



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

Fernanda Karla Metelski

**Melhores Práticas na Gestão do Cuidado às Pessoas que vivem com HIV/aids na Rede
de Atenção à Saúde de um município do Oeste de Santa Catarina**

Florianópolis
2022

Fernanda Karla Metelski

Melhores Práticas na Gestão do Cuidado às Pessoas que vivem com HIV/aids na Rede de Atenção à Saúde de um município do Oeste de Santa Catarina

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.
Orientadora: Profa. Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Florianópolis

2022

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

Metelski, Fernanda Karla

Melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção à saúde de um município do oeste de Santa Catarina / Fernanda Karla Metelski ; orientador, Betina Hörner Schindwein Meirelles, 2022. 296 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. Teoria fundamentada. 4. Melhores práticas. 5. Atenção primária à saúde. I. Meirelles, Betina Hörner Schindwein. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Fernanda Karla Metelski

Melhores Práticas na Gestão do Cuidado às Pessoas que vivem com HIV/aids na Rede de Atenção à Saúde de um município do Oeste de Santa Catarina

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

Profa. Alacoque Lorenzini Erdmann, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof. Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu, Dr.
Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Portugal

Profa. Marcelle Miranda da Silva, Dra.
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

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.

Profa. Mara Ambrosina de Oliveira Vagas, Dra.
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Profa. Betina Hörner Schlindwein Meirelles, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2022.

Este trabalho é dedicado às pessoas que vivem com HIV/aids, aos profissionais e gestores de saúde, aos estudiosos ou interessados pelo tema, e a todos aqueles para quem este estudo possa contribuir de algum modo.

AGRADECIMENTOS

Sou grata aos Professores e demais integrantes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, em especial a minha orientadora Profa. Dra. Betina H. S. Meirelles.

Sou grata a todos os Colegas e demais integrantes da Universidade do Estado de Santa Catarina, em especial o Centro de Educação Superior do Oeste e ao Departamento de Enfermagem.

Sou grata ao Prof. Dr. Wilson J. C P. Abreu da ESEP por ter sido meu supervisor no exterior e membro da banca de defesa.

Sou grata a todos os demais membros desta banca, Profa. Dra. Alacoque L. Erdmann, Profa. Dra. Marcelle M. Silva, assim como a Profa. Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello (UFSC), e a Profa. Dra. Valéria Silvana Faganello Madureira (Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS) como membros suplentes. Sou grata também a Profa. Dra. Carine Vendruscolo que foi membro da banca de qualificação.

Sou grata aos Colegas da minha turma querida de 2018 e aos colegas de outras turmas de Doutorado e Mestrado com quem tive oportunidade de interagir.

Sou grata a todas aos profissionais envolvidos no Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina - UNIEDU, mantido pelo Fundo de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento Da Educação Superior - FUMDES/2021, em especial no que se refere a Chamada Pública nº 471/SED/2021 com a qual fui contemplada.

Sou grata a todos os integrantes da Secretaria de Saúde de Chapecó, em especial aos profissionais de saúde que participaram deste estudo.

Sou grata às pessoas que vivem com HIV/aids que aceitaram participar do estudo.

Sou grata a todos aqueles que participaram da etapa de validação desse estudo.

Sou grata aos meus pais Maristela e Jair! Sou grata ao meu filho Rafael. Sou grata a minha irmã Mônica e meus irmãos Márcio e Douglas.

Sou grata a todos os meus familiares, amigos, as demais pessoas próximas e queridas.

Sou grata a todas às pessoas e a espiritualidade que de um modo ou outro colaboraram comigo no decorrer da minha vida, e em especial durante o doutorado.

Sou grata a Fonte Criadora, também conhecida como Deus! Sou grata a vida. Sou grata a tudo e a todos. E com gratidão sempre sigo meu caminho...

A consciência da complexidade nos faz compreender que não poderemos escapar jamais à incerteza e que jamais poderemos ter um saber total: "a totalidade é a não verdade".
(MORIN, 1996, p. 100-101)

METELSKI, Fernanda Karla. **Melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com hiv/aids na rede de atenção à saúde de um município do oeste de Santa Catarina.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022. 296 p.

Orientadora: Profa. Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

RESUMO

Introdução: as melhores práticas constituem fonte valiosa para intervenções eficazes em saúde pública, contudo, existe uma escassez de publicações que apresentem conceitos estruturados sobre melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids. A infecção pelo HIV/aids foi reafirmada como séria preocupação global para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, e consoante a isso, o Brasil assumiu o compromisso de combater e reverter a tendência de propagação da epidemia de aids até o ano de 2030. **Objetivo:** compreender o significado das melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids sob a perspectiva das equipes multiprofissionais de saúde que atuam na rede de atenção à saúde de um município prioritário. **Método:** utilizou-se a Teoria Fundamentada no Dados na vertente Construtivista, a qual admite que pesquisadores e participantes construam a teoria a partir das próprias interpretações dos significados e das ações, influenciando e cocriando os dados. Os participantes do estudo compuseram três grupos amostrais: 24 profissionais que atuam na atenção primária à saúde; 11 profissionais que atuam no Serviço de Atenção Especializada; e, 10 pessoas que vivem com HIV/aids. A análise dos dados foi realizada pelas etapas de codificação inicial, focalizada, axial e teórica, foi constatada a saturação teórica e realizada a validação do modelo teórico interpretativo. O referencial filosófico que permeia a interpretação dos dados foi o pensamento complexo. O software *Atlas.ti versão 9*® auxiliou na organização dos dados. **Resultados:** a análise dos dados deu origem a três categorias centrais: “Compreendendo a longitudinalidade nas práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde”; “Desvelando práticas profissionais em busca de atender os compromissos assumidos para o controle da epidemia de aids”; e “Revelando as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma Rede de Atenção à Saúde”. Emerge o fenômeno “Desenvolvendo melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde” a partir do modelo teórico interpretativo que se apresenta como um circuito recursivo em que os produtos e efeitos são causadores daquilo que os produz. Sustenta-se a tese: A adoção de melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde requer a organização de princípios e tecnologias, favorecendo as ações e interações que envolvem o relacionamento entre profissionais, pessoas e sua rede e suporte social, e parcerias intersetoriais em diferentes contextos, e oportunizam a execução de práticas voltadas a complexa gestão do cuidado com respeito à dignidade humana, contribuindo para o alcance da melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids. **Conclusões:** a proposição do modelo teórico interpretativo sobre as melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids possui potencial contributivo nas superação de desafios presentes nos serviços e na sociedade, bem como para a implementação de políticas de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. HIV. Teoria fundamentada. Melhores práticas. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: best practices are a valuable source for effective interventions in public health. However, there is a scarcity of publications presenting structured concepts about best practices in care management for people living with HIV/AIDS. The Sustainable Development Goals reaffirmed HIV/AIDS infection as a serious global concern, and accordingly, Brazil assumed the commitment to combat and reverse the trend of propagation of the AIDS epidemic by the year 2030. **Objective:** to understand the meaning of best practices for care management for people living with HIV/AIDS from the perspective of multidisciplinary health teams working in the health care network of a priority municipality. **Method:** Grounded Theory was used in the Constructivist approach, allowing researchers and participants to build the theory from their interpretations of meanings and actions, influencing and co-creating the data. Study participants comprised three sample groups: 1) 24 professionals working in primary health care, 2) 11 professionals working in the Specialized Care Service, and 3) 10 people living with HIV/AIDS. We performed data analysis by the initial, focused, axial, and theoretical coding stages, verified theoretical saturation and validated the interpretative theoretical model. The philosophical framework that permeated the interpretation of data was complex thinking. We used the *Atlas.ti* version 9[®] software for data organization. **Results:** from the data analysis process, three main categories originated: Understanding longitudinally in care management practices for people living with HIV/AIDS in a health care network; Unveiling professional practices in search of meeting the commitments assumed to control the AIDS epidemic; and Revealing the best practices in care management for people living with HIV/AIDS in a Health Care Network. The phenomenon “Developing best practices in care management for people with HIV/AIDS in a health care network” emerges from the interpretative theoretical model that presents itself as a recursive circuit in which the products and effects cause what they produce. The thesis defended is: The adoption of best practices in the care management for people living with HIV/AIDS in a health care network requires the organization of principles and technologies, favoring actions and interactions that involve the relationship between professionals, people, and their network and social support, and intersectoral partnerships in different contexts, provide opportunities for the implementation of practices aimed at the complex care management with respect for human dignity, contributing to the achievement of improving the quality of life of people living with HIV/AIDS. **Conclusions:** the proposition of the theoretical interpretative model on best practices for care management for people living with HIV/AIDS can contribute to overcoming challenges present in services and society and the implementation of health policies.

Keywords: Nursing. HIV. Grounded Theory. Practice Guidelines as Topic. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fragmento dos códigos gerados durante a análise das entrevistas.....	60
Figura 2 – Fragmento dos grupos de códigos gerados durante a análise das entrevistas.	61
Figura 3 – Fragmento das redes geradas durante a análise das entrevistas.	62
Figura 4 – Processo de TFDC para desenvolver teoria a partir de dados codificados.	63
Figura 5 – Distribuição do número de códigos focais novos para cada tema central segundo o número de ordem das entrevistas. Chapecó/SC, Brasil, 2021.	67
Figura 6 – Diagrama da longitudinalidade nas práticas de gestão do cuidado as pessoas que vivem com HIV em uma rede de atenção à saúde.....	93
Figura 7 – Diagrama das práticas profissionais que buscam atender os compromissos assumidos para o controle a epidemia de aids.	111
Figura 8 – Diagrama das melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde.	141
Figura 9 – Modelo teórico interpretativo das melhores práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde.	143
Figura 10 – Diagrama representativo das repercussões da pandemia de COVID-19 na atenção às pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção à saúde.....	151
Figura 11 – Distribuição do número de novos códigos focais relacionados ao tema longitudinalidade segundo a ordem das entrevistas. Chapecó/SC, Brasil, 2021.	156
Figura 12 – Distribuição do número de novos códigos focais relacionados ao tema práticas profissionais segundo a ordem das entrevistas. Chapecó/SC, Brasil, 2021.....	173
Figura 13 – Distribuição do número de novos códigos focais relacionados ao tema melhores práticas segundo a ordem das entrevistas. Chapecó/SC, 2021.	190

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Hipóteses de pesquisa, grupos amostrais e perguntas iniciais.....	65
Quadro 2 – Apresentação das categorias centrais e suas respectivas categorias.....	81
Quadro 3 – Apresentação das categorias, subcategorias, e categoria central relacionadas a “longitudinalidade”.....	83
Quadro 4 – Apresentação das categorias, subcategorias, e categoria central relacionadas às “práticas profissionais”.....	94
Quadro 5 – Apresentação das categorias, subcategorias, e categoria central relacionada às “melhores práticas”.....	112
Quadro 6 - Distribuição da frequência dos grupos de códigos relacionado a “longitudinalidade”, Chapecó/SC, 2021.....	231
Quadro 7 - Distribuição da frequência dos grupos de códigos relacionado a “viver com HIV”, Chapecó/SC, 2021.	242
Quadro 8 - Distribuição da frequência dos grupos de códigos relacionado as “práticas profissionais”, Chapecó/SC, 2021.	249
Quadro 9 - Distribuição da frequência dos códigos focais relacionados a “melhores práticas”, Chapecó/SC, 2021.	268

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número de usuários cadastrados no SISCEL segundo território aproximado do Centro de Saúde da Família, Chapecó/SC, 2020.....	53
Tabela 2 - Caracterização socioprofissional dos participantes do estudo: primeiro e segundo grupos amostrais, Chapecó/SC, 2020-2021.....	75
Tabela 3 - Caracterização socioprofissional dos participantes do terceiro grupo amostral – pessoas com HIV/aids, Chapecó, 2021.	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antirretrovirais
A3ES	Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes
CAQDAS	<i>Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software</i>
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CESAF	Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica
CETHH	Centro Especializado em Tuberculose, Hanseníase e Hepatites Virais
CINTESIS	Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRESM	Centro de Referência de Saúde Municipal
CSF	Centro de Saúde da Família
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
ENONG	Encontro Nacional de Organizações Não Governamentais que Trabalham com aids
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUMDES	Fundo de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à aids

GDH	Grupo de Desenvolvimento Humano
HIV	<i>Humann Immunodeficiency Virus</i> - Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus do Papiloma Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IO	Infecções Oportunistas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
nº	Número
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PEN	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPCT	Pessoa-Processo-Contexto-Tempo
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PSE	Programa Saúde na Escola
PVHA	Pessoas que Vivem com HIV/aids
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAMU USB	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAN	Setor de Alimentação e Nutrição
SARA	Serviço de Atendimento e Resgate Aéreo
SF	Saúde da Família
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIMC	Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/aids
SIPAT	Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV
SISREG	Sistema de Regulação
SK	Sarcoma de Kaposi
SRA	Síndrome Retroviral Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
TFDC	Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista
TTP	Tratamento para Todas as Pessoas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDM	Unidades Dispensadoras de Medicamentos
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a infância
UNIEDU	Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVOS	23
1.1.1	Objetivo Primário	23
1.1.2	Objetivos Secundários	23
2	REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	24
2.2	A PESSOA QUE VIVE COM HIV/AIDS	31
2.3	A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E AS MELHORES PRÁTICAS	40
3	REFERENCIAL FILOSÓFICO	44
3.1	APROXIMANDO O OLHAR COMPLEXO AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	44
4	PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1	DESENHO DO ESTUDO	49
4.2	LOCAL DO ESTUDO	50
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	52
4.4	COLETA DE DADOS	55
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	58
4.6	VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO INTERPRETATIVO	69
4.7	ESTÁGIO DE DOUTORAMENTO NA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO / PORTUGAL	72
4.8	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	73
5	RESULTADOS	75
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	75
5.2	CATEGORIAS CENTRAIS DO ESTUDO	80
5.3	COMPREENDENDO A LONGITUDINALIDADE NAS PRÁTICAS DE GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	83
5.4	DESVELANDO PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM BUSCA DE ATENDER OS COMPROMISSOS ASSUMIDOS PARA O CONTROLE DA EPIDEMIA DE AIDS	94

5.5	REVELANDO AS MELHORES PRÁTICAS NA GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS EM UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	112
5.6	MODELO TEÓRICO INTERPRETATIVO	142
5.7	A REPERCUSSÃO DA PANDEMIA DO COVID-19 NA GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS	147
6	MANUSCRITOS	152
6.1	MANUSCRITO 1 – A LONGITUDINALIDADE NA GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS	152
6.2	MANUSCRITO 2 – MELHORES PRÁTICAS E OS COMPROMISSOS PARA O CONTROLE DA EPIDEMIA DE AIDS	169
6.3	MANUSCRITO 3 – COMPREENDENDO AS MELHORES PRÁTICAS DE SAÚDE PARA A GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS.....	187
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	207
	REFERÊNCIAS.....	216
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	225
	APÊNDICE B – Roteiro para a coleta de dados.....	228
	APÊNDICE C - Grupos de códigos relacionado a “longitudinalidade”.....	231
	APÊNDICE D – Grupos de códigos relacionados a “viver com HIV”	242
	APÊNDICE E – Grupos de códigos relacionados às “práticas profissionais”	249
	APÊNDICE F – Grupos de Códigos relacionados às “melhores práticas” ..	268
	APÊNDICE G – Síntese da investigação	283
	APÊNDICE H – Instrumento de validação do modelo teórico interpretativo	284
	ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	285
	ANEXO 2 – Parecer n. 004-001-2020 da Secretaria de Saúde de Chapecó/SC	289
	ANEXO 3 – Emenda do Comitê de Ética em Pesquisa	290
	ANEXO 4 – Carta do Estágio de Doutorado	296

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), as melhores práticas são aquelas consideradas como bem-sucedidas para executar uma tarefa, adaptando soluções utilizadas em determinado contexto para outras realidades. Contemplam um conjunto de técnicas, processos e atividades identificadas como as melhores porque utilizam o recurso de modo eficiente, e possuem confiabilidade para o alcance de determinado resultado. A palavra melhor não significa “perfeição”, mas refere a elementos que reconhecidamente contribuem para que as intervenções sejam bem sucedidas, ainda que de modo parcial, documentando tudo o que foi aprendido sobre aquilo que não funciona, a fim de evitar que o erro se repita em outros programas, bem como a perda de tempo valioso.

As melhores práticas envolvem um conjunto de critérios, sendo a eficácia, eficiência e relevância consideradas como mínimos para que uma prática possa ser considerada como melhor (OMS, 2008). Ainda, os programas implementados na realidade podem ser considerados uma fonte mais adequada de evidências para inspirar e orientar os tomadores de decisão em saúde pública. Contudo, a falta de consenso sobre a definição e critérios relacionados a evidências e melhores práticas baseadas na prática limita a sua aplicação (CELUPPI *et al.*, 2022b).

As melhores práticas constituem uma fonte valiosa para intervenções eficazes em saúde pública, uma vez que foram implementadas na realidade e provavelmente poderão ser replicadas em outros contextos da vida real. Para ser considerada como uma melhor prática, as intervenções devem ser avaliadas em seu contexto, processo e resultado, e atender critérios de avaliação a fim de melhorar a utilidade e a credibilidade da evidência baseada na prática em intervenções de saúde pública. Os critérios de avaliação são: relevância, participação da comunidade, colaboração das partes interessadas, ética, replicabilidade, eficácia, eficiência e sustentabilidade (NG; COLOMBANI, 2015).

Os profissionais e gestores precisam considerar as diferentes dimensões inerentes ao cuidado para desenvolverem suas práticas. Nessa direção, Cecílio (2011) conceitua a gestão do cuidado como o emprego de tecnologias em saúde, direcionadas às necessidades singulares de cada pessoa para os diferentes momentos de sua vida, em busca de promover o seu bem-estar, desenvolver sua autonomia, obter uma vida produtiva e feliz. Requer o saber-fazer em meio às múltiplas dimensões em que o cuidado é prestado, descrevendo seis: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

A dimensão individual envolve a autonomia individual e a capacidade que cada um tem de fazer suas próprias escolhas e conduzir sua própria vida. A dimensão familiar contempla aqueles que estão próximos como os amigos e vizinhos, que oferecem apoio e fazem parte do cotidiano de vida da pessoa. A dimensão profissional é o encontro entre profissional e paciente, com foco no cuidado, e envolve a competência técnica, postura ética e construção de vínculos. A dimensão organizacional envolve a organização do processo de trabalho em equipe, considerando a divisão técnica e social do trabalho, bem como a função gerencial. A dimensão sistêmica está constituída pelas conexões formais entre os serviços de saúde, composta pelas redes e linhas de cuidado, promovendo a integralidade do cuidado, e o financiamento em saúde. E finalmente, a dimensão a societária engloba a formulação e implementação de políticas públicas, aonde ocorre o encontro entre sociedade e Estado, havendo colaboração ou disputa para uma vida melhor (CECÍLIO, 2011).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é denominada Atenção Básica (AB), e é considerada o centro do cuidado, sendo ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017b). Constitui a principal porta de entrada para os serviços de saúde, porém não é a única, pois, dependendo do caso, o acesso se dá por meio de outros pontos da RAS. Além destes, a RAS também é constituída pelos sistemas de apoio, técnico logístico e de gestão, que operam a partir da população e regiões de saúde, da estrutura operacional e do modelo de atenção à saúde (MENDES, 2015). As RAS constituem modelos para organizar a atenção às condições agudas e crônicas, são sistemas integrados que têm como base e centro de comunicação a APS, um conjunto coordenado de pontos de atenção que se comunicam fluidamente, fluxos e contra fluxos do sistema de atenção à saúde, oferecendo um cuidado contínuo e integral à população sob sua responsabilidade (MENDES, 2011).

A APS oferece a entrada para as pessoas no sistema de saúde, considerando todas as suas necessidades e problemas no decorrer do tempo, com exceção dos muito incomuns, e coordena a atenção fornecida em outros serviços. É compreendida como um conjunto de funções e não de tarefas, pois as tarefas são desenvolvidas por todo o sistema de saúde. Serve de base para os demais serviços de saúde, uma vez que atua no território onde as pessoas vivem e convivem, o que contribui para a compreensão sobre a relação do meio no processo de adoecimento (STARFIELD, 2002).

Segundo Starfield (2002), a APS possui atributos exclusivos e derivativos. Os atributos exclusivos são: atenção ao primeiro contato - envolve o acesso e o uso da APS a cada novo problema ou episódio de uma situação; longitudinalidade - remete ao uso do serviço ao longo do tempo; integralidade - significa a pessoa receber a atenção em todos os serviços de saúde

conforme sua necessidade, mesmo que para isso seja preciso o encaminhamento para serviços secundários, terciários ou de suporte; coordenação - se refere a continuidade do cuidado e o reconhecimento dos problemas e as condutas adotadas por diferentes profissionais.

Os atributos derivativos da APS são: centralização na família; competência cultural; e orientação para a comunidade. A centralização na família implica considerar o contexto familiar, conhecendo e entrevistando os membros da família e seus problemas de saúde. A competência cultural remete a considerar questões étnicas e raciais. E, a orientação para a comunidade requer reconhecer as necessidades de saúde existentes no território, entre outras questões (STARFIELD, 2002).

Em meio à população que busca atendimento nos serviços de saúde, estão aquelas que vivem com condições crônicas como a infecção pelo HIV e aids, e que assim como as demais pessoas, estão sob influência da organização do cuidado oferecido pelos profissionais e coordenadores que atuam e organizam a RAS no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) requer compreender como o cuidado é processado nos diferentes pontos da RAS, identificando as práticas que conduzem aos melhores resultados, promovendo a qualidade de vida e contribuindo para que a APS na RAS cumpra o seu papel.

Desde o início da epidemia, 79,3 milhões de pessoas foram infectadas e 36,3 milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas à aids. Dentre as doenças transmissíveis, o HIV/aids foram reafirmados como uma séria preocupação global durante a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2012) e na Agenda 2030 para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (BRASIL, 2015).

Consoante a isso, o Brasil assumiu compromissos junto à Organização das Nações Unidas envolvendo os ODS, e entre eles, combater e reverter a tendência de propagação do HIV/aids de modo que até 2020 a meta 90-90-90 deveria ser atingida, assim como a meta 95-95-95 até 2030 (BRASIL, 2018a). Outro compromisso assumido pelo Brasil foi a assinatura da Declaração de Paris, em que os prefeitos se comprometem a acabar com a epidemia de aids até 2030 (UNAIDS, 2014). O Estado de Santa Catarina é considerado um dos mais afetados pela epidemia de aids no Brasil, fato que contribuiu para que 12 municípios assinaram a Declaração de Paris, entre eles Chapecó (UNAIDS, 2018a).

Apesar das diferentes iniciativas implantadas, a diminuição do número de novos casos de HIV continua lenta, reduzindo apenas 11% entre os anos de 2010 e 2016. Nessa direção, há necessidade de esforços nacionais e internacionais, sobretudo nos países com altos índices, para desenvolver a prevenção combinada e alcançar a eficácia da prevenção. A prevenção

combinada deve ser informada por evidências, apropriada pela comunidade, e baseada em direitos, deve incluir uma variedade de abordagens biomédicas, comportamentais, e estruturais, como o planejamento e a programação eficazes para o êxito dos serviços de prevenção (UNAIDS, 2019b).

O diagnóstico e acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids desde o início da epidemia nos anos 80, era realizado por médicos infectologistas na atenção especializada, inseridos nas policlínicas e hospitais. Posteriormente, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) passam a integrar esse cenário. A saúde da família foi implantada nos anos 90, mas somente a partir dos anos 2000 a participação da APS é intensificada, tendo em vista a consolidação da estratégia de saúde da família e o manejo do HIV. Os atributos da APS a colocam em posição de destaque para enfrentar a epidemia (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018; PINTO; CAPELETTI, 2019). A APS passa a ser responsabilizada pelas ações de prevenção e aconselhamento, e recentemente pela testagem, a qual resultou no aumento dos diagnósticos de HIV nesse nível de atenção. A estratificação de risco para as PVHA é a última etapa do processo de descentralização do cuidado, com o acompanhamento dos pacientes assintomáticos estáveis. Contudo, ações relacionadas ao HIV/aids, ainda são parciais na APS (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Estudo realizado em uma capital do sul do Brasil apresenta entre seus resultados que, apesar dos protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde para a atenção às pessoas que vivem com HIV/aids, o atendimento não é sistematizado e não existe um fluxo estruturado entre os serviços, o que resulta na prestação de um cuidado com o que há de disponível. A falta de ações voltadas à atenção para as pessoas que vivem com HIV/aids na APS está associada a falta de ações programáticas voltadas a este público (COLAÇO; MEIRELLES; HEIDEMANN; VILLARINHO, 2019).

