médicas. Então ele tem que ter o atendimento do serviço social, o atendimento psicológico, o atendimento muitas vezes psiquiátrico, dependendo do caso (E30G3)

No entanto, alguns profissionais encontram barreiras para a efetivação da integralidade desse cuidado, uma vez que identificam uma fragmentação do cuidado integral à pessoa já que o cuidado ao HIV se concentra em um serviço especializado, enquanto as demais situações de saúde, não atreladas ao HIV, ficam à cargo dos serviços de atenção primária e também de urgência e emergência.

Eu acho que nesses casos específicos do HIV a gente não consegue por completo esse atendimento integral porque tem essa fragmentação, o que o especialista cuida e o que a atenção básica cuida. (E10G2)

Os participantes relataram ainda que no setor de urgência e emergência, como a UPA 24h, a barreira para a integralidade do cuidado ficou ainda mais evidente. A característica deste setor abarca uma alta demanda de serviços e falta de tempo, devido a necessidade de resposta rápida, para uma assistência que olhe a PVHA para além da queixa pontual trazida na classificação de risco ou dentro do consultório.

A segunda subcategoria “Encaminhando a PVHA de acordo com sua necessidade e hierarquização da rede” discorre sobre o caminhar da PVHA na rede, respeitando-se os níveis de complexidade e hierarquização. A PVHA mantém seu acompanhamento de rotina e tratamento no CTA/SAE e quando há necessidade de acompanhamento de outras comorbidades, renovação de receitas de uso contínuo (que não a TARV), por exemplo, ou quaisquer outras demandas não relacionadas ao HIV, a UBS continua sendo sua referência e porta de entrada preferencial da rede. Nos casos em que há quadro clínico de maior gravidade por complicação da infecção pelo HIV, a PVHA é encaminhada para a alta complexidade, através de contato prévio, geralmente feito por telefone.

A gente transfere paciente que está com alguma outra coisa agudizada (...) então a gente transfere muito para o hospital, que já é uma unidade de referência (...) a gente contata via telefone (...) explica a situação, solicita vaga e encaminha. (E18G3)

Referente à comunicação entre os pontos da rede, quando a PVHA é contrarreferenciada da alta complexidade, após alta hospitalar, geralmente é feita carta de contrarreferência e entregue também sumário de alta. Ainda, dependendo do profissional, é feito também contato telefônico para informar sobre a alta do paciente.

Em contrapartida, foi relatado também, pelos participantes, que há falhas nessa comunicação entre os pontos e falta de integração entre as equipes. A comunicação existe,

porém, é falha e por diversas vezes são feitos encaminhamentos inadequados e com dados clínicos insuficientes.

A terceira subcategoria, intitulada “Efetuando o cuidado à PVHA na rede pelos seus múltiplos profissionais” identifica os papéis de cada profissional de saúde no cuidado à PVHA, de maneira individual no que é inerente à cada profissão e coletiva nas ações que se complementam e requerem interdisciplinaridade. Ainda, o trabalho em equipe se destaca como potencializador para a integralidade do cuidado à PVHA na rede, uma vez que é através de uma visão multi e interdisciplinar que resolve as necessidades do processo saúde-doença das pessoas.

No que se refere ao trabalho do profissional de forma individual, destacou-se o papel do enfermeiro na dupla função assistencial e gerencial, tendo em vista que também são responsáveis pela coordenação do serviço onde atuam e, por conta das inúmeras demandas administrativas incumbidas a esse profissional, sua atuação assistencial fica comprometida. Um exemplo narrado pelos participantes foram as consultas de enfermagem no ambulatório do hospital, que são realizadas de forma complementar à consulta médica apenas em situações que há necessidade de reorientação do paciente quanto à adesão ao tratamento.

(...) a gente só faz (a consulta de enfermagem) depois da consulta médica se o médico achar que ele (paciente) precisa de uma orientação mais complementar, porque a gente não tem perna para fazer tudo. (E26G3)

(...) eu não vou dizer que você que sempre é feita a consulta, tá? Aqui a gente tem outros atendimentos no ambulatório, então, às vezes a gente não consegue, mas quando a gente consegue geralmente a gente foca na questão da medicação, na adesão da medicação (E27G3)

Neste sentido, emergiu a necessidade de fortalecimento do enfermeiro no cuidado à PVHA, especialmente no tocante à área assistencial, para batalhar e reconquistar um espaço como parte essencial e também resolutiva da equipe. A importância da avaliação dos aspectos referentes à adesão e reforço nas orientações e cuidados é ponto chave para a qualidade e integralidade do cuidado a todas as PVHA, não somente as que possuem dificuldades na adesão.

A terceira subcategoria “Destacando a falta de suporte como profissionais, estrutura e capacitação como aspectos interventores para a integralidade do cuidado” lança as principais situações problemáticas enfrentadas pelos profissionais de saúde. No que se refere a parte de recursos humanos, a alta rotatividade de profissionais no serviço dificulta a formação de vínculo, continuidade do cuidado em rede e qualidade do serviço prestado. Ainda, se destacou também o número restrito de profissionais para atendimento

nos setores e escassez de equipe multiprofissional para garantia de um cuidado interdisciplinar na rede.

O grande problema eu penso que seria o número limitado de funcionários (...) precisaria ter um enfermeiro assistencial e um para gerir o trabalho, porque fazer as duas coisas junto é muito complicado. (E26G3)

(...) atualmente é baseado em consulta médica. A equipe multiprofissional que deveria de ter atuação ali dentro, que é o psicólogo, o nutricionista, o fisioterapeuta, fono, não estão ali dentro. (E28G3)

Somado a isso, a ausência de fluxogramas e protocolos bem estabelecidos acarretam no enfraquecimento da rede, com a falta de conhecimento e esclarecimento dos profissionais acerca das possibilidades de tratamento, encaminhamentos e dispositivos de auxílio na rede. Os profissionais sentem falta de capacitações e momentos de integração na rede com a discussão de casos clínicos que possibilitem o esclarecimento do que compete à cada ponto da rede.

Por fim, a última subcategoria “Evidenciando a falha na adesão ao tratamento como principal dificultador para o cuidado” revela a preocupação dos profissionais com o abandono do tratamento que, mesmo com medicamentos eficazes e maiores informações nos dias atuais, ainda há pacientes que deixam de comparecer às consultas, falham na retirada da TARV e chegam ao estado de aids, está última sendo referida pelos participantes como maior frustração no trabalho.

Na tentativa de superar essa barreira, foi adotada a estratégia de busca ativa das PVHA quando estas falham o acompanhamento e o tratamento. Os profissionais de saúde do próprio serviço especializado entram em contato através do telefone com essas pessoas, informando sobre o medicamento e solicitando comparecimento no serviço ou reagendando a consulta.

DISCUSSÃO

A integralidade carrega consigo uma complexidade de significados e interpretações que faz refletir as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais e as possibilidades dentro do sistema de saúde, de articular na rede os pontos necessários às demandas do indivíduo em sua totalidade, para garantia da continuidade e longitudinalidade do cuidado, aqui em específico da PVHA (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

No presente estudo, a integralidade foi vista como olhar para o todo do indivíduo, inserido em um contexto social, emocional, além do diagnóstico e do viver com HIV.

Esse conceito também foi elaborado em outro estudo que objetivou discutir os sentidos da integralidade para os profissionais de saúde, trazendo nesta uma visão integral do usuário no seu meio social, com dores, sofrimentos e vontades (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

Ainda ao encontro dos achados nesta pesquisa, em que os participantes relataram a importância de um olhar multiprofissional e interdisciplinar para um cuidado integral, um estudo descritivo que avaliou dados secundários do questionário padrão *Qualiaids*, ressaltou que serviços especializados, que contam com uma equipe multiprofissional para o acompanhamento de rotina das PVHIV, permite maior integralidade do cuidado a essa população (RIBEIRO et al, 2020)

No entanto, são encontrados também desafios que restringem e fragilizam a integralidade quando se identifica a fragmentação do cuidado ao HIV que é prestado no serviço especializado, enquanto outras demandas não relacionadas são atendidas nos outros pontos da rede. É comumente visto na sociedade a necessidade de simplificar e fragmentar os processos e fenômenos para sua compreensão, todavia, tal movimento de simplificação gera um reducionismo que fragmenta e distorce a realidade, ocasionando uma ilusão do que é real ao não conseguir reposicionar o fragmento ao seu contexto (MORIN, 2010).

Para Morin (2010), é aceitável fragmentar para conhecer quando esse reducionismo possibilita a compreensão das partes integrantes do todo, de modo a parte reduzida reposicione-se à sua complexidade original, assim, “fragmentar” o cuidado à PVHA nos diferentes pontos da rede, permite que esta caminhe por toda a RAS conforme necessidade pontual. Porém, uma vez que os encaminhamentos entre os pontos ocorrem, mas não há efetiva conversa entre os pares, a integralidade fica comprometida. Nesse sentido, a efetivação dos processos de referência e contrarreferência são instrumentos primordiais para a integralidade do cuidado (SOUZA et al, 2020).

Em pesquisa realizada em um SAE de Ribeirão Preto, São Paulo, que analisou a integração das ações e serviços de saúde na assistência às PVHA, os informantes indicaram satisfação com o processo de referência, através da guia de encaminhamento, porém a contrarreferência foi tida como insatisfatória, de modo a interferir na integração dos serviços e continuidade do cuidado (MAGNABOSCO, 2018).

Outro estudo, realizado na Bahia com 66 participantes, dentre eles profissionais, gestores e usuários, objetivou analisar o sistema de referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na RAS e definiu esse sistema como acompanhamento do

usuário, cuidado continuado, organização e articulação na rede. Ainda, há a correlação entre esse sistema e a integralidade do cuidado, uma vez que ambas trazem o conceito de visão ampliada, na ótica dos profissionais de saúde (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

Nesse ponto, cabe levantar a reflexão sobre a importância da integração e do diálogo entre os profissionais e serviços da rede como potencialidades para a continuidade do cuidado à PVHA na construção de um acompanhamento de saúde integral, que articule distintas especialidades, intervenções e práticas às demandas apresentadas (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021; MAGNABOSCO, 2018).

Do mesmo modo, o pensamento complexo proposto por Edgar Morin traz o pensar de forma global, contextualizado e integrado, compreendendo as partes que compõe o todo, bem como o todo que compõe as partes, negando o pensamento simplificador e reducionista. Ainda, os constantes movimentos de ações e interações na dinâmica relação entre os pares, concebem o ser humano em sua multidimensionalidade social, política, cultural, espiritual, organizacional e biológica (MORIN, 2015; MORIN, 2010).

A integração das equipes e interligação de seus saberes na assistência à PVHA é fundamental para integralidade do cuidado. O presente estudo destacou no profissional enfermeiro notória potencialidade para esse cuidado, no entanto seu papel assistencial parece estar, aos poucos, saindo de cena e abrindo cada vez mais espaço para as atribuições administrativas. É inerente ao profissional enfermeiro, em virtude de sua formação, a ocupação de espaços de gestão, seja na coordenação da equipe de enfermagem ou de todo o serviço onde atua (LEAL et al, 2019).

É uma prática comum nos serviços de saúde que o enfermeiro desempenhe simultaneamente suas funções assistenciais e gerenciais/administrativas, seja no ambiente hospitalar ou de APS, o que acaba acarretando em sobrecarga de trabalho (FERNANDES et al, 2019; LEAL et al, 2019) e pode resultar ainda no distanciamento da dimensão assistencial do seu trabalho.

Outro ponto levantado como dificultador para a integralidade do cuidado se refere ao suporte de recursos humanos. A carência de mão de obra qualificada somada à alta rotatividade de profissionais nos serviços dificulta a implantação e continuidade das práticas de cuidado, bem como a formação de vínculo (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

Ainda, estudo realizado em um centro de referência no cuidado à PVHA de um município de Santa Catarina indicou entre os aspectos dificultadores do cuidado o baixo

número de profissionais, em que a escassez de profissionais em todas as áreas compromete a atuação interdisciplinar e longitudinal, implicando ainda na qualidade e continuidade do cuidado que o serviço poderia oferecer (KNOLL et al, 2019).

A qualidade do cuidado também é avaliada pelo grau de adesão à TARV, que se mostrou no presente estudo como a principal preocupação dos profissionais e foco do cuidado. Estudos indicam que a relação positiva estabelecida entre profissional e PVHA, com vínculo e confiança refletem melhorias na adesão à TARV (PRIMEIRA et al, 2020 CALDAS et al, 2020; COSTA; MEIRELLES, 2019; COLAÇO et al, 2019).

Estudo qualitativo desenvolvido em um serviço de atenção especializada do município de Florianópolis com 12 adultos jovens identificou, dentre os fatores que influenciam a adesão à TARV, o enfrentamento do viver com HIV/aids, especialmente no início do tratamento, e a experiência dos efeitos adversos dos antirretrovirais (COSTA; MEIRELLES, 2019).