O diagnóstico de casos novos e o acompanhamento de usuários positivos são processos muito recentes na APS, polêmicos e pouco estudados. Ainda, é preciso considerar as tensões entre a APS e a atenção secundária em um cuidado compartilhado, o receio das PVHA pela exposição e estigma, fazendo com que as mesmas prefiram ser acompanhadas em um espaço longe de onde vivem. Assim, se faz necessário contextualizar a descentralização considerando o enfrentamento de desafios de ordem: moral – sexualidade e estigma em relação a práticas sexuais; ética – sigilo e confidencialidade da equipe; técnica – manejo clínico das PVHA e formação profissional; organizacional interna – adaptar a organização do serviço de modo a considerar necessidades e expectativas dos usuários; organizacional externa – suporte e interação profissional entre eSF (equipe de saúde da família) e atenção especializada; e política

– agenda e diálogo, considerando as perspectivas dos diferentes atores (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Entre as questões que tensionam o processo de descentralização para a APS e reorganização do modelo de atenção em HIV/aids estão: rotatividade de profissionais e a existência de equipes incompletas; sobrecarga de trabalho; desconfiança acerca do teste rápido; questões envolvendo o aconselhamento e a comunicação do diagnóstico (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016). Ainda, as dificuldades para a instrumentalização da proposta de descentralização abarcam: formação profissional neste campo; risco da quebra da confidencialidade; excesso de demanda; recursos humanos insuficientes; e desarticulação na Rede de Atenção à Saúde (LÓPEZ *et al.*, 2015).

Por outro lado, existe uma tensão positiva que contempla: dados epidemiológicos; trabalho sustentado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e saúde da família; capacitações e apoio matricial (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016). A descentralização do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids constitui uma potencialidade para melhorar os indicadores de controle da doença, tendo em vista a rede de atenção estruturada, gestão eficiente e a busca pela qualificação profissional. Portanto, reorganizar o modelo de atenção às PVHA a partir da APS, se mostra como um processo dinâmico que requer considerar vários fatores (PINTO; CAPELETTI, 2019).

O interesse pela temática emana da minha trajetória profissional. Atuei em diferentes municípios, entre eles Chapecó, Santa Catarina, trabalhando nos âmbitos assistencial e gerencial de enfermagem, além da gestão municipal em saúde, na qual tive a oportunidade de colaborar com a execução de diferentes atividades envolvendo a avaliação de indicadores de saúde, construção de relatórios e planos de saúde, planejamento e implementação de ações em saúde, entre outras, o que ampliou a minha compreensão sobre a rede de atenção à saúde, valorizando ainda mais a inter-relação entre serviços de saúde, gestores, coordenadores, profissionais, e usuários. Nos últimos anos, estou atuando como Professora Assistente na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), para o curso de Graduação em Enfermagem, na área de gestão e gerência em enfermagem e serviços de saúde, oportunizando novos desafios e conhecimentos acerca do ensino, pesquisa e extensão universitária.

Dentre os projetos de pesquisa que venho colaborando na UDESC, em 2017 foi aprovada uma pesquisa multicêntrica em parceria com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), subseção Santa Catarina, denominada “Cuidado e gestão em enfermagem como saberes no campo da atenção primária: proposições para as boas práticas”. Esta pesquisa contribuiu para o meu interesse acerca do tema de melhores práticas e buscar conhecer melhor

as práticas que promovem soluções e trazem resultados frente aos problemas em saúde. Além disso, acredito que colaborar em pesquisas desenvolvidas em parceria com a ABEn contribui para o fortalecimento desse importante espaço de debate e desenvolvimento científico, político e cultural para a enfermagem.

No Brasil, o serviço de saúde é público, universal, integral e equitativo, e diariamente as pessoas buscam por cuidados para a manutenção de sua saúde e prevenção de doenças. Em meio a essas pessoas, estão as que vivem com condições crônicas como o HIV/aids, e algumas desconhecem a sua condição. Historicamente, as pessoas que vivem com HIV/aids eram atendidas nos serviços de referência por especialistas, mas com o avanço dos métodos terapêuticos, o HIV passa a ser considerado uma condição crônica. Com a implantação do SUS, o sistema de saúde vem organizando equipes multidisciplinares nos diferentes pontos da RAS, reestruturando os serviços, viabilizando o trabalho em rede, e reorganizando a atenção oferecida aos usuários de modo a promover um cuidado com foco nas pessoas. Logo, compreender o significado de melhores práticas para as equipes multiprofissionais pode ser um indicativo de caminhos para o desenvolvimento de uma gestão do cuidado resolutiva.

Em 2018, por ocasião do meu ingresso no Programa de Pós-graduação da UFSC, no curso de Doutorado em Enfermagem, tive a alegria de receber como minha orientadora a Professora Doutora Betina H. S. Meirelles, que como pesquisadora bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), me apresentou o foco dos seus estudos em temas como “gestão e gerenciamento em saúde, com enfoque no cuidado às condições crônicas de saúde/doenças emergentes e reemergentes/aids”, e que vieram ao encontro das minhas expectativas de pesquisa. Além da sua excelência em desenvolvimento de pesquisas, a referida Professora já orientou inúmeros estudos e produções científicas envolvendo os temas “melhores práticas”, “gestão do cuidado” e “HIV/aids”, circunstâncias que contribuíram para intensificar o meu interesse nessa temática. Certamente, a confluência de perspectivas foram decisivas para a definição da temática de pesquisa.

O HIV/aids é considerado uma séria preocupação global e foi incluído nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. O elevado número de pessoas que vivem com o vírus/doença, somado ao estigma e à discriminação presentes na sociedade apontam a urgente necessidade de implementar práticas de saúde voltadas para os melhores resultados, baseadas em evidências científicas e com potencial de sugerir a tomada de decisão. No entanto, verifica-se a escassez de publicações que apresentem conceitos estruturados sobre melhores práticas na gestão do HIV/aids, sinalizando uma lacuna acerca da temática (CELUPPI *et al.*, 2022b).

Frente ao exposto, este estudo busca responder à questão de pesquisa “Como as equipes multiprofissionais de saúde significam as melhores práticas para a gestão do cuidado das pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção à saúde?” Em busca dessa compreensão, o estudo desenvolve uma teoria interpretativa por meio da vertente Construtivista da Teoria Fundamentada nos Dados.

Neste estudo, apresenta-se como TESE que:

A adoção de melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde requer a organização de princípios e tecnologias, favorecendo as ações e interações entre profissionais, pessoas e sua rede social, e parcerias intersetoriais em diferentes contextos, e oportunizam a execução de práticas voltadas à complexa gestão do cuidado, com respeito à dignidade humana, contribuindo para o alcance da melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Primário

Compreender o significado das melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids sob a perspectiva das equipes multiprofissionais de saúde que atuam na rede de atenção à saúde de um município prioritário.

1.1.2 Objetivos Secundários

- Conhecer a percepção dos participantes da pesquisa acerca das práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem HIV/aids, considerando a longitudinalidade do cuidado na rede de atenção à saúde.
- Conhecer as práticas que profissionais e coordenadores dos serviços de saúde do município vêm adotando a fim de atender aos compromissos assumidos junto à Organização das Nações Unidas no que se refere as metas 90-90-90 e 95-95-95.
- Construir um modelo teórico interpretativo a partir dos significados atribuídos pelos participantes do estudo sobre as melhores práticas de saúde para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção à saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura está organizada em três tópicos: políticas públicas de saúde; a pessoa que vive com HIV/aids; e, a equipe multiprofissional e as melhores práticas.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS reconhecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, que por meio de políticas sociais e econômicas buscam reduzir o risco de doenças e agravos, oferecendo acesso universal e igualitário, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, com ampla participação social, e capaz de desenvolver ações de saúde para todos os indivíduos conforme suas necessidades (BRASIL, 2017a). A fim de materializar essa concepção expressa na Constituição Federal, em 1990 é publicada a Lei 8.080 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, e define a integralidade da assistência como um princípio possível por meio da articulação dos serviços em diferentes níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Os sistemas de atenção à saúde foram criados para dar respostas às necessidades da população, e para tanto, devem estar alinhados à situação de saúde. Atualmente, com a transição demográfica acelerada, somada à tripla carga de doenças, ou seja, problemas relacionados às doenças infecciosas e carenciais, ainda não superadas, as causas externas e as condições crônicas, não serão resolvidas por um sistema fragmentado e reativo, com foco nas condições agudas e na agudização das condições crônicas. A situação de saúde está caracterizada predominantemente pelas condições crônicas de saúde, contudo, os sistemas de saúde estão estruturados para responder às condições agudas, e este descompasso é considerado o principal problema dos sistemas de saúde no Brasil e no mundo, resultando na descontinuidade do cuidado e baixa qualidade da oferta de ações e serviços (MENDES, 2011).

Diante desse contexto, faz-se necessário implantar uma nova forma de organizar os sistemas de saúde, de modo integrado e que ofereça respostas adequadas às condições de saúde da população. As RAS constituem modelos para organizar a atenção às condições agudas e crônicas, são sistemas integrados que têm como base e centro de comunicação a APS, um conjunto coordenado de pontos de atenção que se comunicam fluidamente, fluxos e contra fluxos do sistema de atenção à saúde, oferecendo um cuidado contínuo e integral à população sob sua responsabilidade (MENDES, 2011). A estrutura operacional da RAS considera a APS

como centro de comunicação das redes, possuindo sete atributos: “Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Centralidade na Família; Abordagem Familiar e Orientação Comunitária” (BRASIL, 2012, p. 11), que buscam superar a fragmentação sistêmica e enfrentar os desafios sociais, econômicos, demográficos, epidemiológicos e sanitários.

A ideia das RAS tão presente na atualidade, tem suas origens em 1920, com a publicação do Relatório de Dawson, que apresenta a APS composta por Centros de Saúde primários que têm por finalidade atender às necessidades locais da população, e referenciar os casos de maior dificuldade ou que requeiram tratamento especial para Centros de Saúde secundários constituído por especialistas, ou outros serviços. Os serviços de saúde devem estar distribuídos de acordo com as necessidades da população, e isso se justifica em termos de eficiência e custo (ENGLAND, 1920). Esse documento propôs uma reorganização nos serviços de saúde da Inglaterra, com mudança no modelo de atenção, enfatizando o papel da APS de servir de porta de entrada, local de primeiro contato, e centro ordenador para os demais serviços (PORTELA, 2017). Definiu a organização do sistema de saúde em níveis, descrevendo cada um deles em suas funções na relação entre os mesmos (MENDES, 2015).

A APS ganha destaque mundial em 1978, a partir da Declaração de Alma-Ata, redigida durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão. A Conferência teve por objetivo discutir a necessidade de promover a saúde para todos os povos do mundo, enfatizando a saúde como um direito humano fundamental, de modo que todos atinjam uma vida social e economicamente produtiva. Para tanto, os cuidados primários em saúde foram apontados como um caminho para atingir essa meta (BRASIL, 2002).

A Declaração de Alma-Ata definiu a APS como cuidados essenciais que se utilizam de métodos e tecnologias de trabalho de natureza prática e cientificamente fundamentadas, universalmente acessíveis, socialmente aceitáveis, e que proporcionem a participação de indivíduos, famílias e comunidades, desenvolvida em meio a um espírito de autonomia e autodeterminação, oferecendo os serviços conforme às necessidades da população. A APS representa o primeiro nível de contato das pessoas com o sistema de saúde, uma vez que a mesma deve estar próxima ao local onde as pessoas vivem e trabalham (BRASIL, 2002). Daí emergem os seus elementos essenciais, como a educação sanitária, prevenção de endemias, tratamento adequado de doenças e danos mais comuns, provisão de medicamentos essenciais e promoção de alimentação saudável (BRASIL, 2002; MENDES, 2015).

Em 1996, a Carta de Lubliana, editada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), propõe princípios fundamentais para os sistemas de cuidado à saúde: Dirigido por valores – dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; Direcionado à saúde – reforma do sistema de saúde com metas claras, e, a proteção e a promoção sendo consideradas preocupações primordiais de toda a sociedade; Centrado nas pessoas – as reformas dos cuidados em saúde devem atender às necessidades, levando em consideração suas expectativas sobre saúde; Focado na qualidade – ter como objetivo a melhoria contínua da qualidade da assistência, considerando a relação custo-benefício, apresentando uma estratégia clara para essa finalidade; Baseado em financiamento sustentável – cobertura universal e acesso equitativo para todas as pessoas aos cuidados necessários, o que requer um uso eficiente dos governos para os recursos em saúde, sua regulação e financiamento dos sistemas; Orientado para a APS – os serviços de saúde em todos os níveis devem promover e proteger a saúde, reforçando a tomada de decisões conjuntas entre pacientes e profissionais, promovendo a continuidade do cuidado (WHO, 1996).

A saúde é influenciada pela estrutura genética, mas também por outros determinantes como o ambiente social e físico, comportamentos individuais e serviços de saúde. Portanto, a natureza da atenção que é fornecida nos serviços de saúde também influencia na condição de saúde individual e familiar, e nesse sentido, para que a atenção primária contribua com a saúde das pessoas, deve considerar os outros determinantes de saúde. O foco da APS está na saúde das pessoas, e para tanto, as equipes que ali atuam desenvolvem ações de prevenção, atenção e cura, e valorizam a colaboração intersetorial, a participação da comunidade e a autorresponsabilidade (STARFIELD, 2002).

A APS oferece a entrada para as pessoas no sistema de saúde, considerando todas as suas necessidades e problemas no decorrer do tempo, com exceção dos muito incomuns, e coordena a atenção fornecida em outros serviços. É compreendida como um conjunto de funções e não de tarefas, pois as tarefas são desenvolvidas por todo o sistema de saúde. Serve de base para os demais serviços de saúde, uma vez que atua no território onde as pessoas vivem e convivem, o que contribui para a compreensão sobre a relação do meio no processo de adoecimento (STARFIELD, 2002).

A responsabilidade pelo cuidado com as pessoas no transcorrer do tempo está apoiada na afirmação de que a saúde é considerada um recurso para a vida diária. Lida com o contexto da doença e busca maximizar o bem-estar e a saúde das pessoas. A APS possui características também presentes em outros níveis, como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; prevenção, tratamento, cura e reabilitação, e o trabalho em equipe (STARFIELD, 2002, p. 59).

Segundo Starfield (2002), a APS possui quatro atributos exclusivos (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, e coordenação da atenção), e atributos derivativos (centralidade na família, competência cultural, orientação para a comunidade). Para proceder a uma avaliação da APS, faz-se necessário ainda, englobar aspectos fundamentais mas não exclusivos (formato do prontuário médico, continuidade da atenção, comunicação profissional-paciente, qualidade clínica da atenção, proteção dos pacientes (STARFIELD, 2002, p. 483).

A atenção ao primeiro contato (porta de entrada) envolve o acesso e o uso do serviço a cada novo problema ou episódio de uma situação. A ideia de que este ponto deve ser de fácil acesso é inerente à organização dos serviços de saúde, pois a sua ausência pode resultar em uma não obtenção da atenção adequada, ou mesmo em seu adiamento. A pessoa é quem irá perceber o serviço como acessível por meio do seu uso, e portanto, avaliar a atenção ao primeiro contato requer considerar a acessibilidade e a utilização. Os problemas que as pessoas relatam são geralmente vagos e não possuem relação com sistemas orgânicos, e, desta forma, na APS os profissionais defrontam-se com uma grande variedade de apresentação das doenças. O acesso, ou inclusão, constitui uma característica chave da APS, e resulta em muitos benefícios para as pessoas, entre eles a redução da morbidade e da mortalidade (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade remete ao uso do serviço ao longo do tempo, uma relação pessoal que envolve vínculo e cooperação entre as pessoas e os profissionais de saúde. As interrupções na continuidade não interrompem a relação. Longitudinal remete à atenção oferecida em meio às mudanças dos indivíduos e grupos ao longo dos anos. Consiste em um indivíduo ou equipe que serão fonte de atenção, independentemente da presença ou ausência de problemas relacionados ou não com a doença. As pessoas identificam a fonte de atenção como sua, uma relação por um período de tempo definido ou não. Deste modo, os pacientes conhecem os profissionais, assim como os profissionais conhecem os pacientes, tratando-os como uma pessoa completa de modo a considerar seus valores e preferências (STARFIELD, 2002).

Integralidade significa a pessoa receber a atenção em todos os serviços de saúde conforme sua necessidade, mesmo que para isso seja preciso o encaminhamento para serviços secundários, terciários ou de suporte. Inclui também o desenvolvimento de serviços preventivos, problemas funcionais, orgânicos ou sociais. Portanto, requer que a APS reconheça toda a variedade de necessidades relacionadas à saúde, e disponibilize recursos para abordá-la. A integralidade requer serviços disponíveis sendo prestados quando necessário, e com frequência suficiente para que os profissionais mantenham sua competência. A APS deve estar

orientada para atender às necessidades das pessoas, alcançando alto nível de desempenho para reconhecer as necessidades da população (STARFIELD, 2002).

A coordenação se refere à continuidade do cuidado e o reconhecimento dos problemas, as condutas adotadas por diferentes profissionais, o que pode ser facilitado por meio do prontuário. O profissional que atua na APS deve estar ciente de todos os problemas que a pessoa possui, pelo menos os relacionados à saúde, independentemente do contexto em que os mesmos apareçam. Portanto, coordenação tem sua essência na disponibilidade e reconhecimento de informações sobre problemas ou serviços anteriores, e que estão relacionadas às necessidades do atendimento atual. Nesse sentido, são necessários sistemas organizados de atenção, que estejam integrados em diferentes níveis e locais, para a prestação de serviços (STARFIELD, 2002).

Os atributos ou aspectos derivativos incluem a centralidade na família, competência cultural, orientação para a comunidade. A centralidade na família está presente quando a integralidade fornece uma base que considera os pacientes dentro dos seus ambientes, avaliando as necessidades em um contexto familiar, entrevistando e conhecendo os membros da família, bem como seus problemas de saúde, e a sua exposição às ameaças à saúde. A competência cultural envolve reconhecer necessidades especiais de subpopulações, considerando características étnicas, raciais e outras culturais. A orientação para a comunidade envolve: o reconhecimento das necessidades inseridas em um contexto social, ou seja, as necessidades de saúde da comunidade, e para tanto podem ser utilizados dados estatísticos e pesquisas; o conhecimento de características específicas como as redes sociais e os sistemas de apoio, incluindo recursos de recreação, religião, político, e filantrópico; e, questões relacionadas a prática, como oferta de equipe de aconselhamento, pesquisa de satisfação, ou sugestões de melhoria (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS e AB são considerados termos equivalentes nas portarias ministeriais, assumindo a AB como política de governo. É desenvolvida em território adscrito, de modo intersetorial e com foco no usuário, na família e na comunidade. Para tanto, desenvolve um conjunto de ações que contemplam a “promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada” em que a equipe multiprofissional assume responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017b, p.1).

A AB está regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006, e reeditada nos anos de 2011 e 2017. A PNAB/2017 apresenta como diretrizes: regionalização e hierarquização; população adscrita, com o cuidado centrado na

pessoa, e a resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade. Dentre estas diretrizes, a longitudinalidade pode ser definida como o cuidado oferecido ao usuário ao longo do tempo, e, para tanto, requer uma construção de vínculos com a equipe de modo permanente e consistente, corresponsabilização, acompanhamento da história de saúde, de vida, e portanto dos efeitos das intervenções em saúde, coordenando o cuidado e sendo a referência do usuário, e atuando de modo a prevenir iatrogenias. A coordenação do cuidado requer acompanhar o fluxo dos usuários em seu itinerário terapêutico dentro dos diferentes pontos de atenção, produzindo uma gestão compartilhada (BRASIL, 2017b).

A PNAB/2017 apresenta como atributos da AB na RAS ser o “primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território”. Para que a AB cumpra com a sua função de ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as diversas redes, a mesma tem como principal modelo de reorientação dos serviços de saúde a Estratégia Saúde da Família (ESF). Para o Ministério da Saúde (MS), gestores municipais e estaduais, a Saúde da Família (SF) é considerada como uma estratégia para a consolidação da AB pela potencialidade de impactar positivamente na situação de saúde das pessoas e coletividades, ampliando o cuidado qualificado por meio de equipes de trabalho multiprofissionais que atuam sobre um determinado território (BRASIL, 2017b).

A AB é considerada a principal porta de entrada do sistema de saúde, e busca operacionalizar os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade. Atua como centro do cuidado e ordenadora da RAS (BRASIL, 2017b). As RAS são constituídas pelos diferentes pontos de atenção à saúde secundários e terciários, que junto com a AB buscam a integralidade do cuidado, e interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, sendo operacionalizada a partir da relação de três elementos: população e regiões de saúde, a estrutura operacional, e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2015). A AB atua sobre o território onde as pessoas residem e convivem, e portanto, vai para além do espaço físico da unidade de saúde, englobando toda a área de abrangência. As necessidades e demandas de saúde servem de base para o desenvolvimento de ações e políticas de saúde, que interferem sobre os fatores de adoecimento da população (BRASIL, 2017b).

Essa aproximação entre a AB e a população colabora para a acessibilidade, o desenvolvimento de relações de vínculos, continuidade e longitudinalidade do cuidado, corresponsabilização entre profissionais e usuários, servindo de referência para o cuidado. A atenção oferecida ao usuário requer considerar a sua capacidade de autocuidado, colaborando

para que as decisões sejam tomadas de modo compartilhado sobre o estado de saúde da pessoa. Assim, faz-se necessário que a equipe realize o acolhimento, escuta qualificada, o atendimento integral e humanizado e conheça a história de vida do usuário (BRASIL, 2017b).

Deste modo, a qualificação dos profissionais pode ser um aspecto que contribui para esse processo, uma vez que promova o empoderamento de profissionais às práticas humanizadas, a ampliação das possibilidades de intervenção em prol de bem-estar dos usuários, da promoção da saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2018b). As equipes de Saúde da Família (eSF) são compostas por: médico, preferencialmente especialista em saúde de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Também podem fazer parte da equipe o agente de combate a endemias, e os profissionais de saúde bucal com cirurgião dentista preferencialmente especialista em saúde da família, técnico e/ou auxiliar de saúde bucal. Possui ainda as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) que atuam na lógica de ampliar o escopo de ações e a resolubilidade na AB (BRASIL, 2017b). Cabe destacar que a AB era considerada um campo de atuação para profissionais generalistas, contudo esta concepção vem mudando ao se perceber na PNAB a expressão “preferencialmente especialista em saúde da família e comunidade”.

Em 2017, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) convocou o Fórum Regional “Saúde Universal no Século XXI: 40 Anos de Alma-Ata”, em Quito, no Equador. A Comissão reunida foi composta por um grupo interdisciplinar de especialistas, com o objetivo de desenvolver recomendações sobre como efetivar a saúde como direito fundamental. Foram analisados os sistemas de saúde das Américas, o que deu origem a um documento que apresenta 10 recomendações para alcançar a saúde para todos na Região das Américas no século XXI. Entre as recomendações, estão o desenvolvimento de modelos centrados nas pessoas, nas comunidades e baseados na APS, que levem em conta a diversidade humana, o interculturalismo e a etnia, e, o reconhecimento dos recursos humanos como protagonistas na construção e consolidação dos modelos de cuidado baseados na APS (PAHO, 2019).