A adesão ao tratamento é um processo contínuo e complexo, no qual múltiplas dimensões estão atreladas, devendo ser compreendida e trabalhada pelos profissionais de saúde e gestores, na busca pela identificação dos seus fatores intervenientes e adoção de estratégias que os superem e garantam a qualidade de vida à PVHA (MENEZES et al, 2018; COSTA; MEIRELLES, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde destacaram a integralidade do cuidado à PVHA com um olhar voltado à totalidade da pessoa, facilitada quando há interdisciplinaridade em uma equipe multiprofissional atuante nos serviços. A PVHA percorre a rede de atenção à saúde com encaminhamentos de acordo com a necessidade de cuidado e a comunicação entre seus pontos ocorre, porém necessita de aprimoramentos, sob a ótica dos profissionais de saúde.

Esta última, por sua vez, apresenta ainda fragilidades no processo de referência e contrarreferência que devem ser superados, assim como a falta de profissionais e fluxos de atendimento. Somado à necessidade de superação dos fatores intervenientes elencados, os profissionais desenvolvem ações e interações para uma prática com vistas à integralidade do cuidado e melhorias na adesão ao tratamento, principal preocupação e foco das ações.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A. et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 333-338, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. As Redes de Atenção à Saúde. Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/smp/smpras>> Acesso em 8 jun. 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**: manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 56p.

CALDAS, C. M. *et al.* Atuação da equipe multiprofissional na assistência especializada em HIV/aids. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, n. 11, p. 3-12, abr. 2021.

COLAÇO, A. D. *et al.* O cuidado à pessoa que vive com HIV/aids na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, n. 20170339, p. 1-14, set. 2019.

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

COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S. Adesão ao tratamento dos adultos jovens vivendo com HIV/aids sob a ótica do pensamento complexo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, n. 20170016, p. 1-15, jan. 2018.

FERNANDES, J. C. *et al.* Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 22-35, dez. 2019.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011

JESUS, G. J. *et al.* Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 301–307, 2017

KNOLL, R. K. *et al.* Práticas de uma equipe multiprofissional para pessoas vivendo com HIV/aids: um estudo de caso em um município da Foz do Rio Itajaí-açu, Santa Catarina – Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [s. l], v. 48, n. 4, p. 2-15, dez. 2019.

LEAL, L. A. *et al.* Competências profissionais para enfermeiros hospitalares: uma análise documental. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [s. l], v. 9, n. 3249, p. 1-10, jun. 2019.

MAGNABOSCO, G. T. *et al.* Assistência ao HIV/aids: análise da integração de ações e serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 22, p. 1-7, maio 2018.

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

MENEZES, E. G. *et al.* Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/Aids. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 31, p. 299-304, maio 2018.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 13ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5ª edição. Porto Alegre: Sulina, 2015

OLIVEIRA, C. C. R.B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-23, jan. 2021.

PEDUZZI, M.; SILVA, J. A. M. da; LEONELLO, V. M. A formação dos profissionais de saúde para a integralidade do cuidado e a prática interprofissional. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. C. Educação, saúde e medicina: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares. São Paulo: Editora da Universidade Federal do Abc (Edufabc), 2018. p. 141-172.

PRIMEIRA, M. R. *et al.* Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 33, n. 20190141, p. 1-8, out. 2019.

RIBEIRO, T. C. *et al.* Qualidade e Monitoramento do Serviço Ambulatorial Especializado Oferecido às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 20, n. 40, p. 275-282, dez. 2020.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, [s. l], v. 62, n. 21, p. 1-12, set. 2017.

SOUZA, A. P. Estratégia Saúde da Família e a integralidade do cuidado: percepção dos profissionais. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l], v. 34, n. 34935, p. 1-10, abr. 2020.

UNAIDS. Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Estatísticas. Disponível em: < <https://unaid.org.br/estatisticas/> > Acesso em 10 jan. 2022

UNASUS - Universidade Aberta do SUS. Universidade Federal do Maranhão. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís, 2016, 57p

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-Aids 785 para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 785-809, fev. 2016.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou o objetivo proposto, pois possibilitou compreender os significados atribuídos à integralidade do cuidado à PVHA para os sujeitos envolvidos na RAS no contexto estudado. Ao iniciar a pesquisa, conforme estabelecido pelo referencial metodológico adotado, não era possível determinar quais sujeitos envolvidos nas RAS fariam parte do estudo, uma vez que eles seriam desvelados no caminhar da pesquisa. Assim, no transcorrer das etapas simultâneas de coleta e análise dos dados, emergiram os profissionais de saúde que prestam assistência à PVHA com destaque entre os diversos profissionais que atuam nas RAS.

Para o alcance desse objetivo, a escolha pela TFD como abordagem metodológica possibilitou uma compreensão ampla dos fenômenos e seus processos, assim como a articulação desta com a Teoria da Complexidade, de Edgar Morin, como referencial teórico-filosófico do estudo, permitindo uma interpretação global, interdisciplinar e multidimensional, relacionando as partes com o todo que envolve o viver com HIV/aids e melhor compreender a integralidade do cuidado nesse processo.

A tese inicialmente apresentada nesta pesquisa indica que uma atenção à saúde conformada em rede promove a integralidade do cuidado à PVHA, em ações multidimensionais e inter-relacionadas, conferindo maior qualidade de vida e superação de um modelo de atenção à saúde fragmentado. Os significados atribuídos pelos profissionais à integralidade do cuidado à PVHA vão ao encontro desta tese ao trazer as possibilidades que a assistência prestada pelas equipes multiprofissionais, de maneira interdisciplinar e em rede, contribui para que se efetive a integralidade do cuidado. No entanto, entraves como número reduzido de profissionais, necessidade de maior conhecimento técnico sobre HIV/aids e ausência de fluxo bem estabelecido para o cuidado à PVHA nas RAS, são vivenciados pelos profissionais para que a integralidade do cuidado ocorra plenamente nos sistemas de saúde.

Neste ponto, a implantação da linha de cuidado ao HIV no cenário estudado parece estar distante de se tornar uma realidade, haja vista a força do serviço especializado na centralização e manutenção do cuidado à PVHA neste ponto da rede. Ainda, a atenção básica carece de fortalecimento em estrutura de trabalho e recursos humanos, uma vez que a alta rotatividade de profissionais nesse cenário apresentou-se como importante entrave para continuidade das ações de cuidado.

Os dados deste estudo relevaram uma visão dos profissionais acerca da PVHA como um ser integral, considerando-a como um ser multidimensional, com interrelação entre os aspectos físico, biológico, psíquico, social e cultural na atenção em suas múltiplas necessidades. Nas RAS, a PVHA percorre todos os seus pontos, de acordo com suas demandas e capacidade de assistência/cuidado/resolução do serviço. Cada ponto das RAS desempenha seu papel, respeitando-se a hierarquização das densidades tecnológicas de cada serviço, de modo igualmente importante na rede. A atuação de equipes multiprofissionais, quando de maneira interdisciplinar, é capaz de superar uma visão redutora e fragmentada sobre a pessoa, possibilitando um cuidado à saúde integral e melhorias na qualidade de vida da PVHA.

Tais concepções são representadas pela teoria substantiva desta pesquisa que traz o fenômeno “Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids em suas múltiplas dimensões, ancorada nas Redes de Atenção à Saúde hierarquizadas e interdisciplinares”, sustentado por três categorias interdependentes relacionadas aos componentes de condições, ações-interações e consequências do modelo paradigmático do método de estudo.

A integralidade do cuidado à PVHA é complexa em seus múltiplos aspectos nas RAS e, com o cuidado ao HIV centralizado no serviço especializado do cenário aqui estudado, ocorreram também sentimentos e sentidos distintos relacionados à integralidade nos diferentes pontos da rede. É certo que seus pontos são complementares e interdependentes no cuidado à PVHA, porém o que distingue cada serviço suscita também diferentes realidades para que ocorra a integralidade do cuidado. Em especial nos serviços de urgência e emergência, pelo seu próprio perfil de atendimento com tempo resposta mais curto, em comparação aos demais, por exemplo, mobiliza pensamentos de incapacidade e frustração para um olhar mais atento e ampliado à pessoa em sua multidimensionalidade.

Ainda, a adesão à TARV foi lançada pelos profissionais como maior preocupação e principal foco de suas ações de cuidado, uma vez que o sucesso do tratamento e a qualidade de vida das PVHA estão relacionados ao grau de adesão aos medicamentos antirretrovirais. Assim, a prática dos profissionais, de todos os pontos das RAS entrevistados, culminou no conhecimento e avaliação da adesão.

Este estudo apresentou como limitações a sua realização em apenas uma região do estado de Santa Catarina podendo, por tanto, não representar a realidade de outras localidades distintas no estado e no país, uma vez que municípios possuem autonomia

para organizar seus serviços de saúde de acordo com suas possibilidades e, portanto, há outras realidades e formas de cuidar da PVHA nas RAS para serem conhecidas e investigadas.

Ainda, a alta rotatividade de profissionais no cenário estudado reduziu o número de profissionais elegíveis para a pesquisa, uma vez que não possuíam tempo de serviço suficiente, o que reflete também na qualidade da assistência/cuidado prestados, haja vista que o estudo revelou como fator condicionante para um cuidado integral e de qualidade o conhecimento e experiência prática do profissional. Ademais, a pesquisa foi realizada durante a pandemia da COVID-19, o que impactou diretamente na coleta de dados, que precisou ser remarcada diversas vezes e depois suspensa, uma vez que os profissionais que prestam assistência à PVHA nas RAS também estavam atuando intensamente na linha de frente no combate à pandemia.

Diante das limitações apresentadas, sugere-se que estudos acerca da temática sejam desenvolvidos em outras localidades, bem como a inclusão de outros sujeitos que integram as RAS para uma nova e complementar compreensão do fenômeno da integralidade do cuidado à PVHA.

Contudo, o estudo contribui com a produção de conhecimento científico sobre a temática da integralidade do cuidado à PVHA nas RAS, não se restringindo a um ponto de atenção específico (primário, secundário, terciário), mas sim à relação entre todos. Ainda, apresenta contribuições para a prática de enfermagem e de saúde com a potencialidade para auxílio na construção de fluxos e protocolos de cuidado à PVHA no cenário estudado, a partir dos significados atribuídos, aspectos facilitadores e dificultadores levantados pelos participantes.

O estudo contribui ainda para as discussões acerca da implantação da linha de cuidado ao HIV uma vez que traz o contexto de cuidado à PVHA em um serviço até então centralizado, suas características, potencialidades e dificuldades que devem ser superadas para efetivação desta proposta com vistas à integralidade do cuidado à PVHA.

Desse modo, intenta-se realizar a devolutiva dos resultados deste estudo a esses profissionais e aos gestores do município estudado de modo que possa oportunizar a discussão de estratégias para o fortalecimento das redes e incremento das ações voltadas à integralidade do cuidado à PVHA.

REFERÊNCIAS

- ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Observatório Nacional de Políticas de Aids. Sobre nós. Disponível em: <<http://abiaids.org.br/sobre-nos>> Acesso em 8 jun. 2019
- ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015
- ASSIS, M. M. A. *et al.* Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 333-338, 2015
- ATAIDE, E. C.; REIS JUNIOR, L. P. Modos de enfrentamento do HIV/AIDS: direitos humanos, vulnerabilidades e assistência à saúde. **Revista do NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity**. Belém, v. 11, n. 1, p. 178-193, 2019.
- BELTRÃO, R. P. L. *et al.* A assistência de saúde às pessoas vivendo com HIV/AIDS acompanhadas pelo Centro de Testagem e Aconselhamento. **Research, Society And Development**, Itajubá, v. 8, n. 9, p. 1-21, jul. 2020.
- BRASIL. **Cadernos de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**. Brasília, 2014a. 95 p.
- BRASIL. **Cinco passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 8 p.
- BRASIL. Constituição Federal, 1988. Brasília; 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 abr. 2019
- BRASIL. **Decreto Nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011a
- BRASIL. **Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2019e
- BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Trata do processo de descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do SUS. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.
- BRASIL. Lei nº. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm>. Acesso em: 8 jun. 2019

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Aids: O que é o HIV?**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 8 fev. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/poc01_16_01_2013.html> Acesso em 8 fev. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985. Aprova as diretrizes para o programa de controle da SIDA ou AIDS. **Portaria Nº 236, de 2 de maio de 1985**. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aids/GM_P236_85aids.doc>. Acesso em: 8 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios do SUS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>> Acesso em 2 fev. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 91 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. As Redes de Atenção à Saúde. Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/smp/smpras>> Acesso em 8 jun. 2019b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST e Aids: princípios, diretrizes e estratégias, Brasília: Ministério da Saúde, 1999, 90p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - HIV AIDS 2021. Brasília, n. especial, 2021, 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica - Manual para a equipe multiprofissional. 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**: manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST HIV/Aids e Hepatites Virais. **5 Passos para a construção do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica**, 2017, 44p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde. 2013b, 216p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Cinco passos para a implementação das linhas de cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2017c, 36p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST HIV/Aids e Hepatites Virais. Relatório de monitoramento clínico do HIV 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021, 113p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diagnóstico das Unidades Dispensadoras de Medicamentos Anti-retrovirais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 40p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 72p

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

BRASIL. Ministério de Saúde. Gerência de Vigilância de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2018 Santa Catarina. Governo do Estado de Santa Catarina. Ano XV, ed. especial. 2020, 43p.