Em 2018, a Conferência de Astana realizada no Cazaquistão, declara que a APS é um pilar de um sistema de saúde sustentável para o alcance da cobertura universal de saúde e os ODS. É preciso priorizar a prevenção de doenças e a promoção de saúde, assim como o atendimento das necessidades de saúde das pessoas ao longo de suas vidas, o que requer serviços de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação, e cuidados paliativos. Ações multisetoriais, cobertura universal e empoderamento da comunidade local fortalecem a APS. Um sistema de saúde integrado, seguro e de qualidade é de crucial importância, e, portanto, não

se pode tolerar gastos com saúde devido à ineficiência do sistema. Cabe aos governos a responsabilidade de prover serviços de modo que todos desfrutem do mais alto padrão de saúde possível (WHO; UNICEF, 2018).

A APS deve fornecer um conjunto abrangente de serviços, entre eles, o rastreamento de doenças, o controle e manejo de doenças transmissíveis, e a saúde sexual, sendo acessível, equitativa, segura, eficiente, disponível, aceitável, contínua, integrada aos demais serviços, centrada na pessoa, sensível ao gênero, detectando e respondendo a doenças transmissíveis e surtos. O sucesso da APS será conduzido por: conhecimento e capacitação; recursos humanos para a saúde; tecnologia; financiamento; empoderamento individual e comunitário; e, alinhamento do apoio entre as partes interessadas nas políticas nacionais, estratégias e planos (WHO; UNICEF, 2018).

Dentre as doenças transmissíveis, o HIV/aids foi reafirmado como uma séria preocupação global durante a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2012), e na Agenda 2030 para os ODS. Nesta última, o objetivo 3 versa sobre “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (BRASIL, 2015, p. 18), apresentando um elenco de ações a serem desenvolvidas para tal finalidade, entre elas, acabar com as epidemias de aids até 2030, assegurando o acesso universal aos serviços de saúde sexual, atingindo a cobertura universal de saúde, promovendo o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade, e a medicamentos seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos. Ressalta ainda que todas as pessoas em estado de vulnerabilidade precisam ser empoderadas, buscando acelerar os progressos obtidos como na luta contra o HIV/aids (BRASIL, 2015).

2.2 A PESSOA QUE VIVE COM HIV/AIDS

As pessoas que vivem com HIV possuem direitos e obrigações amparados por lei, assim como todo cidadão brasileiro, e entre os direitos garantidos estão a dignidade humana e o acesso à saúde pública. Em 1989, foi criada no Brasil, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa portadora do vírus da aids, por meio de um esforço conjunto entre profissionais de saúde e sociedade civil, e com o apoio Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, e foi aprovada durante o Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids (ENONG), realizado em Porto Alegre/RS. Entre o disposto no documento, toda pessoa que vive com HIV/aids tem direito a informações sobre sua condição, ao amplo acesso ao tratamento, participação em todos os

aspectos da vida social, garantia de privacidade acerca do seu diagnóstico, direitos completos à cidadania, e a não ser submetido a qualquer tipo de discriminação (BRASIL, 2022a).

As pessoas que vivem com a infecção causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) podem apresentar variações nas manifestações clínicas da doença, que vão desde a fase aguda até a fase avançada ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) (BRASIL, 2017c; 2018). O HIV/aids continua sendo considerado um problema de saúde pública expressivo, devido a sua abrangência e transcendência (AMORIM; DUARTE, 2021; BRASIL, 2017c). Quando a pessoa não recebe tratamento, ocorre uma grave disfunção do sistema imunológico, uma vez que os linfócitos T CD4+ vão sendo destruídos, favorecendo o desenvolvimento de doenças secundárias (BRASIL, 2017c).

Os agentes etiológicos são os retrovírus HIV-1 e HIV-2 da família Lentiviridae, e os seres humanos são considerados reservatórios do vírus. A transmissão do HIV ocorre por via sexual, sangue e leite materno. Portanto, relações sexuais desprotegidas, utilização de sangue, órgãos ou sêmen de doadores não testados, compartilhamento de seringas e agulhas, acidente ocupacional com perfurocortantes contaminados, e a transmissão da mãe para filho (vertical) durante a gestação, parto e amamentação, são as formas que as pessoas podem adquirir o HIV, principalmente se o portador fonte da infecção estiver com a carga viral alta (BRASIL, 2017c).

A fase aguda da doença, também denominada infecção primária ou síndrome retroviral aguda (SRA) devido ao conjunto de manifestações clínicas que ocorre nas primeiras semanas da infecção pelo HIV, surge em pelo menos 50% das pessoas infectadas, variando desde um quadro gripal até uma síndrome semelhante à mononucleose, sendo autolimitadas, ou seja, desaparecem em 3 a 4 semanas. As pessoas apresentam viremia elevada, resposta imune intensa, queda transitória na contagem dos linfócitos T CD4+, e entre os sinais e sintomas estão a febre, adenopatia, faringite, artralgia, exantema maculopapular eritematoso, ulcerações mucocutâneas envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália, hiporexia, mialgia, adinamia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas, vômitos, candidíase oral, cefaleia, fotofobia, neuropatia periférica, meningoencefalite asséptica e síndrome de Guillain-Barré (BRASIL, 2017c; 2018).

A próxima fase é a de latência clínica na qual não são observadas alterações ao exame físico, com exceção da linfadenopatia que pode persistir por vários meses. Nos exames laboratoriais podem ser identificadas a plaquetopenia (mais comum), anemia e leucopenia leves. A contagem de linfócitos T CD4+ se mantém acima de 350 céls/mm³, contudo ocorre apresentação atípica das infecções, reativação de infecções antigas ou resposta tardia a antibioticoterapia. A aids é definida pela presença de infecções oportunistas (IO) -

“pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus”; e neoplasias – “Sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens” (BRASIL, 2018a, p. 56). O HIV ainda pode causar dano a certos órgãos como a miocardiopatia, nefropatia e neuropatias.

Para a prevenção do HIV, das infecções sexualmente transmissíveis (IST), hepatites virais e fatores associados são desenvolvidas intervenções conjuntas que conformam a “prevenção combinada”, uma vez que combina três formas de intervenção para a formulação de estratégias de prevenção, quais sejam: biomédicas, comportamentais e estruturais (marcos legais) (BRASIL, 2017d; 2019; PINHO *et al.*, 2020). Para tanto, faz-se necessário que as estratégias estejam centradas nas pessoas, grupos sociais e na sociedade em que elas estão inseridas, observando as especificidades dos sujeitos e seus contextos. As intervenções: biomédicas - possuem o foco na redução do risco à exposição dos indivíduos ao HIV, e podem ser as intervenções clássicas (métodos de barreira – preservativo masculino e feminino), as intervenções baseadas em ARV (Profilaxia Pós-Exposição – PEP; Profilaxia Pré-Exposição - PrEP; e tratamento para todas as pessoas – TTP), imunização contra Hepatite B e o Vírus do Papiloma Humano (HPV), prevenir a transmissão vertical, tratamento para o HIV e outras IST; comportamentais – o foco está na abordagem dos diferentes graus de risco a que os indivíduos estão expostos, oferecendo orientações para a testagem do HIV, aconselhamento, incentivo a testagem regular, e incentivo ao uso de preservativos; estruturais – estratégias destinadas a interferir em aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos, potencializadoras de vulnerabilidades para as pessoas ou segmentos sociais, diminuindo as desigualdades socioeconômicas, instituindo normas e marcos legais, fomentando o protagonismo e o empoderamento, divulgando informações, e fortalecendo a estrutura institucional do SUS (BRASIL, 2017d; 2019).

A atenção às pessoas vivendo com HIV (PVHIV) requer a continuidade do cuidado e envolve cinco momentos denominados também mundialmente de “cascata de cuidado contínuo do HIV”, e busca estabelecer metas e realizar o monitoramento dos avanços no cuidado as PVHIV, sendo eles: diagnóstico oportuno; vinculação da pessoa HIV positivo a um serviço de saúde; retenção da pessoa no seguimento, realizando o acompanhamento e exames periódicos; início da terapia antirretroviral (TARV) e adesão ao tratamento; supressão da carga viral e qualidade de vida comparável a quem não possui o HIV. A vinculação é um processo que inicia no acolhimento e orientação até a realização da 1ª consulta e início do tratamento. Retenção significa que a pessoa realiza exames, retira medicamentos antirretrovirais (ARV) rotineiramente e comparece a todas as consultas. Adesão ao tratamento compreende o uso ideal

dos ARV e a participação da pessoa nas decisões sobre o tratamento. A má adesão leva à falha terapêutica, e para evitá-la, a equipe de saúde pode fazer uso de diferentes estratégias, como as rodas de conversa, grupos de apoio, atividades em sala de espera, distribuição de material educativo, entre outras (BRASIL, 2018a).

Nos últimos anos, a infecção pelo HIV passou a ser considerada uma doença crônica devido à redução da morbimortalidade e ao uso intensivo da TARV, desencadeando a necessidade de atuação multidisciplinar contínua para o atendimento integral às PVHIV. Geralmente, o atendimento dessas pessoas fica restrito aos Serviços de Atendimento Especializado (SAE), que acabam sobrecarregados e atuando de modo isolado, então as PVHIV acessam outros pontos de atenção da RAS, o que resulta em uma descontinuidade do cuidado, e a oferta de uma atenção deficiente para uma condição crônica (BRASIL, 2017d, 2018). A pessoa que não é vinculada à APS acaba sem acesso a cuidados múltiplos em saúde, como alimentação saudável, atividade física, vacinação, e outras atividades gerais de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2018a).

A fim de superar esta problemática, o MS propõe duas ações: o atendimento em rede, e o matriciamento. O cuidado organizado em rede favorece o transito das pessoas nos serviços de saúde de que necessitem, cabendo à APS acompanhar os casos assintomáticos e realizar o controle dos pacientes estáveis, assim como realiza para as demais condições crônicas, e ao SAE cabe realizar atendimento para os pacientes sintomáticos, coinfectados, e outros casos de maior complexidade. A APS desenvolve um papel primordial na ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV, e no tratamento às PVHIV, e nesse sentido, faz-se necessário desenvolver uma gestão compartilhada para o cuidado às PVHIV entre o SAE e a APS, a qual apresenta entre seus benefícios, o vínculo entre as pessoas em ambos os serviços, a possibilidade de melhorar a qualidade do atendimento e o prognóstico das PVHIV. O matriciamento tem a função de retaguarda especializada, oferecendo suporte técnico pedagógico e apoio institucional em busca de promover a construção coletiva de propostas terapêuticas entre os profissionais, a população e a pessoa (BRASIL, 2019).

A reorganização do modelo de atenção à saúde em toda a RAS, especialmente a partir da APS, porta de entrada preferencial do SUS, requer o cuidado como eixo para a reorientação, de modo que envolva não apenas a assistência às PVHIV, mas a promoção da qualidade de vida, intervenção sobre fatores de risco, e o desenvolvimento de ações programáticas e intersetoriais. A reestruturação das ações de atenção às PVHIV a partir das realidades locais dos sistemas de saúde, promovendo a evolução dos serviços especializados para modelos matriciados, incluindo diferentes pontos da RAS na linha de cuidado ao HIV/aids, considerando

a complexidade das ações, vêm melhorando o cuidado oferecido a essas pessoas. A linha de cuidado direciona o processo de trabalho e as relações entre diferentes pontos de atenção, respeitando a importância do SAE ao mesmo tempo em que integra outros serviços especializados e a APS para o atendimento compartilhado (BRASIL, 2014a).

Nesse sentido, o MS propõe 5 passos para implementação e manejo do HIV na APS. O primeiro consiste em estabelecer um modelo de estratificação de risco, ou seja, PVHIV assintomáticas estáveis realizarão o seguimento na APS, enquanto para os sintomáticos, coinfectados, gestantes e crianças, o local de seguimento é o SAE, com a proposta de atendimento compartilhado com a APS. Neste momento, é importante ouvir a vontade da PVHIV e levá-la em consideração, e quando a mesma não desejar o cuidado compartilhado, mantê-la no SAE. O segundo passo é qualificar os profissionais, o que pode ser realizado por métodos de curta duração de modo presencial (oficinas, seminários, cursos de capacitação, com materiais de apoio, ou equipes como o Nasf-AB) ou não-presencial (acesso *online* a vídeo aulas, sites como o Telessaúde, entre outros), e métodos de média ou longa duração (educação permanente com profissionais experientes na atenção a pessoas vivendo com HIV/aids, como a equipe do SAE). Ainda, parcerias com instituições de ensino superior, escolas de saúde pública e Comissões de Integração Ensino-Serviço ampliam as ações de educação continuada (BRASIL, 2014a).

O terceiro passo é a garantia de suporte técnico aos profissionais, oferecido por profissionais experientes, por meio de educação continuada, articulações locais e matriciamento (estágios supervisionados, consultas compartilhadas, grupos de treinamento, interconsultas entre APS e SAE, reuniões para discussão de casos envolvendo profissionais com experiência, a exemplo da equipe do SAE, professores universitários, entre outros). O quarto passo é disponibilizar exames de CD4 e carga viral nas Unidades de Saúde da APS, solicitando exames e utilizando os pontos de coleta já existentes, bem como criando novos pontos de coleta na APS. O quinto passo é viabilizar o acesso aos ARV às pessoas em seguimento na APS, utilizando as Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) já existentes e criando novas UDM na APS. A criação de novas UDM deve considerar o sigilo em relação ao diagnóstico de HIV, o número de pessoas que utilizam a TARV e a proximidade com outra UDM, evitando a instalação de um serviço ocioso (BRASIL, 2014a).

Entre os compromissos assumidos pelo Brasil junto à Organização das Nações Unidas envolvendo os ODS, está combater e reverter a tendência de propagação do HIV/aids, e para tanto, até 2020 nosso país deveria atingir a meta 90-90-90, ou seja: 90% das pessoas com HIV diagnosticadas; destas, 90% fazendo uso de TARV; e, 90% destas pessoas com carga viral

indetectável, o que requer boa adesão ao tratamento e qualidade da assistência (BRASIL, 2018a). Quando a carga viral é indetectável o HIV é intransmissível, isso porque a TARV é altamente eficaz na redução da transmissão do HIV nas relações sexuais. Entre 2007 e 2016 foram realizados estudos entre casais, em que um dos parceiros vive com HIV com carga viral suprimida e o outro é soronegativo, não sendo identificado nenhum caso de transmissão do vírus, o que representa uma transformação na vida dessas pessoas, que além de poderem optar por relações sexuais sem preservativo, se libertam do estigma associado à convivência com o HIV (UNAIDS, 2018a).

A Declaração de Paris, publicada em 2014, reafirma essa meta e apresenta os compromissos assumidos pelos prefeitos para tal finalidade: acabar com a epidemia de aids nas cidades até 2030, reduzindo mortes relacionadas à aids, assegurando acesso contínuo à prevenção, diagnóstico, tratamento, e acabando com o estigma e a discriminação; colocar as pessoas no centro de todas as ações, respeitando os direitos humanos e estabelecendo parcerias com a sociedade civil; enfrentar as causas de risco, vulnerabilidades e transmissão do HIV, trabalhando em parceria com a sociedade civil e pessoas em diferentes situações de vulnerabilidade para promover a tolerância; usar a resposta à aids para uma transformação social positiva, alavancando transformações sociais inovadoras, construindo sociedades justas e sustentáveis, fazendo uso dos avanços da ciência, tecnologia e da comunicação; construir e acelerar uma resposta adequada às necessidades locais, a fim de que a demanda e a oferta de serviços sejam condizentes às necessidades locais; mobilizar recursos para a saúde pública e um desenvolvimento integrado; e, união dos prefeitos como líderes, organizando um rede de cidades em prol de partilhar experiências, dados e conhecimentos, e apresentando relatórios anuais sobre o progresso alcançado (UNAIDS, 2014).

Em Santa Catarina, 12 municípios assinaram a Declaração de Paris. O Estado é considerado um dos mais afetados pela epidemia de aids no Brasil, com uma taxa de detecção de 26,8 casos a cada 100.000 habitantes, enquanto no Brasil a taxa de detecção de 18,3 casos de aids por 100.000 habitantes segundo dados do Ministério da Saúde em 2017. Os municípios catarinenses que apresentaram taxas superiores à média nacional e assinaram a declaração são: Balneário Camboriú (61,5), Itajaí (52,6), Florianópolis (55,7), São José (42,8), Palhoça (44,6), Criciúma (36,3), Lages (31,5), Jaraguá do Sul (26,3), Blumenau (30,3), Joinville (24,1), Chapecó (21,0) e Brusque (26,2) (UNAIDS, 2018a). Outras cidades brasileiras que apresentam taxas altas são: São Paulo/SP (22,1), Salvador/BA (24,9), Viamão/RS (46,3), e Porto Alegre/RS (65,9), capital com maior taxa de detecção de casos de aids. Em relação às pessoas, um a cada cinco novos casos de HIV estão entre homens de 15 a 24 anos, e, entre homens de 20 a 24 anos,

a taxa de detecção de aids passou de 15,6 para 36,2, apresentando um crescimento de 133% na última década. Além disso, são consideradas populações-chave em maior risco de infecção quando comparadas à população geral: homens que fazem sexo com homens (28 vezes maior); pessoas que usam drogas injetáveis (22 vezes maior); profissionais do sexo (13 vezes maior); e mulheres transexuais (13 vezes maior) (UNAIDS, 2018a).

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) que une esforços de 11 organizações da Organização das Nações Unidas, em 2020, havia 37,7 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo (36 milhões de adultos e 1,7 milhões de crianças) sendo que 73% tinha acesso ao tratamento, 1,5 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV, 680 mil morreram por doenças relacionadas à aids, e cerca de 6,1 milhões de pessoas não sabiam que estavam vivendo com HIV (UNAIDS, 2022). Dentre as pessoas vivendo com HIV, 53% são mulheres e meninas, e 84% conheciam seu estado sorológico, e 73% tiveram acesso ao tratamento, dentre as quais, 79% eram mulheres adultas, 85% mulheres grávidas, e 68% homens adultos. Além disso, o risco de morte por COVID-19 entre as pessoas vivendo com HIV era o dobro da população em geral segundo estudos realizados na Inglaterra e África do SUL, situação ainda mais grave na África subsaariana onde vivem cerca de dois terços das pessoas com HIV, sendo que as vacinas não estão chegando com a rapidez suficiente, tendo em vista que até julho de 2021, a primeira dose da vacina da COVID-19 havia sido aplicada em menos de 3% da população africana. A COVID-19 impôs restrições sanitárias e *lockdowns*, levando à interrupção de testes de HIV, com diminuição no número de diagnósticos e encaminhamento para tratamento (UNAIDS, 2022).

No Brasil, entre 2007 e julho de 2021, foram notificados 381.793 casos de HIV, sendo diagnosticados 32.701 novos casos de HIV em 2020. Nesse mesmo período, os casos de aids totalizaram 1.045.355, sendo 29.917 casos detectados no país apenas em 2020. A taxa de detecção de aids passou de 22,0/100 mil habitantes em 2012 para 14,1/100 mil habitantes em 2020, ou seja, apresentou uma diminuição de 35,7%, mas acredita-se que parte dessa redução pode estar relacionada à subnotificação de casos ocasionada pela pandemia de COVID-19. Também em 2020, foram registrados 10.417 óbitos por causa básica aids (BRASIL, 2021a). Estudo realizado no Estado do Piauí concluiu que a mortalidade por aids em expressiva parcela de municípios piauienses apresentou associação positiva ou negativa com indicadores sociais que envolvem condições educacionais, de habitação, geração de emprego e renda, e por isso o controle da epidemia e das mortes integra a agenda de desenvolvimento de um território e envolve diversos setores da sociedade, não podendo ser considerado como responsabilidade exclusiva do campo da saúde (MARANHÃO *et al.*, 2021).

O mapa de prevenção 2020 para o HIV aponta 25 países (coalizão de países) com altos números de infecção em adolescentes e adultos em 2016, os quais necessitam de esforços nacionais e internacionais, pois representam quase 75% dos novos casos de HIV mundialmente. O mapa aponta que existem quatro razões principais para o progresso insuficiente na diminuição do número de casos: lacunas na liderança política – carência de líderes que defendam planos ambiciosos de prevenção, que defendam as pessoas vulneráveis e marginalizadas, e que traduzam adequadamente a implementação efetiva de um programa; lacunas na política – o alcance de resultados requer esforços adicionais para desenvolver um ambiente político a favor da prevenção, abordando fatores que aumentam a vulnerabilidade das pessoas, dificultam o acesso, aceitação e adesão aos serviços de prevenção do HIV; lacunas no financiamento para a prevenção do HIV; falta de implementação sistemática em escala – uma resposta efetiva para a prevenção do HIV requer a colaboração de vários setores, e o engajamento de uma série de atores, com responsabilidades claras sobre cada componente do programa, e metas programáticas com adequado monitoramento (UNAIDS, 2019b).

Por outro lado, o mapa também apresenta que a experiência dos países indica três princípios e duas abordagens principais que devem ser consideradas para o sucesso da prevenção. A prevenção combinada precisa ser: baseada em evidência; apropriada pela comunidade; e baseada em direitos. Duas abordagens para o desenho dos programas são essenciais: localização da população abordando a heterogeneidade da epidemia de HIV, assegurando o planejamento e a programação eficazes e eficientes dos serviços de prevenção; e, uma abordagem centrada nas pessoas, atendendo as diferentes necessidades da população e comunidade de risco, capacitando para fazer escolhas acerca de diferentes formas de prevenção ao longo da vida (UNAIDS, 2019b). A prevenção combinada favorece a adoção de estratégias voltadas a intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais, e é fundamental para a melhoria do atendimento das pessoas que vivem com HIV/aids (PINHO *et al.*, 2020).

A gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids implica em ampliar o olhar sobre as diferentes dimensões que interferem direta ou indiretamente na vida dessas pessoas. Para Cecílio (2011), promover o bem-estar e uma vida produtiva e feliz requer o saber-fazer considerando seis dimensões em que o cuidado é prestado: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. A primeira dimensão individual é a mais próxima do microsistema onde a pessoa vive, seguida da dimensão familiar que contempla amigos e vizinhos, depois a profissional, e as demais dimensões um pouco mais distantes da pessoa que vive com HIV/aids e que se referem a organização do trabalho da equipe (organizacional),

conexões formais entre os sistemas de saúde (sistêmica), e por último, a formulação e implementação de políticas públicas (societária).

Ainda, é preciso considerar que as pessoas interagem o tempo todo no contexto em que estão inseridas, se relacionam, influenciam e são influenciadas. Nesse aspecto, o modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner, também denominado PPCT (Pessoa-Processo-Contexto-Tempo), permite investigar a relação entre características da pessoa e do ambiente, considerando-as fatores determinantes para o desenvolvimento do indivíduo, e em relação ao tempo. A interação entre organismos e ambiente ao longo do tempo são os primeiros mecanismos na produção do desenvolvimento humano, e são denominados processos proximais (BHERING; SARKIS, 2009; MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

Os quatro aspectos multidimensionais e inter-relacionados no modelo PPCT, são: Pessoa – considera as características do indivíduo, as quais impactam na maneira como a pessoa experiêcia os diferentes contextos nos quais se insere. As características existem ou exercem influência umas sobre as outras, sendo que três delas influenciam e moldam o curso do desenvolvimento humano: disposições, colocam os processos proximais em movimento e sustentam a operação; recursos bioecológicos de habilidade, experiência e conhecimento para que os processos proximais sejam efetivos; demanda, que influenciam reações no contexto social, nutrindo ou rompendo os processos proximais. Processo – papéis e atividades diárias das pessoas que as ligam em diferentes níveis. Para que haja o desenvolvimento é preciso participação ativa com interação cada vez mais complexa e recíproca entre pessoas, objetivos e símbolos. Interação efetiva requer regularidade por longos períodos de tempo, constituindo padrões duradouros de processos. Contexto – meio ambiente em que o indivíduo está inserido e acontecem os processos de desenvolvimento. Envolve os ambientes mais imediatos nos quais a pessoa em desenvolvimento vive, como os mais distantes em que a pessoa nunca esteve, mas que influenciam o seu curso de desenvolvimento: micro, meso, exo e macrosistemas. Tempo – como ocorrem as mudanças nos eventos no decorrer do tempo, e que podem alterar o curso de desenvolvimento dos indivíduos ou mesmo da população (BHERING; SARKIS, 2009; MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

A primeira estrutura dos ambientes se refere ao microsistema, que é onde a pessoa experencia papéis e relações interpessoais face-a-face, executando um padrão de atividades em um ambiente com determinadas características físicas e materiais. As interações promovem mudanças comportamentais e de desenvolvimento da pessoa. O mesossistema contempla as interações em dois ou mais ambientes nos quais a pessoa participa. O exossistema é onde a pessoa não possui uma participação, mas os acontecimentos daquele ambiente podem

influenciar a vida da pessoa. E o macrosistema envolve todos os demais ambientes em uma rede de interconexões que possuem diferenças entre a estrutura política e cultural em diferentes nações. Bronfenbrenner dá ênfase ao conteúdo dos processos e modo como são percebidos, pensados, ou temidos pela pessoa, ou ainda como são adquiridos como conhecimentos, interessando-se na alteração do material psicológico em função da exposição ou da interação da pessoa com o meio ambiente. O sistema de interação é chamado de rede social, e ocorre em um ambiente restrito onde as pessoas interagem o tempo todo, ou presentes na interconexão dos ambientes (LINARES *et al.*, 2002; MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

A compreensão do desenvolvimento humano trata do processo como a pessoa adquire uma compreensão mais ampliada e diferenciada do seu meio ambiente ecológico, envolvendo-se em atividades que revelem as suas propriedades, sustentam e devolvem ao ambiente semelhante ou maior complexidade de forma e conteúdo, e o processo relacionado à estabilidade ou mudanças nas características biopsicológicas da pessoa durante a sua vida ou através de gerações (BRONFENBRENNER; EVANS, 2002; MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

2.3 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E AS MELHORES PRÁTICAS

O trabalho em equipe vem oportunizando a prática interprofissional, e proporcionando avançar para além das fronteiras das áreas, ampliando as competências profissionais, compreendidas a partir de três modalidades: específicas de cada área profissional, comuns no campo da saúde, e as práticas colaborativas. A última envolve: comunicação interprofissional; atenção centrada no paciente, familiares e comunidade; clareza no papel dos diferentes profissionais; funcionamento da equipe de saúde; liderança colaborativa; e resolução de conflitos interprofissionais (FELLI; PEDUZZI; LEONELLO, 2016).

Em relação às práticas colaborativas, este termo propriamente dito não está presente na PNAB 2017, contudo podem ser identificadas algumas práticas como: a comunicação, em uma interface entre os diferentes pontos da RAS, na recepção do serviço, e no sentido de compartilhar saberes e práticas para a gestão do cuidado; o cuidado centrado na pessoa, por meio de um trabalho em equipe, desenvolvendo processo interdisciplinar, segurança do paciente na AB, considerando a família e a comunidade; a descrição das atribuições profissionais específicas e as comuns a toda a equipe; princípios e diretrizes orientadores da organização da AB nos municípios; descrição das atribuições do gerente de atenção básica, acompanhando, orientando e monitorando o processos de trabalho da equipe, de modo a

estimular o vínculo dos profissionais de saúde e favorecer o trabalho em equipe; mediação de conflitos e resolução de problemas (BRASIL, 2017b).

As práticas colaborativas resultam do que pode ser compartilhado entre os profissionais das diferentes áreas do conhecimento e disciplinas (ESCALDA; PARREIRA, 2019; PEREIRA; OLIVEIRA, 2018) para a tomada de decisão sobre os melhores tratamentos e terapêuticas, a fim de qualificar a atenção para o cuidado centrado no paciente, e leva em consideração as preocupações, desejos e necessidades individuais. Os cuidados colaborativos provêm da interação entre profissional de saúde e paciente, garantindo a tomada de decisão compartilhada sobre as práticas de cuidado e autogestão das orientações. Ainda, a organização dos serviços de saúde baseada nas melhores práticas requer adaptação dos pacientes à organização dos serviços. O envolvimento dos pacientes de modo positivo no cuidado se dá no momento em que ele percebe que o cuidado atende suas necessidades singulares, recebendo as informações para a tomada de decisão acerca da própria saúde (ESCALDA; PARREIRA, 2019).

As melhores práticas compreendem um conjunto de técnicas, processos e atividades, identificadas como melhores para executar uma tarefa, seja pela experiência ou pela investigação, que apresenta confiabilidade para alcançar determinado resultado. Contempla o uso eficiente de recursos para o alcance de uma meta, adaptando soluções identificadas em determinados contextos a outras realidades (OMS, 2008; ANDRADE *et al.*, 2013), pressupondo mudanças individuais, coletivas e organizacionais, aumentando a credibilidade e a capacidade de construir iniciativas (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013), envolvendo o serviço, a comunidade e a gestão (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016). A palavra melhor não significa “perfeição”, mas refere a elementos que reconhecidamente contribuem para que as intervenções sejam bem sucedidas, ainda que de modo parcial, e documentando tudo o que foi aprendido sobre aquilo que não funciona, evitando que o erro se repita em outros programas, bem como a perda de tempo valioso (OMS, 2008).

A identificação de melhores práticas requer capacidade crítica para analisar um conjunto de critérios, quais sejam: eficácia; eficiência; relevância; solidez ética; sustentabilidade; possibilidade de duplicação; envolvimento de parcerias; envolvimento comunitário; e compromisso político. Considera-se como critérios mínimos para que uma prática seja melhor: eficácia, eficiência e relevância. A eficácia significa que a prática deve funcionar e atingir resultados mensuráveis. A eficiência significa que as práticas devem produzir resultados utilizando tempo e recursos razoáveis. Relevância remete a abordagem de problemas prioritários em saúde (OMS, 2008).

Para ser considerada como uma melhor prática, as intervenções devem ser avaliadas em seu contexto, processo e resultado, e atender critérios de avaliação a fim de melhorar a utilidade e a credibilidade da evidência baseada na prática em intervenções de saúde pública. Os elementos que integram o contexto e o processo devem ser considerados em conjunto com os resultados, a fim de possibilitarem o direcionamento e a adaptação a outros contextos. Os critérios de avaliação são: relevância, participação da comunidade, colaboração das partes interessadas, ética, replicabilidade, eficácia, eficiência e sustentabilidade (NG; COLOMBANI, 2015).

No âmbito da APS, estudo apontou como melhores práticas: programas do MS; atividades que contribuem para a organização do processo de trabalho; o matriciamento; práticas que aproximam o serviço dos usuários; o vínculo, a negociação, a humanização e o cuidado direcionado às necessidades dos usuários; a flexibilização de ações; as reuniões de equipe; educação permanente; ações interdisciplinares; o acesso as ações e serviços de saúde; a integração do setor saúde com outras redes sociais; o serviço como referência para outras Unidades de Saúde; o monitoramento de indicadores; a colaboração entre profissionais e valorização das suas capacidades; a participação dos profissionais na tomada de decisão; o engajamento da comunidade. A organização dos serviços de saúde reflete na integralidade da atenção, assim como os saberes técnicos, e as práticas profissionais de toda a equipe. Nesse sentido, o represamento do acesso aos serviços secundários de saúde pode ser considerado um obstáculo para a integralidade da assistência, assim como políticas e respostas governamentais que não são efetivadas. A percepção sobre as melhores práticas varia de acordo com o posicionamento dos diferentes atores sociais, suas experiências e papéis desenvolvidos nos serviços de saúde, sendo que coordenadores e gestores valorizam a autonomia dos serviços, conhecimento da legislação e gestão flexível, e profissionais de saúde e usuários destacam a melhoria do acesso (ANDRADE *et al.*, 2013).

Estudo envolvendo os componentes para modelagem na RAS, evidencia que em relação à população e território, as consultas com horário agendado, atenção profissional, e garantia de retorno destacam-se como melhores práticas. No que se refere ao sistema operacional, o destaque identificado foi para o prontuário eletrônico, Sistema de Regulação (Sisreg), e o transporte de pacientes em situação de risco. No modelo de atenção, componente assistencial, as melhores práticas são apontadas como APS resolutiva, sistemas de referência e contrarreferência organizados com definição de pontos de contato entre a APS e os pontos de atenção secundários e terciários, e um método comum de classificação de risco no cenário em estudo. Para o modelo de atenção, componente de gestão, as melhores práticas constituem o

processo de planejamento das ações e serviços em conjunto com as diretorias, a oferta de serviços num maior nível de densidade tecnológica; o estabelecimento de normas de funcionamento dos serviços, e o cumprimento das diretrizes (ERDMANN *et al.*, 2013).

Alguns estudos envolvendo PVHA apontam como melhores práticas: as orientações acerca de cuidados para o processo de adaptação da gestante soropositiva ao pós-parto (AOYAMA *et al.*, 2019); a implantação de testes rápidos para HIV e a qualidade dos registros das ações assistenciais (ALVES; MAZON, 2019); a compreensão da experiência materna sobre não poder amamentar o bebê devido ao HIV (ALVARENGA *et al.*, 2019); o compartilhamento das melhores práticas desenvolvidas no Centro de Testagem e Aconselhamento com a APS por meio do apoio matricial e a participação de gestores e profissionais (EW *et al.*, 2018).

3 REFERENCIAL FILOSÓFICO

3.1 APROXIMANDO O OLHAR COMPLEXO AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Para mim, o princípio é que a observação não pode se desprender do observador! Uma visão complexa é aquela na qual, sabendo-se sobre si mesmo, observa-se o objeto considerado (ANDRADE; MORIN, 2014).

Escrever sobre a complexidade pode ser um desafio porque normalmente a palavra complexo carrega uma pesada carga semântica, compreendida como confusão, incerteza, desordem... Contudo, complexo não pode ser resumido a uma palavra. Complexo significa aquilo que é tecido junto, o tecido que junta o todo. Emerge dos padrões de interação entre os elementos que o constituem, abarcando a diversidade para atingir a complexidade do todo, uma visão plural para interpretar o ser humano. A complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos e ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem o nosso mundo fenomênico. O ser humano complexo admite a ordem, a desordem, a ambiguidade e a incerteza, compreendendo que somos produzidos e produzimos, somos o reflexo e refletimos a sociedade (MORIN, 2014; 2015).

O pensamento complexo surge onde o pensamento simplificador indica sua insuficiência, sua carência na tentativa de controlar e dominar o real, sendo capaz de lidar, dialogar e negociar com o real. Para tanto, faz-se necessário desfazer duas ilusões que afastam a mente do problema do pensamento complexo: acreditar que a complexidade possibilita a eliminação da simplicidade, porque a simplicidade integra o que impõe ordem, clareza, distinção no conhecimento, e ao mesmo tempo o pensamento complexo refuta as consequências mutiladoras do pensamento simplificador; e a confusão entre complexidade e completude, porque o conhecimento completo é impossível de ser atingido, ainda que o pensamento complexo aspire o conhecimento multidimensional (MORIN, 2014). O pensamento complexo possibilita outra visão da ciência, a de se conhecer criticamente e se renovar (MORIN; ANDRADE, 2014).

As políticas de saúde são um conjunto de programas e ações que direcionam e definem os objetivos no sistema de saúde, orientando decisões presentes e futuras em diferentes áreas (BRASIL, 2019b), e determinando as ações e atividades a serem executadas para assegurar direitos de cidadania expressos em leis. Apesar disso, a existência de uma política não garante a sua efetiva implementação, ainda que de modo geral as mesmas sejam formuladas por meio da participação e da interação entre diferentes atores sociais, como gestores, prestadores,

profissionais de saúde, e usuários. Para implementar uma política de saúde, faz-se necessário considerar as múltiplas interações que ocorrem em cada contexto, a relação entre o uno e o múltiplo, o incerto, o ambíguo e o contraditório. Requer reunir, interligar diferentes dimensões do real, contextualizar, globalizar e ao mesmo tempo reconhecer o individual, o concreto (MORIN, 2014).

A pessoa que vive com HIV é um ser integral, uno, completo e multidimensional, e não um ser doente, e os profissionais de saúde precisam olhar para a pessoa em seus múltiplos aspectos de vida, suas relações e interações, em busca de ampliar o olhar sobre a pessoa, o ambiente onde o cuidado é realizado, e os diferentes pontos de atenção à saúde em busca da integralidade do cuidado. O olhar complexo possibilita uma nova forma de ver o mundo, em busca de compreender os motivos que movem as pessoas a pensar ou agir de determinado modo. Possibilita unir, diferenciar e integrar. Admite o diferente, o novo, o aleatório. O conhecimento precisa organizar os fenômenos, mas a desordem dá lugar ao novo, por isso na complexidade, a desordem faz parte da ordem, em um contínuo movimento de ordem, desordem, interação e organização. Assim, é possível avançar no mundo concreto e real que opera nas diferenciações (MORIN, 2015). As organizações de saúde são sistemas complexos adaptativos, dinâmicos e imprevisíveis, com itens conectados e interdependentes, e nesse sentido, operam em meio à diversidade e às conexões, capazes de alterar, mudar e aprender com as próprias experiências (COPELLI, 2016).

O pensamento complexo contribui para o olhar sobre a realidade mediante duas principais formas: enquanto referencial teórico; e como modelo de gestão para as organizações de saúde (COPELLI, 2016). Portanto, o pensamento complexo contribuirá para o presente estudo em uma perspectiva ampla, que considera o cuidado centrado na pessoa, ao mesmo tempo que a situa em um contexto complexo de vida e de produção do cuidado, permitindo avançar no mundo real e concreto, compreendendo melhor a realidade, mas também navegando em um mar de incertezas, descontinuidades e desconhecimentos, em busca do diferente, do aleatório, do novo (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2009). A complexidade do ser humano se manifesta nas relações que se estabelecem em cada oportunidade de contato.

O pensamento complexo possui sete princípios complementares e interdependentes. O primeiro princípio é o “sistêmico ou organizacional”, que liga as partes do conhecimento com o todo, e compreende o todo como mais do que a soma das partes. Isso ocorre porque o todo possui qualidades ou propriedades novas em relação às partes isoladamente, e, ao mesmo tempo, é menor que a soma das partes, porque suas qualidades são inibidas pela organização do conjunto (MORIN, 2014).

Quando se conhece apenas uma parte obtém-se um conhecimento interessante, mas não se entende o seu significado, para isso é preciso a visão do conjunto, pois vivemos em um mundo complexo e tudo está de certo modo ligado. O pensamento complexo busca uma competência do global, ou seja, religar aquilo que está especializado, separado, dividido, levando em conta todos os elementos, todas dimensões do problema (MORIN; ANDRADE, 2014). A complexidade é uma característica do comportamento dos sistemas não-lineares abertos (como as RAS) e constitui um fenômeno multifacetado do universo, ou seja, não se trata apenas dos componentes interagentes constituintes de um sistema e das intrincadas relações entre eles (KNYAZEVA, 2003).

O cuidado integral à pessoa que vive com HIV/aids é aquele que busca atender a todas as necessidades de saúde da pessoa, e para tanto requer conhecer o sistema de saúde como um todo, mas também requer conhecer particularmente cada uma das partes, ou seja, os locais onde o cuidado é realizado. A atenção à saúde é desenvolvida em diferentes espaços que integram a RAS, seja na APS ou em distintos pontos de atenção à saúde. Os serviços de saúde executam o cuidado segundo o nível de complexidade a que a sua natureza foi destinada, o que significa que as pessoas com HIV/aids percorrem diferentes pontos da RAS para que a integralidade do cuidado seja atingida, de acordo com a organização dos fluxos, referências e natureza dos serviços.

O segundo princípio é o “hologramático”, o qual estabelece que a parte está no todo, assim como o todo está na parte (MORIN, 2014). O holograma remete a uma imagem física com características que incluem a informação do conjunto, como o que acontece com as células humanas que contém a informação genética do ser global. Do mesmo modo acontece nas sociedades, pois desde o nascimento a criança aprende um conjunto de informações que vão desde a linguagem até a cultura e a instrução. Assim, o todo da sociedade está presente na parte, o indivíduo (ANDRADE; MORIN, 201; MORIN, 2005). É preciso abandonar a explicação linear, e admitir uma explicação em movimento, circular, que permite ir da parte ao todo, e do todo a parte, para compreender um fenômeno (MORIN, 2005). Nesse sentido, os profissionais de saúde e gestores precisam considerar a pessoa que vive com HIV como um todo, uma pessoa inserida em diferentes contextos (todo) com potencialidade para o cuidado, que recebe e aprende um conjunto de conhecimentos sobre a sua condição crônica, e ao mesmo tempo considerar a sua individualidade (parte). A pessoa com HIV pode ser considerada reflexo desse todo no qual ela está inserida, e ao mesmo tempo refletir no todo a partir de suas ações e interações.

O terceiro princípio é o do “circuito retroativo” em que a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa (MORIN, 2014; 2015). Nos organismos vivos homeotérmicos, o frio externo, presente no meio ambiente, provoca o calor interno, ou seja, uma causalidade interna que de certo modo emancipa o organismo da causalidade externa, ainda que sofra os seus efeitos (MORIN, 2005). Assim, ao olharmos para a produção do cuidado, considerando e respeitando as pessoas com HIV como seres integrais, precisamos considerar que eles interagem com a RAS, regulando e sendo regulados pela mesma, ao pensarmos a partir da condição causal do cuidado. Na APS, as pessoas sofrem ou se beneficiam com a ação cuidativa que recebem a partir dos atributos (primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; centralidade na família; abordagem familiar e orientação comunitária), mas estão emancipados da mesma.

O quarto princípio, do “circuito recursivo”, estabelece que produtos e efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz (MORIN, 2014; 2015). Ou seja, trata-se de um processo, como na ideia da objetividade, que é o produto da atividade científica, e a causa de onde a atividade científica parte novamente, e portanto, não há um fato puro totalmente isolável. Há uma interpenetração e uma interconexão com outros círculos da sociedade que funcionam a seu modo, passando pela lógica, linguagem, paradigmas, metafísica, teorias, cooperação, competições, oposições e consenso (MORIN, 2005). A partir deste princípio, é possível estabelecer uma relação com o cuidado que é produto da gestão desse mesmo cuidado, e que para tanto, requer identificar as necessidades e demandas de saúde das pessoas (causadores), as quais direcionam as intervenções necessárias para a produção do cuidado (efeito).

O quinto princípio é o da “autonomia/dependência” (auto-organização), o qual afirma que os seres vivos não param de se autoproduzir, e para isso, dependem de energia para manter sua autonomia (MORIN, 2014). Esse pensamento chave de autonomia/dependência é concebido pela realidade, e quanto mais um sistema desenvolve sua complexidade, mais desenvolve sua autonomia, assim como mais dependências múltiplas. É o caso do ser humano, que para construir a sua autonomia psicológica, individual, e pessoal, suportam a dependência da família e da escola, ou seja, não há autonomia sem dependência (MORIN, 2005). Aqui é possível estabelecer uma relação entre a autonomia que a pessoa com HIV desenvolve a partir da dependência dos serviços e profissionais de saúde, que atuam tanto em termos de prevenção quanto tratamento, oferecendo orientações, atendimento adequado, e recursos terapêuticos para que essa pessoa se fortaleça (energia), e seja capaz de promover o autocuidado (autonomia).

O sexto princípio é o “dialógico”, o qual une dois princípios indissociáveis em uma mesma realidade, mas que deveriam excluir-se reciprocamente. Portanto, permite a convivência

de noções contraditórias à mesma realidade (MORIN, 2014). A ciência apresenta constituição complexa, vive por meio de complementariedade e antagonismo entre empirismo e racionalismo, imaginação e verificação, desenvolvendo-se a partir do conflito de ideias e teorias em meio a uma comunidade (unida por ideias comuns) / sociedade (dividida por antagonismos de todas as ordens) (MORIN, 2005). Desse modo, apesar da ampla e gratuita disponibilidade da oferta de métodos de prevenção ao HIV, bem como a prevenção combinada que associa diferentes métodos, ainda vem ocorrendo casos novos de HIV, e a diminuição do número de casos continua lenta.

A “reintrodução do conhecimento” é o sétimo princípio do pensamento complexo, e afirma que todo conhecimento é uma reconstrução, uma tradução realizada por uma mente em determinada cultura e época (MORIN, 2014). Este princípio remete a atenção que os profissionais de saúde devem ter ao reproduzir o conhecimento em diferentes contextos e para diferentes públicos. Faz-se necessário reconstruir esse conhecimento por meio da adaptação da linguagem e dos recursos didáticos de acordo com o público-alvo e local em que o mesmo está inserido. Essa tradução deve ser processada em diferentes momentos, como na orientação sobre os cuidados e tratamentos durante os atendimentos, na educação em saúde, e mesmo no momento de encaminhar as pessoas com HIV para receber algum tipo de atendimento nos diferentes serviços da RAS.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Pesquisa desenvolvida por meio de um estudo interpretativo, de abordagem qualitativa, baseado na Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista (TFDC). A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) baseia-se em concepções teórico-epistemológicas, tendo a possibilidade de uso sustentado em diferentes vertentes metodológicas: clássica, straussiana e construtivista (CHARMAZ, 2009; SANTOS *et al.*, 2018a). Além disso, atualmente existem três novas possibilidades de uso da TFD, ainda pouco difundidas no Brasil: modelo paradigmático com três componentes na perspectiva straussiana; análise situacional de Adele Clarke; e análise dimensional de Leonard Schatzman (SANTOS *et al.*, 2018b).

Para o presente estudo, optou-se pela vertente Construtivista, pois segundo a sua autora Charmaz (2009), os dados e as teorias são construídos na interação e no envolvimento com as pessoas, e as expressões dos participantes traduzem construções da realidade. A abordagem construtivista tem como prioridade os fenômenos do estudo, e considera tanto os dados quanto a análise como gerados a partir das experiências compartilhadas e das relações estabelecidas com os participantes.

A TFDC busca pela compreensão dos significados que os participantes atribuem ao fenômeno, seus pontos de vista, sua inserção, seu pensar, seu fazer e sentir. Estuda como e por que os participantes constroem significados e ações em meio a situações específicas, contextualizadas no tempo, espaço, cultura e situação. Pesquisadores e participantes constroem a teoria a partir das próprias interpretações dos significados e das ações, e dependem da percepção do pesquisador. Assim, a relação entre pesquisador e participantes influencia os dados que são coletados, e a interação entre o pesquisador e os dados resulta na cocriação desses dados (CHARMAZ, 2009; METELSKI *et al.*, 2021).

Por meio da indução e da dedução dos dados, a teoria interpretativa requer uma compreensão imaginativa do fenômeno em estudo, uma vez que considera a verdade como provisória, a vida social como processo, a existência de realidades múltiplas e emergentes, a indeterminação, e a associação entre fatos e valores (CHARMAZ, 2009; ZOCHE; ADAMY; LIMA, 2019).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Chapecó, Santa Catarina, que possui uma população estimada de 227.587 habitantes (IBGE, 2021). Localizado no Oeste de Santa Catarina, Chapecó é referência para mais de 200 municípios e é considerado polo agroindustrial no sul do Brasil, centro econômico, político e cultural, Capital Latino-Americana de Produção de Aves e Centro Brasileiro de Pesquisas Agropecuárias. Economicamente, destaca-se pela exportação de produtos alimentícios e agroindustriais. Além disso, também é considerado polo universitário com mais de 16 mil estudantes universitários, distribuídos em mais de 50 cursos de graduação e de pós-graduação *latu e strictu sensu* (CHAPECÓ, 2021).