BRASIL. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em: 9 fev. 2019

BRASIL. Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Inclui a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA/AIDS e a Sífilis Congênita na relação constante da Portaria Ministerial nº 608/bsb, de 28 de outubro de 1979. 1986b. Disponível em: <http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/Portarian542de22dez86.pdf> Acesso em: 9 jun. 2019

CALDAS, C. M. *et al.* Atuação da equipe multiprofissional na assistência especializada em HIV/AIDS. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, n. 11, p. 3-12, abr. 2021.

COFEN. Parecer de Conselheiro Nº 259/2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016_46252.html Acesso em: 04 set. 2019

COLAÇO, A. D. *et al.* O cuidado à pessoa que vive com HIV/aids na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, n. 20170339, p. 1-14, set. 2019.

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

COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S. Adesão ao tratamento dos adultos jovens vivendo com HIV/aids sob a ótica do pensamento complexo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, n. 20170016, p. 1-15, jan. 2018.

COUTINHO, M. F. C.; O'DWYER G.; FROSSARD, V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde Em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 148–161, 2018.

DALCUCHE, M. G.; MENDES, E. V. A integração em Rede da Atenção Primária (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no estado do Paraná. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 31-37, 2017

EW, R. A. S. *et al.* Estigma e teste rápido na atenção básica: percepção de usuários e profissionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l], v. 3, n. 31, p. 1-11, ago. 2018.

FERNANDES, J. C. *et al.* Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 22-35, dez. 2019.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011

- GARBIN, C. A. S. *et al.* O estigma de usuários do sistema público de saúde brasileiro em relação a indivíduos HIV positivo. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, [s. l], v. 1, n. 29, p. 12-16, set. 2017.
- GRANGEIRO, A.; SILVA, L. L.; TEIXEIRA, P. R. (2009). Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009
- GUEDES, H. C. S. *et al.* Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1-8, jun. 2020.
- JESUS, G. J. *et al.* Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida **Acta Paulista Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 301-307, 2017.
- KENNY M.; FOURIE R. Tracing the History of Grounded Teory Methodology: From Formation to Fragmentation. **The qualitative report 2014**, v. 19, n. 52 p. 1-9, 2014
- KNOLL, R. K. *et al.* Práticas de uma equipe multiprofissional para pessoas vivendo com hiv/aids: um estudo de caso em um município da Foz Do Rio Itajaí-Açu, Santa Catarina – Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [s. l], v. 48, n. 4, p. 2-15, dez. 2019.
- LEAL, L. A. *et al.* Competências profissionais para enfermeiros hospitalares: uma análise documental. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [s. l], v. 9, n. 3249, p. 1-10, jun. 2019.
- LEVI, J. *et al.* Can the UNAIDS 90-90-90 target be achieved? A systematic analysis of national HIV treatment cascades. **BMJ Global Health**, v. 1, n. 2, p.1-10, 2016
- LIMA, Morgana Cristina Leôncio de *et al.* Aspectos diagnósticos e capacitações em serviço na descentralização do atendimento às pessoas vivendo com HIV. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, n. 20210065, p. 1-8, ago. 2021.
- MACAPAGAL, K. R. *et al.* Personal narratives, coping, and quality of life in persons living with HIV. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**. v. 23, n. 4, p. 361-365, 2012.
- MAGNABOSCO, G. T. *et al.* Assistência ao HIV/aids: análise da integração de ações e serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 22, p. 1-7, maio 2018.
- MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 39-64
- MELO, E. A.; MAKSUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, n. e151, p. 1-5, 2018

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549 p

MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431-435, 2018

MENEZES, E. G. *et al.* Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 31, p. 299-304, maio 2018.

METELSKI, F. K. *et al.* Dimensões da gestão do cuidado na prática do enfermeiro na atenção primária: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da Uerj**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 51457, p. 1-9, dez. 2020.

MEZAROBA, E. *et al.* Integralidade do cuidado: um relato de experiência. **Journal Of Management & Primary Health Care**, Santa Mônica, v. 13, n. 023, p. 1-14, set. 2021.

MONTEIRO, A. L.; VILLELA, W. V. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Revista Psicologia Política**, v. 9, n. 17, p. 25–45, 2009

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**. 23^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2017

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 13^a edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5^a edição. Porto Alegre: Sulina, 2015

MORIN, E. **O método 3: o conhecimento do conhecimento**. Tradução de Juremir Machado da Silva. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005

MORIN, E. **A via para o futuro da humanidade**. Bertrand Brasil: Rio de Janeiro, 2013

MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Alto – Teresópolis, v. 39, n. 2, p. 169-207, 2015.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-23, jan. 2021.

OMS - Organização Mundial Da Saúde. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. 90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. 2015. 38p.

OPAS - Organização Pan-Americana Da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: Contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 113p

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15–36, 2014

PAYÁN, D. D. *et al.* “It Was as Though My Spirit Left, Like They Killed Me”: The Disruptive Impact of an HIV-Positive Diagnosis among Women in the Dominican Republic. **Journal Of The International Association Of Providers Of Aids Care**, [s. l.], v. 18, p. 1-10, mar. 2019.

PEDUZZI, M.; SILVA, J. A. M.; LEONELLO, V. M. A formação dos profissionais de saúde para a integralidade do cuidado e a prática interprofissional. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. C. Educação, saúde e medicina: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares. São Paulo: Editora da Universidade Federal do ABC (Edufabc), 2018. p. 141-172.

PINTO, R. S.; STOCKER, T.; LIMA, T. M. O papel das unidades de pronto atendimento: análise do desempenho da primeira UPA do município de Pelotas-RS. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 127-136, jun. 2019.