A população concentra-se na área urbana (91,88%), marcadamente a partir da década de 80 (66%). Há uma predominância de mulheres (50,39%) as quais têm maior longevidade, e uma tendência ao envelhecimento populacional, com uma expectativa de vida na ordem de 80,52 anos. A taxa de fecundidade é de 2,02, a taxa bruta de natalidade é de 16,9 por mil habitantes, e o maior número de habitantes concentra-se na faixa etária entre 20 a 39 anos. Após 2010, observa-se a expressiva chegada de população imigrante, e atualmente somam aproximadamente 9.652 pessoas de 47 nacionalidades diferentes. Os povos indígenas somam 1.409 pessoas, que vivem em duas aldeias, o Toldo Chimbanguê e a Aldeia Condá. Ainda, em relação à escolaridade, sobressai a faixa entre 8 e 11 anos de estudo (60,1%), seguida de 12 ou mais anos (315%) (CHAPECÓ, 2021).

Em relação à morbidade e agravos relacionados à saúde sujeitos a notificação compulsória, em 2020 predominaram o atendimento antirrábico (20,8%), dengue (suspeita) (16,4%), e sífilis adquirida (14,7%; 566 casos) dentre os quais 179 casos de sífilis em gestante e 16 casos de sífilis congênita (9,1 casos por mil nascidos vivos). A aids em adultos totalizou 100 casos, aids em criança 0 casos (desde 2016), e 26 casos de gestante com HIV. Os indicadores sobre mortalidade apontam que a taxa de mortalidade infantil foi de 11 óbitos a cada mil nascidos vivos, e a mortalidade na população geral evidencia que em 2020, as três principais causas de óbito foram as doenças do aparelho circulatório, tumores, e algumas doenças infecciosas e parasitárias, diferente de anos anteriores em que a terceira causa de mortalidade eram as causas externas, e se deve à incidência de COVID-19, e representa uma média de 15,96 anos de vida perdidos (CHAPECÓ, 2021). No total, houve 829 óbitos por COVID-19 até 15 de março de 2022 (CHAPECÓ, 2022). A doença COVID-19, causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, foi declarada como uma Emergência de Saúde Pública Internacional em 30 de janeiro de 2020, e em 11 de março a Organização Mundial da Saúde

emite o mais alto nível de alerta e declara a COVID-19 como uma pandemia (CHAPECÓ, 2021; METELSKI; MEIRELLES, 2020).

A APS de Chapecó está organizada com: 61 equipes saúde da família, equivalente a uma cobertura populacional de 89,24%, e uma cobertura estimada de 100% na APS; 44 equipes saúde bucal (69,03%), sendo que 30 equipes realizam 40 horas semanais (55,44% de cobertura); 324 Agentes Comunitários de Saúde (cobertura de 80,11%); e 5 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostas por profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, e assistente social. Ainda, em decorrência da nota técnica nº 03/2020-DESF/SAPS/MS, a qual propõe um novo modelo de equipe multiprofissional e revoga as equipes NASF-AB, o município está reorganizando a composição, carga horária e arranjos das equipes multiprofissionais em cada território. Todas essas equipes estão distribuídas em 26 Centros de Saúde da Família (CSF), sendo que seis estão localizadas no interior do município. Além disso, o município possui uma equipe de Atenção Básica Prisional tipo III, um Centro de Atendimento aos Imigrantes, e dois CSF no Distrito Sanitário Especial Indígena com referência para dois CSF na área urbana (CHAPECÓ, 2021).

Os pontos de atenção secundários e terciários estão organizados no município segundo Atenção Especializada, Urgência e Emergência, e Componente Hospitalar. A Atenção Especializada é composta por: Clínica da Mulher; Centro Especializado de Reabilitação; Policlínica Municipal, onde se encontram o Centro de Referência de Saúde Municipal (CRESM), o Ambulatório de Lesões, e o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/aids; Centro Especializado em Tuberculose, Hanseníase e Hepatites Virais (CETHH); Centro de Especialidades Odontológicas- CEO; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III), e Unidade de Acolhimento; Serviço de Atendimento e Resgate Aéreo (SARA); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU USB); Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas e Pronto Atendimento da Efapi (PA Efapi); Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Saúde em Casa; Setor de Alimentação e Nutrição (SAN). O componente hospitalar público possui o Hospital Regional do Oeste e o Hospital da Criança Augusta Muller Bohner (CHAPECÓ, 2021).

Nos sistemas de apoio, a assistência farmacêutica conta com dispensários nos CSF, e oito farmácias: Farmácia Central (junto à sede da Secretaria de Saúde), Farmácia Efapi, Farmácia Marechal Bormann, Farmácia Norte, Farmácia do SAE, Farmácia Santo Antônio, Farmácia São Pedro e Farmácia Sul. Possui ainda o Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica (CESAF), e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

O apoio diagnóstico e terapêutico é composto pelo Laboratório Municipal de Análises Clínicas e Ambientais, e diagnóstico por imagem junto à Clínica da Mulher, UPA 24 horas, UPA Efapi, e CEO, além dos serviços contratualizados (CHAPECÓ, 2021).

O SAE em HIV/aids é referência para 36 municípios para o atendimento das pessoas que vivem com HIV/aids e seus parceiros sorodiferentes, ou seja, que não vivem com o vírus. O serviço realiza também o atendimento e acompanhamento da investigação de crianças expostas ao HIV pela transmissão vertical (da mãe para o filho), consultas em infectologia, indicação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) em casos de violência sexual, exposição ocupacional e relações sexuais consentidas em que não houve o uso do preservativo. Rotineiramente, realiza aconselhamento e oferece testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C, assim como no CSF. O serviço possui uma equipe multiprofissional com infectologista, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, farmacêutica, psicóloga e assistente social, que realizam atendimentos individuais e o Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH), além de ações preventivas junto a empresas/instituições. Esse serviço possui uma Unidade dispensadora de medicamentos (UDM) antirretrovirais que também colabora com a equipe no monitoramento e busca ativa dos pacientes em atraso e abandono de tratamento (CHAPECÓ, 2021).

Em fevereiro de 2022, o número de pessoas vivendo com HIV/aids em Chapecó, em acompanhamento no SAE, é de 1.112, sendo 622 do sexo masculino e 490 feminino. Houve um óbito registrado nesse ano, segundo dados do SAE. Dentre esse total, 19 são gestantes, e 30 crianças estão em investigação. O primeiro caso foi confirmado no município em 1984, e ao longo desses anos o número acumulado de casos registrados é de 2.359, considerando Chapecó e os 36 municípios que referenciam seus usuários. Atualmente, nessa região, há 1.442 pessoas em acompanhamento, 131 abandonos, 726 transferências, 23 gestantes, 36 crianças em investigação, e 401 óbitos (CHAPECÓ, 2022). Chapecó foi considerado um dos municípios catarinenses com taxas superiores à média nacional de casos de aids por 100.000 habitantes, e portanto, estratégico para priorizar ações de prevenção e maior acesso ao diagnóstico de HIV, fato que contribuiu para que o município assinasse a Declaração de Paris em 2018, visando alcançar o fim da epidemia até 2030 (SANTA CATARINA, 2018; UNAIDS, 2018b).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Na TFD a amostragem inicial é o ponto de partida da pesquisa e não de elaboração e refinamento teórico. No decorrer do estudo, os dados podem indicar outros grupos amostrais,

possibilitando que outros participantes sejam incluídos. Não se pode pressupor o conhecimento antecipado das categorias e nem que as mesmas integrem as questões iniciais de pesquisa. As categorias são construídas a partir da comparação constante dos dados analisados, e dão origem à amostragem teórica, um dos pressupostos da TFD, e portanto, os próximos grupos amostrais são selecionados progressivamente para integrar a amostra (CHARMAZ, 2009).

Os critérios da amostragem inicial são diferentes dos utilizados para realizar a amostragem teórica. Na amostragem inicial são estabelecidos casos de amostragem para pessoas, situações e ambientes, antes da entrada em campo. Na TFD, a amostragem inicial é por onde o pesquisador começa, e a amostragem teórica orienta para onde seguir (CHARMAZ, 2009), e por isso a amostragem teórica é definida após a entrada em campo e análise comparativa constante dos dados. Portanto, amostragem teórica é emergente, o que significa que não há como saber quais ideias serão necessárias para definir a amostra antes de iniciar a análise (CHARMAZ, 2009).

Para o presente estudo, a amostragem inicial foi composta por profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) do município pesquisado, ou seja, um universo composto por aproximadamente 700 profissionais de 21 CSF, dentre as 26 CSF existentes, pois quatro CSF do interior possuíam um número muito baixo ou não possuíam usuários cadastrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL). Para identificar o número aproximado de pessoas que vivem com HIV/aids residentes na área de abrangência de cada CSF, foi realizado um levantamento do número de usuários cadastrados no SISCEL segundo o bairro de residência, uma vez que o sistema não gera relatórios por serviço. Os dados das localidades foram agrupados por área aproximada de abrangência de cada CSF, conforme apresenta a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição do número de usuários cadastrados no SISCEL segundo território aproximado do Centro de Saúde da Família, Chapecó/SC, 2020.

Centro de Saúde da Família	Num. Usuários SISCEL
Norte	153
Efapi	141
Santa Maria	65
Oeste	55
Cristo Rei	46
Jardim América	46
Santo Antônio	44
Seminário	40
Chico Mendes	37

(continua)

Tabela 1 - Distribuição do número de usuários cadastrados no SISCEL segundo território aproximado do Centro de Saúde da Família, Chapecó/SC, 2020.

(conclusão)

Centro de Saúde da Família	Num. Usuários SISCEL
Bela Vista	32
São Pedro	32
Interior não especificado	31
SAIC	31
Sul	26
Eldorado	23
Vila Real	15
Jardim do Lago	11
Quedas do Palmital	11
Belvedere	9
Marechal Bormann (Interior)	5
Alta Floresta	3
Leste	3
Colônia Cella (Interior)	2
Linha Cachoeira (Interior)	1
Alto da Serra (Interior)	0
Goio-ên (Interior)	0
Sede Figueira (Interior)	0

Fonte: Adaptado do SISCEL, julho de 2020.

Como critério de inclusão dos participantes da pesquisa, foram considerados aptos os profissionais de saúde que atuavam no serviço em que se encontravam no momento da coleta de dados há pelo menos seis meses e que realizavam algum tipo de ação ou atendimento relacionado ao HIV/aids, ou coordenam/gerenciam os respectivos serviços, constituindo assim o primeiro grupo amostral. Utilizou-se o critério de seis meses por se acreditar que este seria um período mínimo para a adaptação do profissional e conhecimento de parte da população atendida, dos protocolos, rotinas e fluxos envolvendo o serviço. Como critérios de exclusão, foram considerados os profissionais afastados do serviço por qualquer motivo durante o período de realização da coleta de dados, ou que não estavam desenvolvendo suas atividades regularmente por um período superior a dois meses à data da coleta, independente do motivo.

O convite para que os profissionais que atuavam na APS participassem do estudo iniciou com os pertencentes ao CSF com maior número de usuários cadastrados no SISCEL, seguindo em ordem decrescente. No primeiro grupo amostral, participaram 24 profissionais que atuavam na eSF provenientes de 19 CSF sendo um no interior do município, dentre o total de 21 CSF contatados. Dentre os profissionais convidados, cinco atuavam há menos de seis meses no serviço, 11 não aceitaram participar da pesquisa, e os demais não desenvolviam ações ou

atendimento relacionados ao HIV/aids, e portanto não atendiam aos critérios de inclusão para o estudo. Todos os profissionais que atuavam na APS receberam o convite para participar do estudo, e a amostra foi fechada pelo critério de exaustão, ou seja, quando todos os indivíduos disponíveis foram incluídos no estudo (FONTANELLA *et al.*, 2008).

O segundo grupo amostral foi composto pelos profissionais que atuavam no SAE, sendo utilizados os mesmos critérios de inclusão do primeiro grupo amostral. Todos os 11 profissionais que atuavam no SAE aceitaram participar do estudo.

Destaca-se que os sucessivos grupos amostrais foram formados de acordo com a análise dos dados, as hipóteses geradas e a construção das categorias visando alcançar o objetivo proposto. Dessa forma, os participantes dos demais grupos amostrais foram convidados de acordo com os dados que surgiram na amostragem inicial, e na amostragem teórica sucessivamente, possibilitando que a teoria se ajuste aos dados, e para tanto, foram aplicadas as questões que buscavam a saturação dos dados a fim de tornar mais densa a teoria substantiva em construção. A amostragem teórica é conduzida pela redação dos memorandos, e por isso é considerada estratégica, específica e sistemática, e se dá por meio do raciocínio indutivo e dedutivo, assegurando a elaboração de categorias completas e robustas e levando ao esclarecimento das relações entre as mesmas (CHARMAZ, 2009).

Os dados levaram à constituição de um terceiro grupo amostral composto pelas pessoas que vivem com HIV. Os critérios de inclusão utilizados foram: possuir mais de 18 anos; possuir autonomia plena; falar o idioma português ou inglês; e, residir em Chapecó/SC. O convite para as pessoas que vivem com HIV/aids considerou ainda a indicação dos profissionais de saúde para as pessoas que já passaram a fase de negação do HIV, ou seja, já estivesse na fase de aceitação do viver com HIV/aids. Do total de 17 pessoas que vivem com HIV/aids convidadas para participar da pesquisa, foram entrevistadas 10 pessoas, uma vez que algumas não aceitaram ou não atenderam a algum dos critérios de inclusão.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada presencialmente ou de modo remoto via plataformas digitais, conforme autorização constante no Parecer n. 004-001-2020 (Anexo 2). As entrevistas intensivas, individuais e com o apoio de um roteiro semiestruturado (Apêndice B) foram agendadas em dia e horário da preferência do participante. Os participantes receberam o TCLE (Apêndice A), sendo esclarecidas as informações e sanadas quaisquer dúvidas. Acredita-se que o fato de a pesquisadora ter atuado na Secretaria de Saúde de Chapecó/SC foi um aspecto que

favoreceu a aproximação e o aceite dos profissionais em participar da pesquisa, uma vez que muitos dos profissionais convidados lembraram da pesquisadora.

A entrevista é uma conversa orientada, direcionada para um determinado tópico, e a entrevista intensiva possibilita o exame minucioso do mesmo. Para tanto, o pesquisador deve ouvir com sensibilidade e estimular o participante a responder, manifestando o interesse e a vontade em saber mais, de modo a possibilitar a análise dos eventos, opiniões e impressões iniciais, respeitando o participante e manifestando estima pela participação no estudo. Para estabelecer a reciprocidade é preciso uma escuta atenta do participante, estar presente, buscar estabelecer uma relação de confiança e humanizar o encontro (CHARMAZ, 2009).

A entrevista intensiva possibilita ao pesquisador emitir comentários e perguntas que ajudam o participante a articular de modo mais claro as próprias intenções e significados, além de solicitar detalhes que tornem as informações mais precisas de modo a conhecer as suas experiências e reflexões. Permite ainda que o pesquisador desloque a conversa com base em suas intuições analisando os eventos, opiniões e impressões do participante (CHARMAZ, 2009).

O roteiro de coleta de dados abordava questões socioprofissionais e questões que exploravam as experiências, compreensões e significados atribuídos pelos participantes envolvendo as melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids, a longitudinalidade desse cuidado na RAS em Chapecó/SC, e as práticas que vêm sendo adotadas na direção de atender os compromissos assumidos junto à ONU em busca do controle da epidemia de aids até 2030. Para os profissionais de saúde do primeiro grupo amostral, a pergunta inicial foi: “Conte sobre as tuas experiências envolvendo as ações, práticas de cuidado e/ou gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids”. Observou-se durante as entrevistas que os profissionais apresentavam maior facilidade em relatar sobre as suas práticas diárias desenvolvidas nos serviços, sendo necessário habilidade e sensibilidade da pesquisadora para que a entrevista obtivesse a profundidade esperada. Conforme a coleta e análise de dados avançavam, os dados e novas hipóteses/ideias foram direcionando a necessidade de realizar a coleta com novos grupos amostrais para compreender melhor o fenômeno, dando origem a amostragem teórica.

As entrevistas com os profissionais atuantes nas eSF, amostragem inicial, foram gravadas via plataforma *Microsoft Teams*®, transcritas, e entregues para cada participante respectivamente, a fim de validar o conteúdo para posterior análise à luz do método, ou mesmo esclarecer eventuais dúvidas ou pequenos trechos que ficaram inaudíveis em virtude da instabilidade da conexão de internet. As transcrições eram realizadas logo após a entrevista e

em média cada 10 minutos de gravação equivaliam a aproximadamente uma hora de transcrição. A própria pesquisadora foi quem realizou a transcrição de todas as entrevistas na íntegra utilizando o software *Microsoft Word*® 2013, e nova leitura minuciosa da entrevista, utilizando simultaneamente a gravação da entrevista para verificar se nenhuma informação havia sido perdida.

O período de coleta de dados para o primeiro grupo amostral foi de agosto de 2020 a junho de 2021. As entrevistas tiveram uma duração que variou de 20 minutos a duas horas. Importante mencionar que o período de coleta de dados desse primeiro grupo amostral foi prolongado para além do esperado em virtude da dificuldade que muitos profissionais tiveram para conseguir disponibilidade para agendar a entrevista, considerando a sobrecarga de atendimentos nos CSF pela COVID-19, e também pela demora em dar uma devolutiva/validação sobre a transcrição da entrevista, com casos que chegaram a demorar mais de um mês.

A coleta de dados com os participantes do segundo amostral foi realizada em julho e setembro de 2021. As entrevistas foram realizadas de modo remoto via *Microsoft Teams*® ou presencial, a depender do momento da situação pandêmica estar melhor controlada em virtude da vacinação, sendo seguidos todos os cuidados de higienização, uso de máscaras e distanciamento para as entrevistas presenciais. As entrevistas presenciais foram gravadas com o auxílio de um aplicativo gravador de voz no celular da pesquisadora e transcritas. Após isso, as transcrições foram encaminhadas para cada profissional para validação do conteúdo, sendo nesse segundo grupo amostral cada retorno obtido poucos dias após o envio.

A coleta de dados com o terceiro grupo amostral, as pessoas que vivem com HIV, foi realizada no mês de novembro de 2021 de modo presencial ou remoto, a depender da preferência e disponibilidade de cada participante. Para as entrevistas de modo remoto realizou-se gravação da ligação do celular, ou uso de aplicativo de gravação de voz em meio a videochamada de *Whatsapp*®, ou via *Microsoft Teams*®. Cada entrevista teve uma duração aproximada de 10 minutos. A diversidade de meios de coleta de dados se deu em virtude da disponibilidade dos participantes ou maior facilidade de uso para determinada tecnologia. As entrevistas iniciaram somente após leitura do TCLE e aceite em participar, sendo que o aceite foi gravado em áudio após autorização verbal no início da gravação da entrevista.

Logo após o término de cada entrevista, e durante todo o processo de análise dos dados, foram realizadas anotações em memorandos. Concomitante a isso, diagramas foram sendo esboçados a fim de melhor compreender cada fenômeno. Memorandos analíticos e diagramas são utilizados para que a análise se torne progressivamente mais forte, esclarecedora e teórica.

Nos memorandos são elaboradas as categorias, denominados os termos, os mais concretos, específicos e analíticos possíveis. A classificação teórica alimenta a teoria emergente, pois possibilita a integração teórica das categorias, comparando-as a um nível abstrato. Os diagramas mostram imagens concretas das ideias, proporcionando uma representação visual das categorias e suas relações, assim como o alcance e a direção das mesmas, e podem ser apresentados em forma de mapas, gráficos e figuras (CHARMAZ, 2009).

O processo de coleta de dados requer constante análise dos dados obtidos pelo entrevistador, possibilitando a correlação desses com o problema de pesquisa, e requer que o pesquisador retorne ao campo sempre que for preciso. A coleta estará concluída quando as categorias ou as ideias sobre o tema forem consideradas saturadas, ou seja, a coleta de novos dados não desperta novos *insights* teóricos, e não revela novas propriedades nas categorias teóricas centrais (CHARMAZ, 2009).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada de modo concomitante à coleta de dados com base em quatro fases de codificação: inicial, focalizada, axial e teórica. Codificar significa atribuir categorias aos segmentos de dados, em busca de produzir uma versão interpretativa dos dados. A medida que a análise é realizada, deve-se perguntar: “Quais as categorias teóricas que esses enunciados poderiam indicar?” (CHARMAZ, 2009, p. 69). A codificação constitui o elo entre a coleta de dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente, definindo o que acontece com os dados e seus significados.

A codificação inicial estuda rigorosamente os fragmentos dos dados, ou seja, palavra por palavra, linha a linha, e incidente por incidente. Essa etapa da análise busca compreender os dados a partir dos significados e das experiências dos participantes da pesquisa, além de orientar o pesquisador para a condução de uma análise na teoria fundamentada segundo os critérios ajuste e relevância. O ajuste se dá na construção dos códigos e categorias que cristalizam a experiência dos participantes. A relevância ocorre quando é apresentado um esquema analítico que interpreta o que acontece e estabelece relações entre os processos implícitos e as estruturas visíveis. Na codificação inicial perguntamos: “Esses dados representam o estudo de quê? O que os dados sugerem ou afirmam? Do ponto de vista de quem? Qual categoria teórica esse dado específico indica?” (CHARMAZ, 2009, p. 74). Observa-se as ações de cada segmento da entrevista, codificando com palavras que reflitam a ação (verbos).

A codificação inicial deve despertar o pensamento, permitindo o surgimento de ideias novas e fundamentadas nos dados (CHARMAZ, 2009).

Durante a codificação inicial é preciso estar aberto a todas as direções teóricas possíveis que a leitura dos dados pode indicar. Aqui, busca-se compreender o que está ocorrendo no ambiente, entender as atitudes, relatos, cenários, emoções, histórias e os silêncios dos participantes, a partir das suas próprias perspectivas. Os códigos são construídos a partir de um encaixe perfeito entre ações e eventos da realidade estudada, e não preconcebidos, pois emergem a partir do que é observado nos dados. O mundo empírico é conhecido por meio da linguagem e das atitudes, que refletem os valores e as opiniões, e dessa forma nenhum pesquisador é neutro, a linguagem dá forma e significado a realidade observada. Adota-se o gerúndio nos processos de codificação, a fim de induzir a reflexão sobre a ação e ilustrar o movimento do fenômeno em estudo (CHARMAZ, 2009).

Os documentos elaborados a partir das transcrições das entrevistas foram inseridos e organizados para análise no software *Atlas.ti versão 9*[®]. Este software foi criado em 1987, na Universidade Técnica de Berlim, como um projeto de pesquisa, e em 1993 foi lançada a sua primeira versão comercial no mercado de tecnologias computacionais (CAQDAS - *Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*) (ATLAS.TI, 2021a). O software permite o uso de diferentes tipos de análise e a articulação de diferentes abordagens teórico-metodológicas, contribuindo para a análise de grandes corpos de dados textuais, gráficos, áudio e vídeo. Pesquisas com um montante significativo de dados requerem organização, além de habilidade e discernimento do pesquisador para interpretar os dados (FORTE *et al.*, 2017). Nesse sentido, o software permite armazenar, gerenciar e recuperar os dados de modo a favorecer as comparações, e o ir e vir pelos dados (ATLAS.TI, 2021b). A escolha desse software também se deu em virtude de ser possível adquirir uma licença para estudantes com duração de dois anos, o que favoreceu a sua usabilidade no transcorrer da pesquisa.

Figura 1 – Fragmento dos códigos gerados durante a análise das entrevistas.

The screenshot shows the 'Gerenciador de Códigos' (Code Manager) software interface. It features a top menu bar with 'Códigos', 'Pesquisar & Filtrar', 'Ferramentas', and 'Exibir'. Below the menu is a toolbar with icons for 'Grupos de Códigos', 'Comentários', 'Layout', 'Detalhes', 'Uma Coluna', 'Nuvem', 'Gráfico de Barras', and 'Layout de Lista'. The main area is divided into two panes: 'Pesquisar Grupos de Códigos' on the left and 'Pesquisar Componentes' on the right. The left pane displays a list of codes (e.g., O1.1, O1.2, O1.3) with their corresponding descriptions. The right pane shows a list of components (e.g., Abordando diretamente o soropositivo para saber como ele está, Acesso: Relatando que o soropositivo de fora ficou angustiado e sem medicação alguns dias) with their respective counts in parentheses.

Pesquisar Grupos de Códigos		Pesquisar Componentes	
Grupos de Códigos		Nome	
◊ O1.1: Relatando que as pessoas com HIV tem prioridade no atendimento na APS	(4)	◊ Abordando diretamente o soropositivo para saber como ele está	
◊ O1.1: Relatando que há dificuldade de acesso na APS quando a pessoa não relata que vive com HIV	(5)	◊ Acesso: Relatando que o soropositivo de fora ficou angustiado e sem medicação alguns dias	
◊ O1.2: Acolhendo a pessoa com HIV sem preconceitos	(1)	◊ Acesso: Relatando que o usuário veio três vezes a UBS até conseguir o atendimento e não relatou que era soropositivo	
◊ O1.2: Considerando o acolhimento da pessoa com HIV no SAE como um momento único	(9)	◊ Acesso: Relatando que utiliza o telefone particular da coordenadora do SAE para entrar em contato porque o telefone do SAE nunca f	
◊ O1.2: Considerando o acolhimento importante para a adesão ao tratamento	(4)	◊ Acesso: Relatando sobre a dificuldade de acesso de um usuário de fora para conseguir o atendimento devido as questões de cadastro	
◊ O1.2: Considerando que vários serviços acolhem bem as pessoas com HIV	(2)	◊ Acionando o psicólogo para fazer uma abordagem diferenciada diante do resultado positivo	
◊ O1.3: Afirmando que as pessoas com HIV/aids são encaminhadas para o SAE	(12)	◊ Acolhendo as pessoas com HIV provenientes de várias portas de entrada, hospitais, APS, particular	
◊ O1.3: Atendendo a pessoa com HIV de modo descentralizado na odontologia	(1)	◊ Acolhendo os pacientes com HIV no SAE, explicando sobre serviço e disponibilizando os profissionais para tirar dúvidas	
◊ O1.3: Encaminhando as pessoas com HIV para o SAE com os resultados dos testes, documentos, vacina...	(7)	◊ Acreditando em um futuro acompanhamento do soropositivo na APS	
◊ O1.3: Encaminhando para o CEO pacientes da odontologia com suspeita de HIV para diagnóstico	(7)	◊ Acreditando em uma população bem orientada o preconceito vai diminuir por isso é importante falar e explicar	
◊ O1.3: Relatando que algumas pessoas com HIV procuram o SAE porque querem que tudo seja encaminh...	(3)	◊ Acreditando na interdisciplinaridade, a discussão e a prevenção para promover o cuidado as pessoas e a gestão do HIV	
◊ O1.3: Seguindo o fluxograma de encaminhamento das pessoas com HIV para o SAE	(6)	◊ Acreditando na orientação e conscientização como principais caminhos para promover o cuidado do paciente soropositivo	
◊ O1.4: Acreditando que é preciso padronizar o atendimento e acompanhamento da pessoa com HIV na...	(3)	◊ Acreditando na testagem e na orientação para os jovens como importantes para a promoção do cuidado	
◊ O1.4: Acreditando que o acompanhamento do soropositivo poderia ser feito também na APS	(7)	◊ Acreditando na testagem e no diagnóstico precoce como importantes para promover o cuidado e a prevenção da evolução da doenç	
◊ O1.4: Afirmando que não realiza o acompanhamento das pessoas com HIV na APS	(5)	◊ Acreditando no aumento do número de casos positivos por falta de testagem	
◊ O1.4: Colocando-se à disposição na APS para atender a pessoa com HIV independentemente do proble...	(2)	◊ Acreditando no potencial da educação, abordagem, acolhimento e da escuta para o cuidado	
◊ O1.4: Desabafando que o acompanhamento das pessoas com HIV é falho na APS	(6)	◊ Acreditando no próprio potencial de contribuição para os pacientes HIV no SAE	
◊ O1.4: Questionando diretamente a pessoa com HIV para saber como ela está	(1)	◊ Acreditando que a abordagem do soropositivo influencia para que ele revele sua condição para o profissional	
◊ O1.4: Realizando um acompanhamento parcial da pessoa com HIV na APS	(7)	◊ Acreditando que a abordagem e a demanda do soropositivo influencia para que ele revele sua condição para o profissional	
◊ O1.5: Acreditando que a troca de profissionais interfere no vínculo com as pessoas com HIV	(3)	◊ Acreditando que a adesão ao tratamento faz toda a diferença na evolução da doença	
◊ O1.5: Afirmando que as pessoas com HIV também são responsáveis da APS	(3)	◊ Acreditando que a adesão e o cuidado envolve os parceiros	
◊ O1.5: Percebendo na APS a perda do vínculo da pessoa com HIV encaminhada para o SAE	(17)	◊ Acreditando que a APS deveria trabalhar com mais foco na prevenção ao HIV	
◊ O1.5: Pontuando a necessidade de maior integração entre APS e SAE	(18)	◊ Acreditando que a APS pode ser relacionada com a promoção de saúde e prevenção do HIV	
◊ O1.5: Tendo clareza no SAE de que o paciente com HIV é um paciente de todos os serviços	(3)	◊ Acreditando que a APS poderia realizar o acompanhamento do soropositivo mas seria preciso mais profissionais e logística para cons	
◊ O1.6: Afirmando que o SAE é uma referência para o acompanhamento das pessoas com HIV/aids	(10)	◊ Acreditando que a busca ativa promove a adesão ao tratamento porque os pacientes HIV se sentem lembrados	

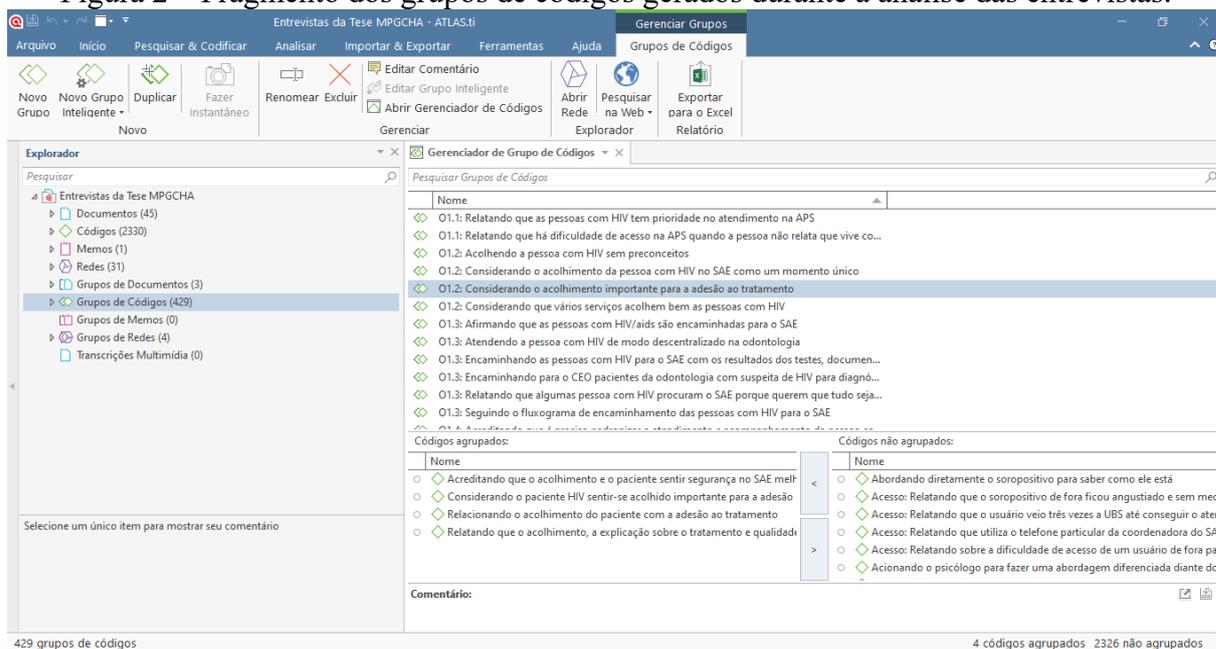
2330 códigos

Fonte: Pesquisa de campo. *Atlas.ti 9*®.

O *Atlas.ti versão 9*® trabalha com uma estrutura de projetos que permite a inserção de “documentos” em diferentes formatos, “códigos”, “memos”, “redes”, “grupos”, e “transcrições multimídia”. As “citações” correspondem aos trechos selecionados nos documentos, os “códigos” (Figura 1) correspondem à codificação inicial construída pela pesquisadora por meio da TFDC, os “grupos de códigos” (Figura 2) correspondem à codificação focalizada, e as “redes” correspondem à codificação axial. O software permite a pesquisa por palavras-chave em qualquer ponto dos documentos, dos códigos e dos grupos, o que facilita a rápida visualização de eventuais codificações repetidas.

A medida que os códigos iniciais foram gerados, os mesmos começaram a ser agrupados, seguindo simultaneamente para a próxima etapa de codificação que é a focalizada, na qual selecionamos os materiais que pareceram focalizar os códigos iniciais mais significativos e/ou frequentes para classificar, integrar, sintetizar e organizar os dados em eixos de análise ou categorias e subcategorias. Essas subcategorias e categorias são nomeadas provisoriamente com nomes mais abstratos que sintetizem e expliquem um segmento maior de dados. A comparação dos dados e códigos possibilita desenvolver códigos focais com ideias e processos centrais emergentes dos dados, que correspondem às categorias conceituais.

Figura 2 – Fragmento dos grupos de códigos gerados durante a análise das entrevistas.

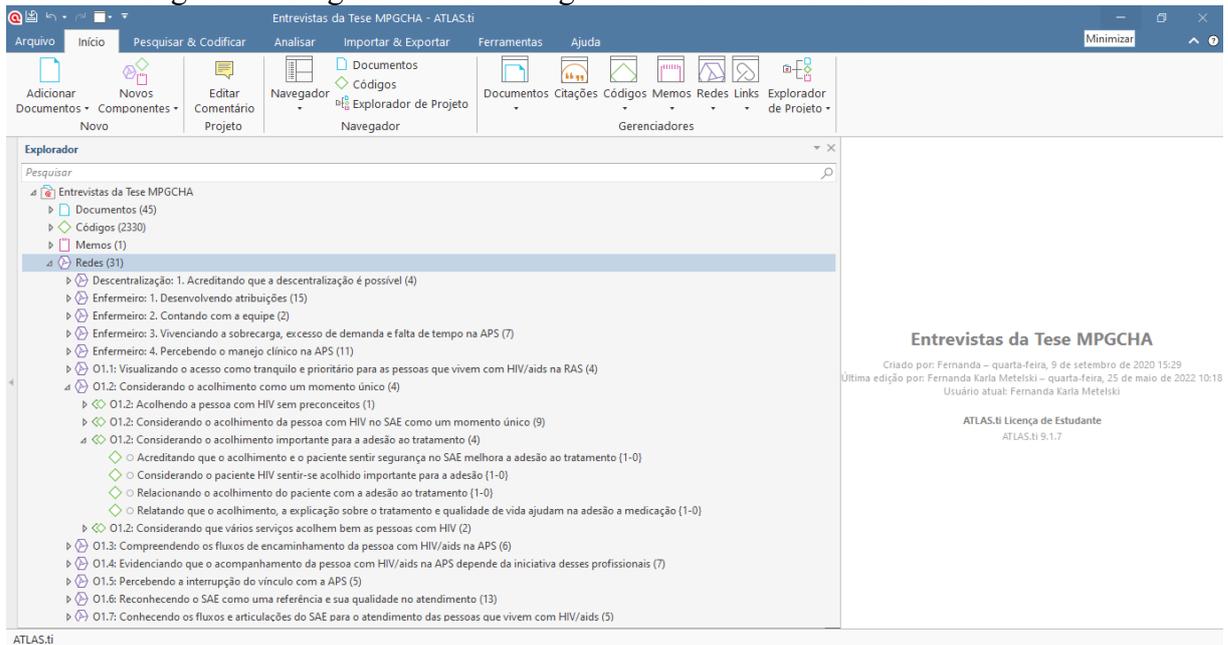


Fonte: Pesquisa de campo. *Atlas.ti versão 9*®.

Ao longo do processo de análise para o desenvolvimento do modelo interpretativo, senti a necessidade de avançar no processo de codificação e desenvolvi a codificação axial em busca de reconstruir relações que pudessem estar subentendidas entre as categorias à luz do referencial do pensamento complexo. A codificação axial relaciona as categorias e as subcategorias, avançando na especificação de propriedades e dimensões, reagrupando os dados de modo a dar coerência à análise emergente, e vinculando a relação entre as categorias em um nível conceitual, ou seja, convertendo o texto em conceitos (CHARMAZ, 2009).

A codificação axial questiona o modo como as categorias e subcategorias estão organizadas e permite agrupar os enunciados dos participantes em um esquema de organização no qual Strauss e Corbin incluem: condições, situações que determinam a estrutura dos fenômenos estudados; ações/interações, as respostas estratégicas do participantes para questões, eventos ou problemas e sobre suas rotinas; e consequências, os efeitos das ações e interações (CHARMAZ, 2009). A codificação axial corresponde as “redes” conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3 – Fragmento das redes geradas durante a análise das entrevistas.

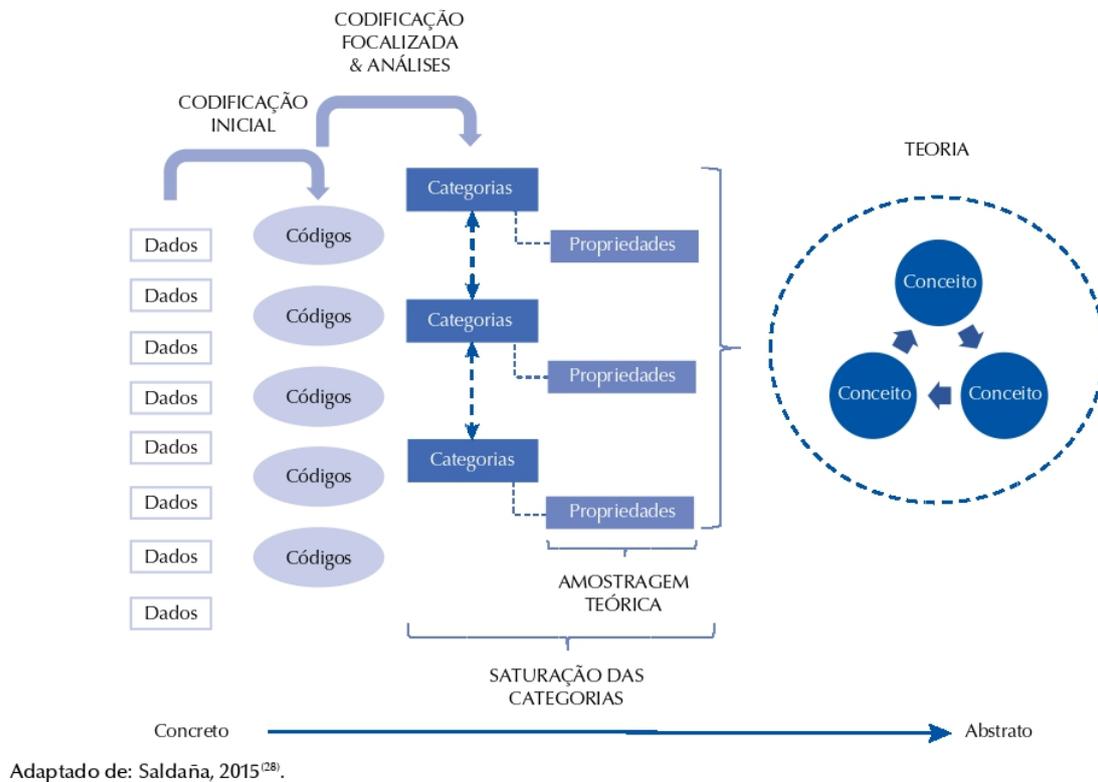


Fonte: Pesquisa de campo. *Atlas.ti* versão 9®.

A codificação axial seguiu em direção à codificação teórica, a qual especifica as relações possíveis entre as categorias desenvolvidas na codificação axial e focalizada, entrelaçando e integrando os códigos, ou seja, a história que foi fragmentada, orientando-a analiticamente. A classificação teórica, a representação gráfica e a integração dos memorandos de modo inter-relacionado precisa considerar que cada um poderá integrar, classificar, ou mesmo direcionar o outro, beneficiando o desenvolvimento teórico das análises, a conexão teórica entre as categorias, e o desenvolvimento da teoria ou fenômeno emergente (CHARMAZ, 2009).

A conceitualização da comparação dos incidentes produz propriedades novas no padrão, e a densidade conceitual, que ao ser integrada as hipóteses, compõe o corpo da teoria fundamentada. Ao considerar as categorias teoricamente, o pesquisador as eleva a um nível abstrato e geral, preservando as conexões específicas com os dados a partir dos quais as categorias foram construídas (CHARMAZ, 2009). A Figura 4 demonstra esquematicamente o desenvolvimento de uma teoria construtivista, iniciando pelos dados, as fases de codificação, o desenvolvimento das categorias e a inter-relação entre os conceitos para a construção da teoria.

Figura 4 – Processo de TFDC para desenvolver teoria a partir de dados codificados.



A TFD consiste em um método de inferência abduativa, considerando todas as explicações teóricas possíveis para os dados, e a elaboração de hipóteses para cada explicação, com verificação empírica por meio da análise dos dados, e a busca de uma explicação aceitável. A amostragem teórica fornece material para comparar as categorias teóricas, limitar o foco das categorias emergentes, desenvolver e refinar as categorias. Deverá ser utilizada após definir e conceituar ideias relevantes que indicam quais áreas deverão ser aprofundadas com mais dados, e poderá exigir a análise de documentos, realização de observações, inserção em novos mundos sociais, entrevistar ou reentrevistar os participantes com foco nas categorias teóricas (CHARMAZ, 2009).

A partir da coleta de dados com o primeiro grupo amostral, evidenciou-se que os profissionais da APS consideram como melhores práticas as ações de acesso, acolhimento, testagem rápida e encaminhamento dos casos positivos para o SAE, uma vez que esses profissionais não realizam o acompanhamento e nem o tratamento das pessoas que vivem com HIV/aids, e não tem acesso às informações dos atendimentos dessa natureza das pessoas que residem em seu território, exceto em casos pontuais. Assim, a análise dos dados delineou a hipótese de que **“as melhores práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com**

HIV/aids são as práticas que iniciam na APS mas têm a sua longitudinalidade no trabalho desenvolvido pelos profissionais que atuam no SAE". Desse modo, partiu-se para a busca de dados que confirmassem tal hipótese e que direcionaram a composição do segundo grupo amostral, dando início a amostragem teórica.

O segundo grupo amostral foi constituído pelos profissionais que atuavam no SAE, serviço especializado e de referência para o atendimento e acompanhamento das pessoas que vivem com HIV. As entrevistas com esse grupo amostral procuraram explorar de modo dissociado as práticas de gestão e as práticas de cuidado, a longitudinalidade do cuidado, o acesso, a adesão ao tratamento, o significado de melhores práticas, e as ações que vêm sendo desenvolvidas em relação aos compromissos de Chapecó para o alcance das metas 90-90-90, e 95-95-95 e a erradicação da aids até 2030. As questões adicionais foram aplicadas a partir de um desdobramento da pergunta inicial para a qual se buscava a saturação teórica dos dados, tendo em vista que essa saturação não foi obtida no primeiro grupo amostral.

A coleta de dados com o segundo grupo amostral evidenciou que o cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids está centralizado no SAE, a equipe monitora a realização dos exames laboratoriais, a retirada de medicamentos, e ainda desenvolve um amplo trabalho de divulgação e prevenção ao HIV/aids e doenças sexualmente transmissíveis em diferentes espaços existentes na comunidade. A hipótese gerada com base na análise do segundo grupo amostral foi que **“o significado de melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids se traduz em uma postura acolhedora, livre de preconceitos, com o envolvimento da equipe, adesão ao regime terapêutico e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids”**. Então, um novo grupo amostral foi composto, tendo em vista que as falas dos profissionais remetiam a compreensões e opiniões das pessoas que vivem com HIV/aids.

Assim, o terceiro grupo amostral foi constituído pelas pessoas que vivem com HIV/aids. Para esse grupo amostral as perguntas tiveram como objetivo compreender como é viver com HIV/aids, e o que é importante para se sentir bem atendido nos serviços de saúde, o significado de ser bem atendido, e o que considera importante para promover o cuidado das pessoas que vivem com HIV/aids. Para esse grupo amostral, a pergunta sobre melhores práticas não fez sentido e precisou ser adaptada com o foco na própria relação da pessoa com os profissionais e o serviço de saúde. As hipóteses, grupo amostral e questão de pesquisa são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Hipóteses de pesquisa, grupos amostrais e perguntas iniciais.

HIPÓTESES	GRUPO AMOSTRAL	PERGUNTA INICIAL
As melhores práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids são as práticas que iniciam na APS mas têm a sua longitudinalidade no trabalho desenvolvido pelos profissionais que atuam no SAE	24 Profissionais que atuam na APS	Conte sobre as tuas experiências envolvendo as ações, práticas de cuidado e/ou gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids
O significado de melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids se traduz em uma postura acolhedora, livre de preconceitos, com o envolvimento da equipe, adesão ao regime terapêutico, controle do estado de saúde da pessoa que vivem com HIV/aids, e alcance da qualidade de vida.	11 Profissionais que atuam no SAE	Você poderia me contar sobre as práticas que você desenvolve para a gestão do cuidado as pessoas que vivem com HIV/aids?
Melhores práticas significam acesso, qualidade no atendimento e tratamento, e todas as práticas que contribuem para viver bem com HIV/aids.	10 Pessoas que vivem com HIV/aids	Você poderia me contar sobre como é viver com HIV?

Fonte: Elaborado pela autora.