PINTO, V. M.; CAPELETTI, N. M. Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: A experiência do município de Florianópolis/SC. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 14, p. 1-8, dez. 2019.

PORTELA, G. Z. Atenção primária à saúde: Um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255–276, 2017

PRIMEIRA, M. R. *et al.* Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 33, n. 20190141, p. 1-8, out. 2019.

RIBEIRO, T. C. *et al.* Qualidade e Monitoramento do Serviço Ambulatorial Especializado Oferecido às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 20, n. 40, p. 275-282, dez. 2020.

RODRIGUES M.; MAKSDUD, I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. **Saúde Em Debate**, Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST HIV/Aids e Hepatites Virais, v. 41, n. 113, p. 526–538, 2017

RODRIGUEZ, J. M. Políticas Públicas. **Revista Venezuelana de Enfermería**, v. 4, n. 2, p. 17-29, 2017

SANTOS, A. C. F. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes internados por HIV no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], n. 48, p. 1-9, maio 2020.

SANTOS, R.; APOSTÓLICO, M. R. As Redes de Atenção à Saúde e a integralidade no cuidado das pessoas vivendo com HIV e Aids. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 43, p. 929-942, nov. 2019.

SILVA, I. R. *et al.* Pensamento complexo: possibilidades para a compreensão e desenvolvimento de fenômenos emergentes em Teoria Fundamentada nos Dados. In:

- LACERDA, M. R.; SANTOS, J. L. G. (Org). Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas. 1. Ed. Porto Alegre: Moriá, 2019. p. 155-179
- SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, [s. l], v. 62, n. 21, p. 1-12, set. 2017.
- SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, 2011
- SOUZA, A. P. Estratégia Saúde da Família e a integralidade do cuidado: percepção dos profissionais. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l], v. 34, n. 34935, p. 1-10, abr. 2020.
- UNAIDS. **90–90–90**: bom progresso, mas o mundo está longe de atingir as metas de 2020. bom progresso, mas o mundo está longe de atingir as metas de 2020. 2020. Disponível em: <https://unaid.org.br/2020/09/90-90-90-bom-progresso-mas-o-mundo-esta-longo-de-atingir-as-metas-de-2020/>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- UNAIDS. Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Estatísticas. 2022. Disponível em: < <https://unaid.org.br/estatisticas/> > Acesso em: 10 jan. 2022
- UNAIDS. **Estados-membros das Nações Unidas adotam nova Declaração Política para enfrentar desigualdades e acabar com a AIDS**. 2021. Disponível em: <https://unaid.org.br/2021/06/estados-membros-das-nacoes-unidas-adotam-nova-declaracao-politica-para-enfrentar-desigualdades-e-acabar-com-a-aids/>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- UNAIDS. GLOBAL COMMITMENTS, LOCAL ACTION: After 40 years of AIDS, charting a course to end the pandemic. 2021a. Disponível em: < <https://www.unaid.org/en/resources/documents/2021/global-commitments-local-action> > Acesso em: 26 jan. 2022.
- UNASUS - Universidade Aberta do SUS. Universidade Federal do Maranhão. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís, 2016, 57p
- VILLARINHO, M. V. *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 271–277, 2013
- VILLELA W. V.; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 87–96, 2017
- WHO - World Health Organization. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **Global Aids Update 2018**. Miles to go: closing gaps, breaking barriers, righting injustices. 2018. 268p

WHO - World Health Organization. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets. 2017. 198p

XAVIER, C.; GUIMARÃES, C. Uma Semiótica da Integralidade: o Signo da Integralidade e o Papel da Comunicação. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 133-155

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-Aids 785 para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 785-809, fev. 2016.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 1/2



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Profa. Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Carolina Kahl, doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “**Integralidade do cuidado à pessoa com HIV/aids: significados para os sujeitos envolvidos nas Redes de Atenção à Saúde**”, que tem como objetivo **compreender o significado da integralidade do cuidado à pessoa com HIV/aids para os sujeitos envolvidos nas Redes de Atenção à Saúde**.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo por meio da assinatura deste termo de consentimento. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de respostas a uma entrevista previamente agendada, que será áudio-gravada, com duração de aproximadamente 30 minutos. Posteriormente a entrevista será transcrita. Você também poderá fazer parte, se aceitar, dos participantes que terão sua prática observada pela pesquisadora, sem que esta interfira em suas condutas. Sua identidade não será revelada em nenhum momento do estudo.

Esse estudo não lhe trará benefícios a curto prazo, porém para a sociedade contribuirá com as atividades desenvolvidas pelos profissionais, proporcionando a reflexão da prática e contribuindo para o aprimoramento no cuidado à pessoa com HIV/aids e para novas pesquisas nessa área de conhecimento.

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre a teoria e prática durante o exercício de sua atividade, contudo estamos dispostas a ouvi-los (as), interromper a entrevista se assim você desejar, retornando a coletar os dados sob sua anuência tão logo se sinta à vontade para continuá-la.

Os resultados desse trabalho mostrarão apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade e poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos. O material coletado durante as entrevistas e a observação poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, que se amplamente consubstanciada será avaliada e atendida de acordo com a legislação vigente.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para esse estudo você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação, mas será ressarcido caso alguma despesa extraordinária venha ocorrer, que serão cobertas pelo orçamento da pesquisa, mediante apresentação de comprovante.

Este documento está redigido em duas vias, assinadas e rubricadas em todas as suas páginas por você e pelo pesquisador responsável. Uma das vias ficará com você, guarde-a

Página 2/2

cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo. Você poderá entrar em contato com a pesquisadora Betina Hörner Schlindwein Meirelles pelo telefone (48) 3721-2207, e-mail betina.hsm@ufsc.br. Poderá também entrar em contato com a pesquisadora Carolina Kahl pelo telefone (48) 9 9979.5794, e-mail carolinakahl@hotmail.com.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, email cep.propesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400.

O CEPSH 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.

Betina Hörner Schlindwein Meirelles
(Pesquisadora responsável)

Carolina Kahl

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Caracterização dos participantes

Nome:	
Código da entrevista:	Grupo amostral:
DADOS PESSOAIS	
1. Idade:	
2. Gênero: () Feminino () Masculino	
DADOS PROFISSIONAIS	
3. Local de trabalho:	4. Profissão:
5. Tempo de atuação no setor atual:	6. Tempo de atuação com HIV:
7. Tempo de formação (ano de conclusão graduação):	
8. Pós-graduação:	

2. Questão norteadora:

“Fale-me sobre seu cuidado à PVHA”

“Como você significa o cuidado à PVHA na perspectiva da integralidade na RAS?”.