O processo de análise foi realizado concomitantemente à coleta dos dados até que as categorias pudessem ser consideradas saturadas. A lógica da saturação supera o tamanho da amostra, que pode ser pequena. Contudo, no momento em que o pesquisador estiver estagnado, ele deverá voltar e recodificar os dados, e visualizar se consegue definir novas orientações. As diretrizes da teoria fundamentada devem ser utilizadas de modo que seja possível uma compreensão mais clara sobre o material (CHARMAZ, 2009). Para avaliar a saturação das categorias, algumas perguntas foram feitas:

Quais comparações você faz entre os dados das categorias e entre estas? Como você compreende essas comparações? A que elas o conseguem levá-lo? De que forma as suas comparações elucidam as suas categorias teóricas? A que outras direções, se for

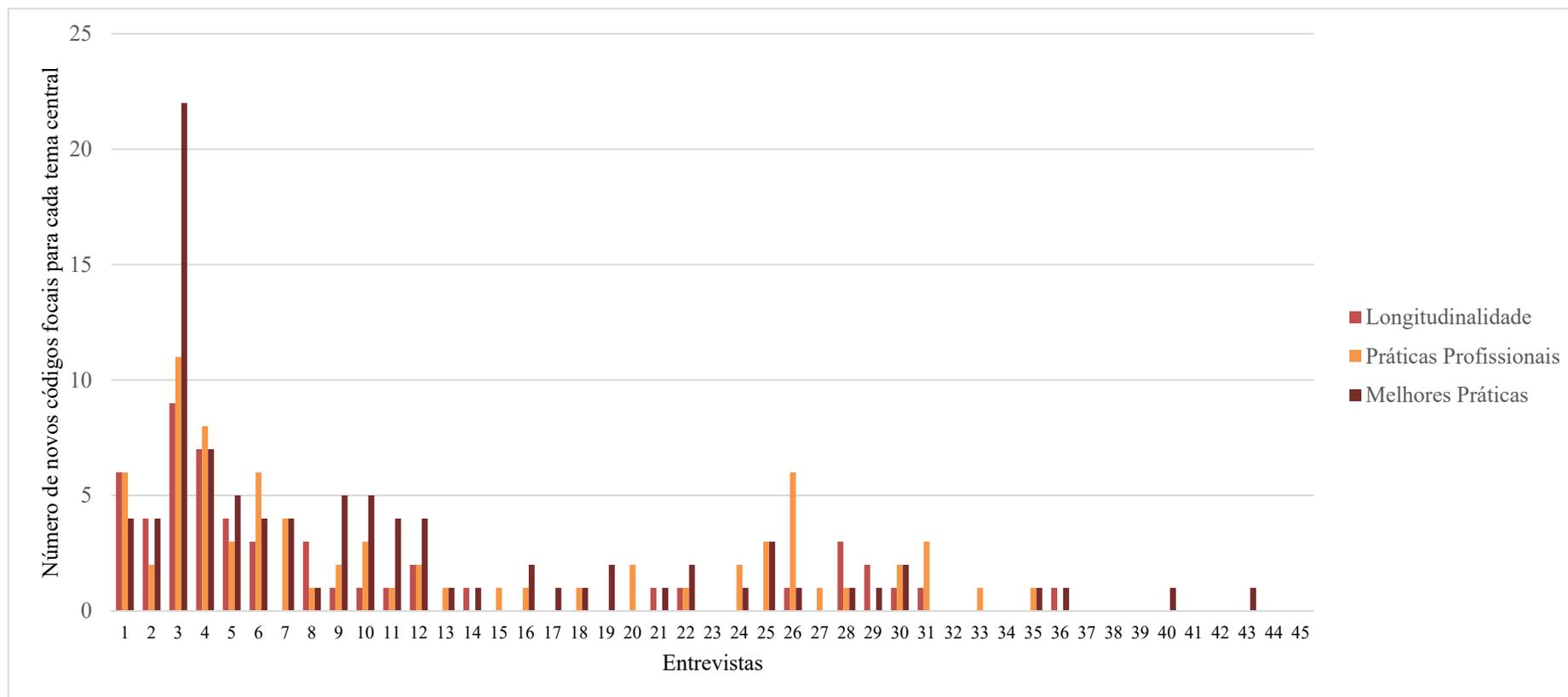
este o caso, elas o levam? Quais novas relações conceituais, se houver alguma, você poderia observar? (CHARMAZ, 2009, p. 157)

Outro aspecto importante a ser mencionado foi o referencial do pensamento complexo que permeou a organização e construção das categorias, oportunizando uma olhar mais plural sobre o tecido que junta o todo e suas interconexões. A complexidade abarca a diversidade, a ordem, a desordem, a ambiguidade, a incerteza, e admite que o conhecimento completo é impossível de ser atingido, e ao mesmo tempo permite a ciência se conhecer criticamente e se renovar (MORIN, 2014; 2015; MORIN; ANDRADE, 2014).

Para constatar a saturação teórica dos dados, utilizou-se a técnica de fechamento proposta por Fontanella *et al.* (2011), que é desenvolvida em oito passos: (1) dispor de registros de dados considerados brutos, ou seja, as transcrições integrais e as gravações de áudio; (2) imersão em cada registro, explorando individualmente cada entrevista e identificando núcleos de sentido; (3) compilar as análises individuais, em que um pesquisador compila os temas e enunciados, iniciando as pré-categorias ou novas categorias; (4) reunir os temas e enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria, de modo a agregar os respectivos trechos das entrevistas que os exemplificam; (5) codificar ou nominar os dados, parte criativa da pesquisa que envolve raciocínios indutivos que parte do particular para algo mais abstrato e geral; (6) alocar em uma tabela (Apêndice C, D e E) os temas e tipos de enunciados, o que permite a visualização dos elementos analíticos trabalhados agregando-se cada (pré-)categoria e destacando a sua primeira ocorrência; (7) constatar a saturação teórica para cada (pré-)categoria ou nova categoria, ou seja, quando novos temas ou tipos de enunciado não são acrescentados após novas entrevistas; (8) visualizar a saturação, transformando a tabela em um gráfico (Figura 5), possibilitando para cada categorias analisadas uma constatação visual da saturação.

A saturação teórica dos dados foi alcançada quando novas ideias não emergiram mais para a compreensão do fenômeno e as principais categorias e categorias centrais estavam consolidadas. A categoria central é um conceito amplo e abstrato para descrever em poucas palavras o que o pesquisador considera como tema principal do estudo e representa o conjunto de categorias (SILVA *et al.*, 2019). A Figura 5 permite visualizar a constatação objetiva da saturação teórica.

Figura 5 – Distribuição do número de códigos focais novos para cada tema central segundo o número de ordem das entrevistas. Chapecó/SC, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora

Para a categoria central relacionada à “longitudinalidade” a saturação foi atingida na entrevista 36, para “viver com HIV” na 39, para “práticas profissionais” na 35, e para “melhores práticas” na 43. Assim, a amostra foi fechada com 45 participantes em três grupos amostrais provenientes ou contatados a partir de 20 serviços, ou seja, o SAE e 19 CSF (sendo 18 na área urbana do total de 20, e um na área rural do total de seis). Na APS, aproximadamente 700 profissionais atuavam nos 19 CSF, mas pouquíssimos mencionaram desenvolver ações ou atendimentos relacionados ao HIV/aids, e por isso a imensa maioria não atendia aos critérios de inclusão para o estudo. Cabe mencionar ainda que a entrevista 43 aprofundou um conceito já evidenciado no que se refere ao acolhimento e por isso os dados foram considerados saturados.

Ainda, faz-se necessário esclarecer que para o primeiro e segundo grupos amostrais o fechamento da amostra se deu por exaustão, tendo em vista que no primeiro grupo amostral todos os coordenadores dos CSF e suas equipes foram convidadas a participar da pesquisa, e todos os profissionais elegíveis que aceitaram participar do estudo foram entrevistados, e no segundo grupo amostral todos os profissionais do SAE foram entrevistados. Segundo Fontanella *et al.* (2008), o fechamento por exaustão ocorre quando todos os indivíduos disponíveis são incluídos no estudo.

Ao final da análise dos dados, obteve-se 22:52:07 horas de gravação, aproximadamente 343 páginas transcritas, mais de 138 horas de transcrição manual, além das horas com testes em aplicativos gratuitos sem sucesso, mais de 80 páginas de memorandos, e as incontáveis horas de análise das 45 entrevistas para a elaboração de 2.330 códigos iniciais, que deram origem a 429 códigos focais. Para atender aos três objetivos do presente estudo, foram utilizados 240 códigos focais que deram origem as subcategorias, sendo organizadas 24 categorias, e três categorias centrais. Nesse sentido, o uso do *Atlas.ti versão 9*® facilitou a organização dos dados durante a análise, a consulta, a recuperação dos dados produzidos, bem como as idas e vindas pelos dados, movimento que integra o método da TFDC.

Cabe ainda mencionar que utilizei papel, lápis e borracha durante todo o desenvolvimento do estudo, em especial para a anotação de *insights* e desenvolvimento dos primeiros esboços das ideias e compreensões que surgiam em minha mente. Optei por um caderno de desenho porque a ausência de linhas me permitiu a livre criação, facilitou a elaboração dos primeiros rabiscos para os diagramas e modelo teórico interpretativo, e me desprendeu da necessidade inconsciente de seguir um padrão de linhas na escrita. O lápis me possibilitou apagar e refazer parte dos esboços que constituíram ensaios para a criação no

ambiente digital do notebook. Os traçados foram apenas em grafite, porque mesmo adorando colorir, admito que só consigo fazê-lo quando termino o desenho. Então, as cores ganharam espaço no ambiente digital, sobretudo por meio dos recursos de “Formas” e “SmartArt” do *Microsoft Power Point*® que também foi utilizado para a elaboração dos diagramas e modelo teórico.

4.6 VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO INTERPRETATIVO

A utilidade da TFD construtivista será avaliada pela qualidade do produto final. A escrita é intuitiva, inventiva e interpretativa, e o pesquisador fica imerso no processo de análise. Então, é preciso avaliar se o modelo teórico interpretativo e a teoria substantiva desenvolvida fazem sentido para o leitor e outros estudiosos (CHARMAZ, 2009).

Assim, inicialmente foi realizada a validação de cada entrevista pelos participantes dos dois primeiros grupos amostrais. As transcrições foram enviadas para os respectivos e-mails ou *Whatsapp*®, de acordo com a preferência de cada um, oportunizando a leitura, inserção, alteração, complementação ou mesmo a retirada de informações. Esse processo também foi essencial para que a pesquisadora pudesse esclarecer dúvidas, recuperar informações em trechos inaudíveis, ou fazer novos questionamentos para aprofundar algum ponto que havia sido mencionado pelo participante. No total, sete transcrições foram retomadas com os participantes para esclarecimentos.

A validação colabora para que a teoria seja representativa da realidade investigada, identificando como a abstração se ajusta aos dados brutos e se apresenta no diagrama teórico, podendo ser aprimorada por meio da modificação e inserção de novos elementos (LACERDA *et al.*, 2019). Conforme sugere Lacerda *et al.* (2019), foi utilizada a estratégias de comparação do diagrama com os dados brutos em busca de uma análise comparativa de alto nível.

Após isso, foram convidados quatro avaliadores para a etapa de validação da pesquisa, sendo uma pessoa que vive com HIV/aids e três profissionais de saúde, um proveniente da APS, um do SAE, e um da gestão não participante da entrevista para a coleta dos dados. Além dos critérios de inclusão dos participantes para a pesquisa, foi considerada apta a participar da validação a pessoa que vive com HIV/aids que têm pelo menos o ensino médio completo e tivesse participado do estudo, a fim de facilitar a compreensão do modelo teórico e se expressar acerca do mesmo. E, para os profissionais de saúde, foi considerado o critério de estar há pelo

menos um ano no serviço de cuidados às pessoas com HIV/aids ou APS ou Gestão. Para a validação teórica metodológica, foram convidados a participar duas *experts* em TFD.

Foi realizada a validação comunicativa a fim de averiguar se o modelo construído representa as vivências dos avaliadores segundo os critérios de compreensão, ajuste e generalização teórica. Uma TFD deve atender a quatro critérios centrais, contudo, o critério de controle não foi utilizado por se tratar de um critério em que as hipóteses que propõem as relações entre os conceitos são utilizadas para guiar ações posteriores, o que não constitui objeto do presente estudo. Os três critérios utilizados podem ser assim definidos: ajuste, busca compreender se a teoria é fiel à realidade cotidiana; compreensão, a teoria deve fazer sentido tanto para as pessoas envolvidas no estudo quando para os profissionais; generalização teórica, os dados devem ser compreensíveis e com a interpretação conceitual extensa de modo que a teoria seja abstrata e inclua variações suficientes para que possa ser aplicada em uma variedade de contextos relacionados ao fenômeno (SOUZA, 2010; STRAUSS; CORBIN, 2008). O modelo teórico pode explicar a maioria dos casos e por isso é importante verificar o quão bem os dados brutos foram integrados (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Para o momento da validação, foi elaborada uma síntese da investigação (Apêndice F) inspirada nas pesquisas de Souza (2010) e Lanzoni (2013), incluindo os objetivos, referencial filosófico, referencial metodológico com explicitação das estratégias de análise, categorias e subcategorias, e o diagrama representativo do modelo. As dúvidas consistiam em saber se: o modelo abarcava toda a experiência de melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids; as relações entre subcategorias, categorias, e categoria central eram guiados para a mesma direção, ou seja, se convergiam; se o modelo representava as melhores práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV; e se as denominações das categorias, categoria central e fenômeno eram compreendidos pelos validadores do mesmo modo que pelas pesquisadoras.

A síntese de investigação orientou a análise do modelo com relação ao ajuste, à compreensão, e à generalização teórica. No primeiro momento foi entregue a síntese para cada avaliador e foram realizadas algumas orientações sobre a pesquisa e organização do material. No segundo momento, o avaliador era convidado a falar sobre o modelo e o que compreendeu do mesmo. Para tanto, utilizou-se um segundo instrumento (Apêndice G) com algumas questões orientadoras: O que está acontecendo aqui? O modelo representa as melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids? No terceiro momento, quando o avaliador já demonstrava que compreendeu o que estava sendo apresentado, ele era convidado

a comentar sobre: Você percebe a sua experiência/vivência representada no modelo? Há algo que não esteja representado? Para os profissionais, também foi solicitado que analisassem se eles percebiam a integração entre as categorias, se a nomeação estava adequada, e se observavam a abstração e generalização teórica, ou seja, se o modelo poderia ser aplicado a outras realidades na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids.

As falas dos avaliadores foram gravadas com o auxílio de um aparelho celular, e analisadas em busca de verificar se o modelo teórico interpretativo atendia aos critérios de ajuste, compreensão e generalização teórica, para a obtenção do aprimoramento do modelo final. A primeira validação realizada com um profissionais de saúde da APS, evidenciou a necessidade de enviar a síntese investigativa previamente para cada avaliador, a fim de possibilitar a leitura e reflexão sobre as categorias, subcategorias e modelo apresentado, proporcionando uma maior apreensão do conteúdo. Na segunda validação, realizada com um profissional do SAE, foi sugerido: que a palavra aids acompanhasse HIV na denominação de todas as categorias; foi ressaltado que o uso do *whatsapp*® não está autorizado pela Secretaria de Saúde devido à preocupação com a proteção dos dados; o projeto dos Adolescentes Multiplicadores não está mais sendo realizado. Na terceira avaliação com um profissional da gestão não participante do estudo, observou-se que o diagrama sobre as melhores práticas poderia ser aprimorado. Após as três primeiras entrevistas, a pesquisadora realizou pequenas alterações na denominação de algumas categorias, a elaboração de um novo diagrama e realizou a avaliação com a pessoa que vive com HIV, a qual não identificou a necessidade de alterações. Assim, seguiu-se para a etapa de validação com as *experts* em TFD.

A validação com as *experts* em TFD foi realizada com dois avaliadores. O encontro com a primeira *expert* foi realizado pessoalmente e gravado por meio de um aparelho celular, e com a segunda foi realizada de modo virtual e gravada com o auxílio do *Microsoft Teams*®. Após a primeira avaliação, três categorias do diagrama das melhores práticas foram agrupadas em uma, e houve alterações na denominação de outras duas categorias de modo a deixar mais evidente o pensamento complexo. A entrevista com a segunda *expert* despertou a necessidade de voltar à etapa de codificação axial, e redesenhar o diagrama das melhores práticas visando o seu aprimoramento, bem como realizar pequenos ajustes na denominação das categorias. A partir da sugestão da *expert* para representar a integração das categorias no diagrama apresentado mais adiante na Figura 8, foi considerado o modelo paradigmático dos 3 Cs - contexto, ação e interação, e consequências (CORBIN; STRAUSS, 2015). Feito isso, a

pesquisadora teve novos *insights* e seguiu para a elaboração do modelo teórico interpretativo, realizando novamente a discussão do mesmo com a *expert*.

4.7 ESTÁGIO DE DOUTORAMENTO NA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO / PORTUGAL

A Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) é uma instituição pública de excelência na formação de enfermeiros, na criação, transmissão e difusão da cultura, no saber, ciência e tecnologia, articulando estudo, ensino e pesquisa. Desenvolve o Sistema de Gestão da Qualidade da ESEP (SGQ-ESEP), sintetizando os referenciais de qualidade para as instituições de ensino superior preconizados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES). Oferece formação de graduação e pós-graduação em nível de especialização, mestrado e doutorado (ESEP, 2022).

O Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu é licenciado em Enfermagem pela ESEP, Doutor em Ciências da Educação pela Universidade de Lisboa, Portugal, e Pós-doutor pela Universidade de Aveiro, Portugal. Dr. Wilson é Professor Catedrático do Ensino Superior na ESEP (Porto), Presidente do Conselho Científico da ESEP, ensina métodos qualitativos de pesquisa, entre outras atribuições, e, é membro integrado do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS). Entre os seus principais interesses de pesquisa estão saúde mental, transtornos psiquiátricos, HIV/aids e COVID-19, educação clínica, supervisão clínica, antropologia médica e espiritualidade na atenção à saúde. As experiências internacionais (investigação e ensino) incluem atividades na maioria dos países europeus e no Brasil, EUA, Angola, Cabo Verde, Canadá, Turquia e Rússia.

O primeiro contato com o Prof. Dr. Wilson foi em 2020, e em agosto desse ano recebi a carta de aceite para a realização de doutorado sanduíche para o período de seis meses. Contudo, devido às restrições sanitárias impostas pela pandemia de COVID-19, minha orientadora Profa. Dra. Betina, o Prof. Dr. Wilson, e eu permanecemos realizando estudos à distância com reuniões *online* por meio do *Google Meet*® durante todo o ano de 2021. No início do ano de 2022, quando recebemos a terceira dose da vacina contra a COVID-19, também houve a abertura da ESEP para aceite de alunos diante de um melhor controle da pandemia, Assim, a Profa. Dra. Betina e eu pudemos viajar a Portugal, cada uma com metas específicas. A minha viagem foi custeada com recursos próprios e recursos obtidos por meio da bolsa de Pós-graduação FUMDES/UNIEDU, da qual fui contemplada em abril de 2021.

O estágio de doutoramento junto à ESEP na cidade do Porto, Portugal, foi realizado durante o mês de abril de 2022, com encontros presenciais semanais com o Prof. Dr. Wilson, meu supervisor no Exterior, sendo também possível conhecer parte da estrutura física e organizacional da ESEP. Discutimos os resultados encontrados na pesquisa em profundidade, bem como o delineamento de referenciais para as discussões finais dos resultados e elaboração dos manuscritos. Adicionalmente, conhecemos os estudos nos quais o Prof. Dr. Wilson integra ou coordena e recebemos o convite para participar na produção em um deles envolvendo a temática HIV/aids junto ao CINTESIS.

Ainda, tivemos a oportunidade de conhecer o Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospital Universitário de São João, em Porto, Portugal, que possui uma área de internamento, UTI, isolamento, e o Hospital Dia que desenvolvem atividades de modo centralizado de atenção às pessoas com HIV/aids, recebendo as pessoas de toda região do Porto por livre demanda e agendamento.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa respeitou todos os aspectos éticos preconizados pelas Resoluções nº 466/12, 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, bem como o OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS que trata dos procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, e teve início somente após a aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Anexo 1). Todas as entrevistas tiveram início somente após o aceite do TCLE, e foram utilizados códigos com letras e números sequenciais por grupo amostral e ordem cronológica de devolutiva da validação do conteúdo da entrevista pelo participante a fim de garantir a confidencialidade da identidade, privacidade, proteção da imagem e não estigmatização dos participantes da pesquisa.

O TCLE foi enviado para os participantes por meio do aplicativo *WhatsApp*®, e o consentimento foi obtido por meio de questionamento direto a cada participante no início da gravação tendo em vista as restrições impostas pela pandemia COVID-19, e por isso não foram utilizados TCLE impressos e assinados manualmente. O preenchimento do *Google Forms*® com as questões de caracterização socioprofissionais pelos participantes também foi considerado como um meio de consentimento para participação na pesquisa. Destaca-se que em todos esses momentos foi garantida a preservação da imagem, permanecendo confidencial

os dados de identificação dos participantes, e foram utilizadas apenas as transcrições das entrevistas para a análise, desconsiderando as gravações de vídeo e áudio.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o Parecer Consubstanciado nº 3.956.203 de 06 de abril de 2020, e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 29839720.1.0000.0121. Os dados da pesquisa, como arquivos das gravações e transcrição das entrevistas, serão mantidos sob guarda e sigilo pela pesquisadora por um período de cinco anos, a contar da data de início da coleta de dados, e após serão apagadas. As informações não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, instituições ou comunidades, incluindo a autoestima, imagem, prestígio, ou aspectos econômico-financeiros.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A caracterização dos participantes do estudo, que constituíram o primeiro e segundo grupos amostrais está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização socioprofissional dos participantes do estudo: primeiro e segundo grupos amostrais, Chapecó/SC, 2020-2021.

		(continua)			
Variáveis	Descrição	Primeiro Grupo Amostral (n=24)		Segundo Grupo Amostral (n=11)	
		n (%)	M±DP	n (%)	M±DP
Idade			37,4±7,7		43,2±8,9
	25 a 29 anos	5 (20,8)		0 (0)	
	30 a 39 anos	10 (41,7)		5 (45,5)	
	40 a 49 anos	8 (33,3)		3 (27,3)	
	50 a 57 anos	1 (4,2)		3 (27,3)	
Gênero					
	Feminino	23 (95,8)		10 (90,9)	
	Masculino	1 (4,2)		1 (9,1)	
Profissão					
	Enfermeiro(a)	21 (87,5)		3 (27,3)	
	Auxiliar de Enfermagem	1 (4,2)		2 (18,2)	
	Técnica em Enfermagem	0 (0)		2 (18,2)	
	Médica	1 (4,2)		1 (9,1)	
	Cirurgiã-dentista	1 (4,2)		0 (0)	
	Assistente Social	0 (0)		1 (9,1)	
	Farmacêutica	0 (0)		1 (9,1)	
	Psicóloga	0 (0)		1 (9,1)	
Tempo de formação			13,4±6,6		17±9,0
	2 a 5 anos	4 (16,7)		1 (9,1)	
	6 a 9 anos	3 (12,5)		1 (9,1)	
	10 a 14 anos	7 (29,2)		3 (27,3)	
	15 a 19 anos	5 (20,8)		2 (18,2)	
	20 a 24 anos	3 (12,5)		1 (9,1)	
	25 a 30 anos	2 (8,3)		3 (27,3)	

Tabela 2 - Caracterização socioprofissional dos participantes do estudo: primeiro e segundo grupos amostrais, Chapecó/SC, 2020-2021.

Variáveis	Descrição	(conclusão)			
		Primeiro Grupo Amostral (n=24)		Segundo Grupo Amostral (n=11)	
		n (%)	M±DP	n (%)	M±DP
Escolaridade					
	Ensino Médio	1 (4,2)		2 (18,2)	
	Ensino Superior em curso	0 (0)		1 (9,1)	
	Graduação	1 (4,2)		2 (18,2)	
	Pós-graduação	6 (25,0)		2 (18,2)	
	Especialização	12 (50,0)		3 (27,3)	
	Residência	0 (0)		1 (9,1)	
	Mestrado acadêmico	2 (8,3)		0 (0)	
	Mestrado profissional	2 (8,3)		0 (0)	
Tempo de atuação no atual Serviço de Saúde			8,7±6,4		5,2±2,7
	6m a 4 anos	7 (29,2)		5 (45,5)	
	5 a 9 anos	7 (29,2)		5 (45,5)	
	10 a 14 anos	5 (20,8)		1 (9,1)	
	15 a 19 anos	3 (12,5)		0 (0)	
	20 a 24 anos	2 (8,3)		0 (0)	
Função atual					
	Assistência	8 (33,3)		9 (81,8)	
	Coordenação	16 (66,7)		1 (9,1)	
	Administrativa	0 (0)		1 (9,1)	
Tempo na função atual			5,9±6,8		4,4±1,6
	6m a 1 ano	3 (12,5)		0 (0)	
	1 a 4 anos	12 (50,0)		6 (54,5)	
	5 a 9 anos	3 (12,5)		5 (45,5)	
	10 a 14 anos	2 (8,3)		0 (0)	
	15 a 20 anos	2 (8,3)		0 (0)	
	21 a 24 anos	2 (8,3)		0 (0)	

Legenda: n: Número absoluto; %: Percentual; M: Média; DP: Desvio Padrão

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que no primeiro grupo amostral a média de idade dos participantes foi de 37,4 anos (DP 7,7 anos), predominando a faixa etária entre 30 e 39 anos (n=10; 41,7%), seguida de 40 e 49 anos (n=8; 33,3%), gênero feminino (n=23; 95,8%), e profissão enfermeiro (n=21; 87,5%). Chama a atenção que dentre as demais categorias da equipe multiprofissional de saúde que atuam na APS, que aceitaram participar do estudo e se reconheceram desenvolvendo ações

e/ou atendimentos relacionados ao HIV/aids, houve a participação de apenas uma auxiliar de enfermagem, uma cirurgiã dentista, e uma médica.