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM SAÚDE E
ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA:

Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids em suas múltiplas dimensões, ancorada nas Rede de Atenção à Saúde hierarquizadas e interdisciplinares

Doutoranda: Carolina Kahl

Orientadora: Dr^a Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Título da tese: Integralidade do cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids: significado para os sujeitos envolvidos nas Redes de Atenção à Saúde

BREVE APRESENTAÇÃO DA TESE

PERGUNTA DE PESQUISA:

Como ocorre o cuidado à PVHA articulado em rede? Como os sujeitos envolvidos nesse cenário significam o cuidado a essas pessoas na perspectiva da integralidade?

OBJETIVO DA PESQUISA:

Compreender o significado da integralidade do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) para os sujeitos envolvidos nas RAS de um município do sul do Brasil.

ASPECTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO

Referencial metodológico	Teoria Fundamentada nos Dados
Referencial teórico-filosófico	Teoria da Complexidade
População de estudo	Profissionais de saúde que prestam assistência à PVHA nas RAS do cenário estudado
Coleta de dados	Entrevista aberta não estruturada, ocorrida no período de janeiro de 2020 a outubro de 2021
Amostragem teórica	Três grupos amostrais: <ol style="list-style-type: none"> 1. Profissionais de saúde do Centro de Testagem e Aconselhamento 2. Profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde 3. Profissionais de saúde da média e alta complexidade, Unidade de Pronto Atendimento e Hospital de referência em infectologia
Análise dos dados	Análise comparativa dos dados Três etapas interdependentes: codificação aberta, codificação axial e integração. Uso do <i>software</i> de análise de dados qualitativos NVivo 10.

RESUMO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e, apesar dos avanços na ciência, ainda representa uma epidemia global, estimando-se que haja 37,7 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo. No Brasil, desde o início da epidemia, na década de 1980, até os dias atuais, cerca de 1.045.355 casos de aids foram detectados. Neste cenário, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS), emergem como uma estratégia para superação de um modelo de atenção à saúde fragmentado e reducionista, com vistas à articulação de diferentes pontos interdisciplinares para a integralidade do cuidado. Esta pesquisa teve como **objetivo** compreender o significado da integralidade do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) para os sujeitos envolvidos nas RAS de um município do sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa ancorada na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), cujo referencial teórico-filosófico foi o Pensamento Complexo, de Edgar Morin. A pesquisa foi realizada na rede de atenção à saúde de um município da região da Grande Florianópolis através de entrevistas abertas, posteriormente transcritas na íntegra, com 30 profissionais de saúde

divididos em três grupos amostrais, sendo o primeiro grupo formado por sete profissionais atuantes do Centro de Testagem e Aconselhamento; o segundo grupo foi composto por dez profissionais da atenção básica e o terceiro grupo amostral contou com 13 profissionais de saúde divididos entre Unidade de Pronto Atendimento 24h e hospital estadual de referência. O processo coleta e análise ocorreu de forma simultânea em três etapas interdependentes: codificação aberta, codificação axial e integração. Para auxiliar a organização dos dados durante o processo de análise foi utilizado o *software* NVivo 10[®]. A pesquisa respeitou os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos e foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos e animais da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer nº 777.768. Do processo analítico dos dados emergiu o fenômeno, também chamado de categoria central, “Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids em suas múltiplas dimensões, ancorada nas Redes de Atenção à Saúde hierarquizadas e interdisciplinares” sustentada por três categorias concernentes aos componentes de condições, ações-interações e consequências intitulados, respectivamente, “Conhecendo a pessoa que vive com HIV/aids para ocorrer a integralidade do cuidado nas redes de atenção à saúde”, “Significando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids considerando sua totalidade e a garantia de redes interdisciplinares” e “Efetivando o cuidado a partir de uma assistência humanizada, de qualidade e com vínculo”. A compreensão dos significados atribuídos pelos profissionais de saúde à integralidade do cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) revelou-a de forma complexa em seus múltiplos aspectos nas redes, corroborando à tese de que a atenção à saúde conformada em rede garante a integralidade do cuidado à PVHA, em ações multidimensionais e inter-relacionadas, conferindo maior qualidade de vida e superação de um modelo de atenção à saúde fragmentado. No entanto, entraves como escassez de profissional, falta de conhecimento técnico e ausência de fluxo bem estabelecido para o cuidado à PVHA nas RAS, são vivenciados pelos profissionais para que a integralidade do cuidado ocorra plenamente nos sistemas de saúde.

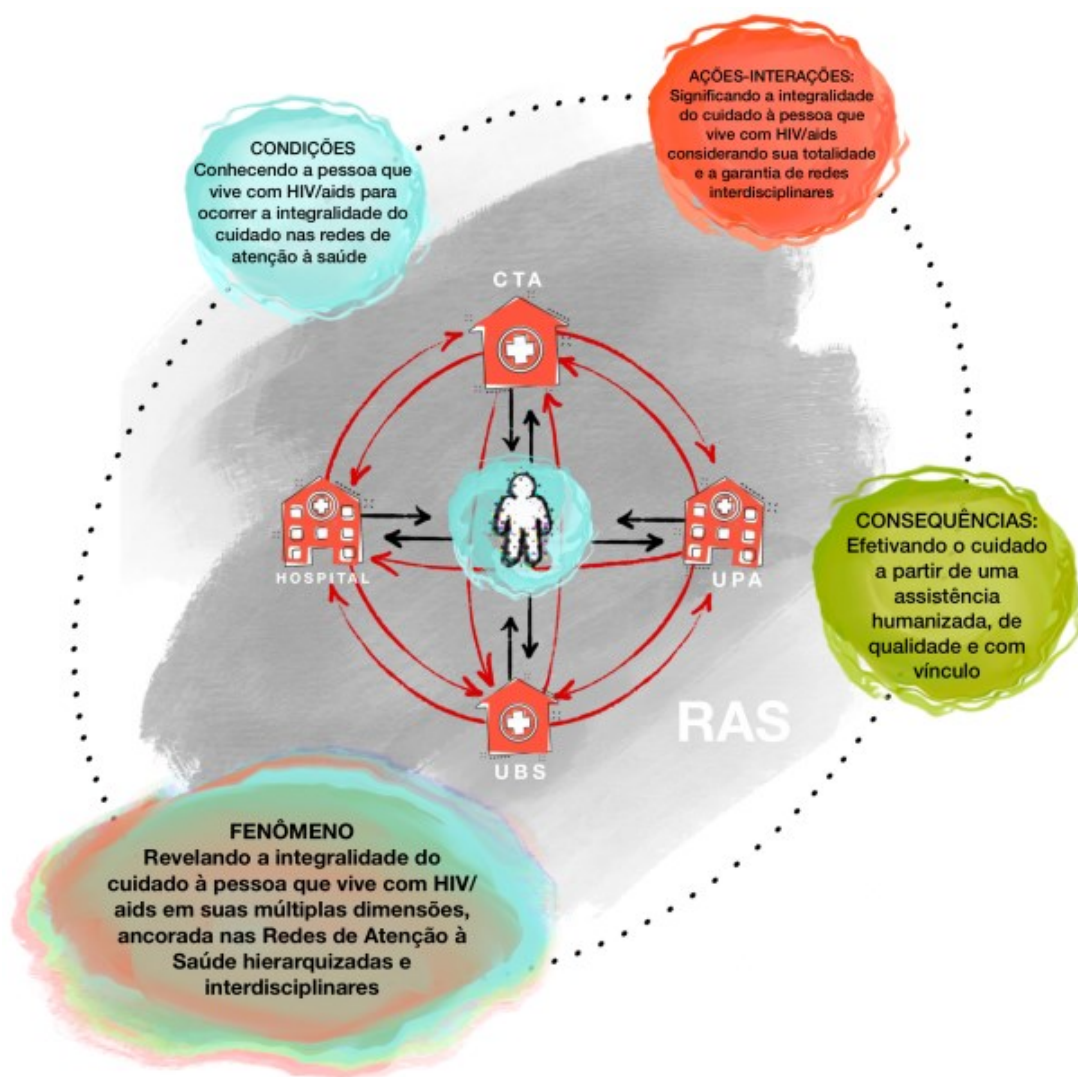
Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Integralidade em Saúde; Níveis de Atenção à Saúde; Atenção à Saúde;

Quadro ilustrativo do fenômeno, categorias e subcategorias do estudo

FENÔMENO: Revelando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids em suas múltiplas dimensões, ancorada nas Redes de Atenção à Saúde hierarquizadas e interdisciplinares		
Condições: Conhecendo a pessoa que vive com HIV/aids para ocorrer a integralidade do cuidado nas redes de atenção à saúde	Ações-interações: Significando a integralidade do cuidado à pessoa que vive com HIV/aids considerando sua totalidade e a garantia de redes interdisciplinares	Consequências: Efetivando o cuidado a partir de uma assistência humanizada, de qualidade e com vínculo

<p>Conhecendo e contextualizando a PVHA nas RAS</p> <p>Acolhendo e integrando a PVHA nas RAS</p> <p>Revelando o conhecimento técnico e experiência prévia para tomada de decisão</p>	<p>Revelando a integralidade do cuidado à PVHA de forma complexa em seus múltiplos aspectos na RAS</p> <p>Encaminhando a PVHA de acordo com sua necessidade e hierarquização da rede</p> <p>Efetivando o cuidado à PVHA na rede pelos seus múltiplos profissionais</p> <p>Destacando a falta de suporte como profissionais, estrutura e capacitação como aspectos interventores para a integralidade do cuidado</p> <p>Evidenciando a falha na adesão ao tratamento como principal dificultador para o cuidado</p>	<p>Efetivando o cuidado a partir da assistência prestada com humanidade e qualidade</p> <p>Criando e mantendo vínculo a partir do diagnóstico e tratamento</p> <p>Sugerindo ações de cuidado</p> <p>Identificando uma atuação limitada do enfermeiro na assistência ao HIV devido ao aumento de outras demandas no hospital</p>
--	--	---

Diagrama do modelo paradigmático



Na figura acima, representativa do modelo paradigmático da teoria substantiva, o esboço ao centro representa a PVHA, seu fundo colorido representa os contextos aos quais está inserida e suas bordas em linhas múltiplas, não bem definidas e com pontilhados coloridos representam-na como ser múltiplo e complexo. Seu posicionamento ao centro representa o cuidado centrado na pessoa. As setas pretas referem-se às múltiplas possibilidades de entrada da PVHA nos diferentes pontos da rede e sua relação com esses pontos. O posicionamento destes pontos foi disposto propositalmente, tendo o CTA acima, como principal serviço de saúde no cuidado específico ao HIV/aids, a UBS abaixo como base e referência às demais demandas de saúde-doença da pessoa e os serviços como UPA 24h e Hospital de referência como retaguarda em situações específicas.

As linhas e setas em vermelho representam a comunicação entre os pontos das RAS no cuidado à PVHA, bem como os possíveis caminhos que ela pode percorrer conforme necessidade apresentada ao longo do seu viver com HIV. Ao fundo, em tonalidades de cinza, buscou-se representar as RAS, como pano de fundo de todas as condições, ações e interações e consequências do cuidado à PVHA.

As categorias conectam entre si conforme metodologia adotada e têm, em seguida, o fenômeno representado com a junção das cores de cada categoria/componente a fim de ilustrar a sustentação da categoria central/fenômeno por todas as categorias/componentes interconectados e interdependentes. Conhecer a PVHA inserida em seus contextos e as múltiplas possibilidades de entrada nas RAS se demonstraram condições para que ocorra a integralidade do cuidado e conduzem às ações e interações entre os sujeitos envolvidos nas RAS. Tais ações envolvem os significados atrelados à percepção e aos sentidos da integralidade à PVHA em sua totalidade, significando e experienciando ainda desafios, objetivos, fragilidades e potencialidades para a garantia de uma rede multiprofissional e interdisciplinar. Das ações e interações ocorridas no contexto do cuidado à PVHA resultam os desfechos previstos e reais da efetivação de uma prática de cuidado humanizada, de qualidade e com vínculo.

Com base no material apresentado, responda aos seguintes questionamentos:

1. A teoria apresentada é fiel à realidade vivenciada pelos profissionais de saúde que prestam assistência à PVHA na RAS? É possível visualizar e vivenciar os processos apresentados nas categorias e subcategorias do estudo? Há algo relevante que não foi contemplado?

2. O modelo paradigmático é compreensível? As nomenclaturas estão adequadas? Há clareza na relação entre as subcategorias e suas categorias? Você sugere alguma alteração?

-
-
3. Quanto à generalização teórica, a teoria substantiva apresentada poderia ser aplicada em outros contextos relacionados ao cuidado à PVHA?