O tempo de formação foi em média 13,4 anos (DP 6,6 anos), com prevalência para o intervalo compreendido entre 10 e 14 anos (n=7; 29,2%), e variação entre 2 e 30 anos. No que se refere à escolaridade, metade dos profissionais do primeiro grupo amostral possuem especialização (n=12; 50%), seguido de pós-graduação (n=6; 25%), e quatro cursaram mestrado, sendo que dois (8,3%) o mestrado acadêmico e dois o mestrado profissional, apenas um profissional (4,2%) possui graduação, e um cursou até o ensino médio. Para além do apresentado na tabela 2, cabe mencionar que entre os profissionais enfermeiros, um possui apenas a graduação, cinco possuem pós-graduação sendo dois em saúde da família, 11 possuem especialização sendo três em saúde da família e três em enfermagem obstétrica, dois possuem mestrado acadêmico em saúde neonatal e infantil, e em enfermagem, e dois possuem mestrado profissional em enfermagem na atenção primária.

O tempo de atuação no atual serviço de saúde foi em média 8,7 anos (DP 6,4 anos), com um número maior de profissionais entre seis meses e quatro anos (n=7; 29,2%), e cinco a nove anos (n=7; 29,2%), e uma variação de tempo entre seis meses e 24 anos. A maioria dos profissionais entrevistados desempenham função de coordenação do CSF (n=16; 66,7%), e em menor número a função assistencial (n=8; 33,3%). A média de tempo na função atual foi de 5,9 anos (DP 6,8), com prevalência para o período de um a quatro anos, e variação de 6 meses a 24 anos.

A Tabela 3 apresenta a caracterização das pessoas que vivem com HIV que participaram da pesquisa, constituindo o terceiro grupo amostral.

Tabela 3 - Caracterização socioprofissional dos participantes do terceiro grupo amostral – pessoas com HIV/aids, Chapecó, 2021.

Variáveis	Número Absoluto (n: 10)	Percentual (%)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)
Idade			45,4	15,9
23 a 29 anos	2	20,0		
30 a 39 anos	2	20,0		
40 a 49 anos	3	30,0		
50 a 59 anos	1	10,0		
60 a 69 anos	1	10,0		
70 anos	1	10,0		

(continua)

Tabela 3 - Caracterização socioprofissional dos participantes do terceiro grupo amostral – pessoas com HIV/aids, Chapecó, 2021.

(continuação)

Variáveis	Número Absoluto (n: 10)	Percentual (%)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)
Gênero				
Feminino	5	50,0		
Homem Homossexual	2	20,0		
Homem Transexual	1	10,0		
Masculino	2	20,0		
Estado Civil				
Casado(a)	3	30,0		
Divorciado(a)/Separado(a)	2	20,0		
Solteiro(a)	4	40,0		
Viúvo(a)	1	10,0		
Filhos				
Não	4	40,0		
Sim	6	60,0		
		0,0		
Número de filhos			1,5	1,6
0	4	40,0		
1	2	20,0		
2	1	10,0		
3	1	10,0		
4	2	20,0		
Religião				
Ateu	1	10,0		
Católica	3	30,0		
Cristã	1	10,0		
Espírita	1	10,0		
Espírita e Católica	1	10,0		
Evangélica	2	20,0		
Indefinida	1	10,0		

Tabela 3 - Caracterização socioprofissional dos participantes do terceiro grupo amostral – pessoas com HIV/aids, Chapecó, 2021.

(conclusão)				
Variáveis	Número Absoluto (n: 10)	Percentual (%)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)
Profissão/Ocupação				
Aposentada	1	10,0		
Arquiteto	1	10,0		
Consultora de Vendas	1	10,0		
Profissional do sexo	1	10,0		
Pedreiro	1	10,0		
Recebe benefício social	1	10,0		
Representante Comercial	1	10,0		
Separadora de Mercadorias	1	10,0		
Serviços Gerais	1	10,0		
Vendedor	1	10,0		
Escolaridade				
Ensino Fundamental Completo	2	20,0		
Ensino Fundamental Incompleto	2	20,0		
Ensino Médio	3	30,0		
Ensino Superior Completo	2	20,0		
Ensino Superior em curso	1	10,0		
Tempo que vivem com HIV			15,7	11,7
1 a 5 anos	2	20,0		
6 a 10 anos	1	10,0		
11 a 15 anos	2	20,0		
16 a 20 anos	1	10,0		
21 a 25 anos	3	30,0		
40 anos	1	10,0		

Fonte: Elaborado pela autora.

Entre as pessoas que vivem com HIV/aids que participaram do estudo, observou-se que a média de idade foi de 45,4 anos (DP 15,9 anos) com concentração na faixa etária de 23 a 49 anos (n=7; 70%), prevalência do gênero feminino (n=5; 50%), estado civil solteiro (n=4; 40%), seguido de casado (n=3; 30%), com até quatro filhos (n=6; 60%), e diferentes religiões, sendo a católica a mais citada (n=3; 30%), e um ateu (10%).

Em relação à profissão, observou-se uma diversidade de atividades e apenas um profissional do sexo (n=1; 10%). A escolaridade concentrou-se em ensino fundamental (n=4; 40%) seguida do ensino médio (n=3; 30%), sendo apenas dois com curso superior completo

(n=2; 20%), e um em andamento (n=1; 10%). A média de tempo que as pessoas entrevistadas vivem com HIV foi de 15,7 anos (DP 11,7 anos), com prevalência para a faixa de 21 a 25 anos (n=3; 30%), e variação de 1 a 40 anos.

5.2 CATEGORIAS CENTRAIS DO ESTUDO

A Instrução Normativa nº 02/PEN/2021 dispõe que os resultados e discussões deverão ser apresentados no formato de manuscritos, os quais serão apresentados no próximo capítulo. Antes porém, optou-se por apresentar os resultados de modo detalhado, com a descrição dos principais resultados e os recortes dos trechos de falas, bem como a explanação sobre o modelo teórico interpretativo, tendo em vista as limitações de espaço normalmente definidas pela apresentação dos resultados no formato de manuscritos.

O processo de codificação e categorização dos dados deu origem a três categorias centrais que emergiram durante a análise dos dados e atendem aos objetivos do estudo conforme apresenta o Quadro 2.

Quadro 2 – Apresentação das categorias centrais e suas respectivas categorias.

CATEGORIA CENTRAL	CATEGORIAS (continua)
<p>Compreendendo a longitudinalidade nas práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contemplando o acesso das pessoas que vivem com HIV/aids na RAS 2. Considerando o acolhimento como um momento único 3. Compreendendo os fluxos de encaminhamento da pessoa com HIV/aids na APS 4. Conhecendo os fluxos e articulações do SAE para o atendimento das pessoas que vivem com HIV/aids 5. Evidenciando que o acompanhamento da pessoa com HIV/aids na APS depende da iniciativa desses profissionais 6. Percebendo a interrupção do vínculo da pessoa com HIV/aids com a APS 7. Reconhecendo o SAE como uma referência e sua qualidade no atendimento 8. Conferindo importância ao regime terapêutico e acompanhamento da pessoa com HIV/aids
<p>Desvelando práticas profissionais em busca de atender os compromissos assumidos para o controle da epidemia de aids</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizando os testes rápidos 2. Ampliando o diagnóstico precoce 3. Promovendo a adesão ao regime terapêutico 4. Entendendo as contradições que envolvem a adesão ao regime terapêutico 5. Desvelando o tabu, preconceito, discriminação e estigma 6. Vivenciando o medo e a superação profissional frente ao HIV/aids 7. Utilizando sistemas de informação e alguns indicadores

CATEGORIA CENTRAL	CATEGORIAS (conclusão)
<p>Revelando as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Considerando essenciais o acesso, a integralidade, o fluxo definido, e a necessidade de aprimoramento da linha de cuidado em HIV/aids 2. Incorporando as tecnologias e reconhecendo as limitações no seu uso para o adequado acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids 3. Desvelando a contradição no trabalho com parcerias e rede com a omissão do diagnóstico e negação do HIV/aids 4. Desenvolvendo práticas de diagnóstico precoce, cuidado, educativas e grupos em meio a desafios, interrupções e ausência de critérios objetivos para avaliar uma prática como melhor 5. Valorizando a atuação profissional acolhedora no trabalho e no envolvimento com a equipe 6. Enfrentando os aspectos complexos do HIV/aids 7. Reconhecendo a relação fortalecida do profissional com a pessoa que vive com HIV/aids 8. Relacionando o atendimento à melhoria da qualidade de vida para as pessoas com HIV/aids 9. Alcançando a compreensão da importância do cuidado contínuo de si e do outro

Fonte: Pesquisa de campo, Chapecó, 2022.

5.3 COMPREENDENDO A LONGITUDINALIDADE NAS PRÁTICAS DE GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A categoria central “Compreendendo a longitudinalidade nas práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde” está sustentada por oito categorias e 54 subcategorias, conforme apresenta o Quadro 3.

Quadro 3 – Apresentação das categorias, subcategorias, e categoria central relacionadas a “longitudinalidade”.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (continua)
Contemplando o acesso das pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção à saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Afirmando que o acesso das pessoas com HIV é tranquilo em toda a RAS 2. Relatando que as pessoas com HIV têm prioridade no atendimento na APS 3. Relatando que há dificuldade de acesso na APS quando a Pessoa não relata que vive com HIV 4. Adaptando a organização do serviço durante a pandemia
Considerando o acolhimento como um momento único	<ol style="list-style-type: none"> 1. Considerando que vários serviços acolhem bem as pessoas com HIV 2. Considerando o acolhimento importante para a adesão ao regime terapêutico 3. Considerando o acolhimento da pessoa com HIV no SAE como um momento único 4. Acolhendo a pessoa com HIV sem preconceitos no SAE

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (continuação)
<p>Compreendendo os fluxos de encaminhamento da pessoa com HIV/aids na atenção primária à saúde</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encaminhando as pessoas com HIV/aids para o SAE com os resultados dos testes, documentos, vacinação, preventivo se mulher, e avaliação de saúde bucal, de acordo com o fluxograma 2. Relatando que algumas pessoas com HIV procuram o SAE porque querem que tudo seja encaminhado prioritariamente 3. Encaminhando para o CEO pacientes da odontologia com suspeita de HIV para diagnóstico 4. Atendendo a pessoa com HIV de modo descentralizado na odontologia
<p>Conhecendo os fluxos e articulações do SAE para o atendimento das pessoas que vivem com HIV/aids</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encaminhando pessoas com HIV no SAE para diferentes pontos da RAS 2. Encaminhando pessoas com HIV que apresentam outras queixas no SAE para a APS 3. Acreditando no trabalho conjunto e articulado entre APS e SAE 4. Atendendo a gestante com HIV de modo conjunto entre SAE e Clínica da Mulher 5. Relatando que encaminham alguns casos para o Programa Saúde em Casa

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (continuação)
<p>Percebendo a interrupção do vínculo da pessoa com HIV/aids com a atenção primária à saúde</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Afirmado que as pessoas com HIV também são responsabilidade da APS 2. Percebendo na APS a perda do vínculo da pessoa com HIV encaminhada para o SAE 3. Tendo clareza no SAE de que o paciente com HIV é um paciente de todos os serviços 4. Pontuando a necessidade de maior integração entre APS e SAE 5. Acreditando que a troca de profissionais no serviço interfere no vínculo com as pessoas com HIV
<p>Evidenciando que o acompanhamento da pessoa com HIV/aids na atenção primária à saúde depende da iniciativa desses profissionais</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocando-se à disposição na APS para atender a pessoa com HIV independentemente do problema 2. Acreditando que o acompanhamento do soropositivo poderia ser feito também na APS 3. Acreditando que é preciso padronizar o atendimento e acompanhamento da pessoa com HIV na APS 4. Desabafando que o acompanhamento das pessoas com HIV é falho na APS 5. Realizando um acompanhamento parcial da pessoa com HIV na APS 6. Afirmado que não realiza o acompanhamento das pessoas com HIV na APS 7. Questionando diretamente a pessoa com HIV para saber como ela está

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (continuação)
<p>Reconhecendo o SAE como uma referência e sua qualidade no atendimento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transparecendo a qualidade e disponibilidade do atendimento 2. Buscando desenvolver um trabalho resolutivo 3. Observando que as pessoas procuram pelo SAE na internet 4. Relatando que é preciso divulgar mais o SAE porque o serviço ainda é pouco conhecido 5. Centralizando o atendimento pela equipe multiprofissional 6. Oferecendo apoio psicológico para a pessoa com HIV e a família 7. Iniciando o atendimento clínico da pessoa com HIV pelo enfermeiro 8. Detalhando que a assistente social no SAE colabora na busca ativa e outras questões 9. Enfatizando a disponibilidade da médica infectologista 10. Afirmando que o SAE é uma referência para o acompanhamento das pessoas com HIV/aids 11. Mencionando que o SAE é uma referência para outros 36 municípios da Região 12. Reconhecendo que o atendimento centralizado no SAE é um ganho para Chapecó 13. Considerando que um serviço específico identificado rotula as pessoas com HIV

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (conclusão)
Conferindo importância ao regime terapêutico da pessoa com HIV/aids	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorando as retiradas de medicamentos e exames no SAE 2. Relatando que é importante seguir o regime terapêutico para o HIV 3. Considerando que o protocolo guia e confere segurança para a prática profissional 4. Afirmando que a APS não possui um protocolo específico para HIV 5. Relatando o contato esporádico ou o não contato pelo SAE para a busca ativa na APS 6. Realizando busca ativa de faltosos e abandonos 7. Relatando que iniciaram a migração do prontuário físico para o eletrônico no SAE e pretendem compartilhar posteriormente 8. Conhecendo o diagnóstico da pessoa com HIV via registros anteriores no prontuário da APS 9. Relatando que a odontologia tem restrição de acesso ao prontuário eletrônico 10. Revelando que a APS não tem acesso ao prontuário da pessoa com HIV do SAE 11. Sentindo a necessidade de interligar o prontuário eletrônico do SAE com a APS 12. Sentindo insegurança em registrar o diagnóstico de HIV no prontuário na APS
CATEGORIA CENTRAL	Compreendendo a longitudinalidade nas práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde

Fonte: Pesquisa de campo, Chapecó, 2022.

A categoria “Contemplando o acesso das pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção à saúde” refere-se à entrada dessas pessoas nos diferentes serviços de saúde. O acesso foi mencionado com tranquilo e priorizado para as pessoas com HIV/aids em toda a RAS, e o SAE é um serviço de porta aberta que atende toda a demanda espontânea. Contudo, quando a pessoa vem de outro município e não relata para um profissional da APS sobre a sua condição sorológica, nem sempre ela consegue atendimento na primeira tentativa, há dificuldade de acesso. Durante a pandemia de COVID-19 os serviços de saúde precisaram adaptar a sua organização do trabalho para tentar manter os atendimentos, mas infelizmente houve prejuízos porque isso se tornou inviável. A demanda passou a ser atendida sem agenda, com modificação e ampliação nos horários de atendimento, foram disponibilizados atendimentos por telefone e videochamada, atendimento restrito ao essencial e até mesmo uma parada temporária. Apesar disso, houve o favorecimento do atendimento individual porque as pessoas vieram menos para os serviços de saúde e os profissionais tiveram mais tempo para realizar cada consulta. A partir da metade de 2021 as pessoas começaram a procurar mais o SAE.

Então assim, eu vejo que eles tem na verdade uma abertura para a Rede toda. (GAIP10)

Então, talvez por isso, e por ser um serviço [SAE] de porta aberta, né? O qual o paciente pode ir lá, agendar consulta, né? (GAIP6)

[...] ele não tinha cadastro na Unidade então ele me contou que fez três idas até o postinho de saúde, e ele tinha em mãos uma, um papel do serviço anterior que ele fazia uso, fazia o atendimento, e esse papel ele não mostrou, né? Logo de cara no serviço. [...] ele voltou então no outro dia, conseguiu passar numa consulta de enfermagem, e aí ele falou do problema de pele e tal que ele queria fazer o acompanhamento daquele problema. E durante a conversa, em nenhum momento ele falou que: “Olha, eu tenho o diagnóstico assim, assim.” (GAIP12)

Então, eu acho que, da metade do ano [2021] para cá que começou a normalizar um pouco mais, a agenda ficar mais cheia, porque muitos pacientes não vinham por medo mesmo, ou também não tinham transporte uma época. Então, o pessoal, a gente até aconselhava, né? Quem puder ficar em casa fique em casa, né? Que para a gente também é algo desconhecido. (GA2P7)

Na categoria “Considerando o acolhimento como um momento único” foi ressaltada a importância de acolher a pessoa sem preconceitos, explicar sobre o serviço, estar disponível para esclarecer dúvidas, saber lidar com a pessoa que chega envergonhada, e toda a equipe seguir a mesma conduta com a pessoa, pois isso contribui para a adesão ao regime terapêutico.

E acolhe. Então, esse é um momento único, né? Onde o usuário perde o chão, alguns tem uma fase de aceitação mais rápida, e nós no Setor [SAE] estamos aqui para ajudar eles a passar, né? A superar esse momento mas com maior fortalecimento possível. (GA2P11)

Então, assim oh: a gente não tem, é livre de preconceito, discriminação. Então isso faz com que ele se sinta mais acolhido, né? (GA2P5)

[...] então eu acho que aqui todo mundo fala a mesma língua nesse sentido de acolher, e eu acho que isso faz toda a diferença sim, que é muito importante! (GA2P2)

Então, acredito que a questão do acolhimento faça a total diferença para ter uma adesão medicamentosa, um controle. (GA1P21)

O fluxo de encaminhamento das pessoas que vivem com HIV/aids direciona para o SAE sempre que o motivo do atendimento for relacionado ao HIV, conforme apresenta a categoria “Compreendendo os fluxos de encaminhamento da pessoa com HIV/aids na atenção primária à saúde”. Além disso, o fluxo tem origem no SAE e segue para os demais pontos da RAS quando a necessidade da pessoa vai além das questões relacionadas ao HIV/aids, o que foi expresso na categoria “Conhecendo os fluxos e articulações do SAE para o atendimento das pessoas que vivem com HIV/aids”.

A pessoa com HIV/aids é encaminhada da APS para o SAE com o diagnóstico confirmado por meio de dois testes rápidos, minimamente, documentos pessoais, vacinas em dia, exame citopatológico do colo do útero se mulher, e avaliação de saúde bucal. Quando a suspeita de HIV surge em meio a um atendimento de odontologia, a pessoa é encaminhada para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para fins de diagnóstico, mas a pessoa retorna para a APS para dar continuidade no tratamento odontológico, e em caso de resultado positivo é encaminhada também para atendimento médico na Unidade de Saúde. Há ainda algumas pessoas com HIV que buscam pelo SAE com outras demandas porque esperam que tudo seja encaminhado prioritariamente.

[...] então a partir do momento que der positivo a gente pede as sorologias, e então, [retorna] para a coleta laboratorial e daí vem depois para confirmar de novo, né? Mais uma coleta, mais uma amostra para coleta para dar definitivamente o diagnóstico e a partir daí então fazer o encaminhamento para o SAE, né? Mas aí, ele já tem que ir com cartão vacinal, já tem que levar junto a avaliação odontológica, né? Além dos exames e tal... (GA1P16)

Ahm, encaminhamentos. Então, a gente [SAE] tem além do atendimento, o encaminhamento para outros setores, tipo CAPs, a [Atenção] Especializada, hospital, a gente tem gestante [atendidas também pela Clínica da Mulher], tem os parceiros soro diferentes, as crianças, né? Que a gente tem que acertar essa rede de atendimento e encaminhar. (GA2P11)

Já faço tudo, que aí ele já avalia e tal, e depois provável... o próprio CEO já direciona na sua Unidade, para a Unidade do paciente que no caso é a minha, né? E daí, já vai para o médico para começar todos os trâmites. (GAIP8)

Na categoria “Percebendo a interrupção do vínculo da pessoa com HIV/aids com a atenção primária à saúde” observa-se que o encaminhamento da pessoa com HIV para o SAE acaba ocasionando uma interrupção no vínculo dessa pessoa com a APS porque o acompanhamento para HIV é centralizado no SAE. Há casos em que o SAE entra em contato com a APS para realizar busca ativa, mas o acompanhamento permanece lá. A APS reconhece que essas pessoas também são sua responsabilidade, e o SAE entende que o paciente é de todos os serviços, contudo há necessidade de maior integração entre SAE e APS. Além disso, é preciso estar atento para a troca de profissionais nos serviços de saúde porque isso também interfere no vínculo.

Aqui [APS] a gente perde, né? O controle um pouco de quem são os nossos pacientes HIV positivos, como eles estão, né? Ahm... a que pé anda o tratamento, como que está a real condição de saúde deles, né? Tu acabas perdendo o vínculo com esse paciente, porque ele acaba construindo um vínculo lá [SAE]. (GAIP7)

Ahm, que também não aconteça assim muita troca de profissionais, até para estabelecer melhor o vínculo do usuário, né? Até a equipe lá especializada tem pouca troca, né? Fica mais o especialista. Enfim, a referência lá! É... mas as vezes nas Unidades acaba trocando por um motivo e outro. Então, tu imagina, né? Eu penso, o usuário vem num dia é um profissional, no outro dia é outro. A quebra, né? Quebra o vínculo e toda vez ele vai ter que explicar tudo de novo, ou o profissional vai ter que ler todo o histórico, conhecer todo o histórico do usuário. (GAIP12)

Entretanto, mesmo que o acompanhamento da pessoa com HIV/aids esteja centralizado no SAE, alguns profissionais da APS o realizam por iniciativa própria, ainda que seja um acompanhamento parcial, não padronizado, e não se tenha acesso ao histórico do paciente no SAE. Esses profissionais colocam-se à disposição dessas pessoas e as questionam durante os atendimentos sobre a adesão ao regime terapêutico. Tais informações deram origem à categoria “Evidenciando que o acompanhamento da pessoa com HIV/aids na atenção primária à saúde depende da iniciativa desses profissionais”.

Então, mas mesmo assim, eu tenho pacientes que são positivos que a gente faz o acompanhamento [na UBS]. (GAIP10)

Não posso falar pela Unidade no geral, porque a gente acaba separando por áreas, né? Então, tem [número] áreas, a gente adota cada enfermeiro USF

[Unidade de Saúde da Família], adota uma forma de acompanhamento, e também de outros pacientes doentes crônicos. (GA1P6)

Tenho mesmo que abordar o usuário e questionar diretamente para ele porque se não... não consigo ver no histórico dele, né? (GA1P10)

Apesar da interrupção no vínculo da pessoa com a APS, a categoria “Reconhecendo o SAE como uma referência e sua qualidade no atendimento” ostenta que os entrevistados mencionaram o SAE como um serviço centralizado, de referência para o município e região, que atende pessoas com HIV/aids provenientes de 36 municípios, oferece atendimento de qualidade, busca desenvolver um trabalho resolutivo, é porta aberta, e possui uma equipe multiprofissional composta por médica infectologista, enfermeiros, psicóloga, assistente social, farmacêutica, técnicas e auxiliares de enfermagem. Contudo, existe uma preocupação em caracterizar um serviço como específico para as pessoas com HIV porque incorre-se no risco de rotular essas pessoas.

[...] o nosso setor então é referência, a gente faz... é encaminhado todos os testes positivos da rede tanto privada como do SUS, são encaminhados para nós. Aqui a gente faz, recebe eles, acolhe, tem o acompanhamento depois com a medicação, com psicólogo, ahm, é feito um acolhimento então com esse paciente, orientação, e... é feito dessa forma, né? Então, o nosso setor a gente vê como uma referência, né? Para as outras Unidades [...] (GA2P3)

Muito bem atendida! Tanto medicação, nunca faltou, psicólogo, assistente social, sempre que eu precisei eu tive um atendimento, eu tive um retorno deles [SAE]. (GA3P1)

No entanto, ele sendo referenciado pra um serviço especializado, fica muito óbvio, né? “Ah, vai lá no, naquele serviço pra tratar”, lá trata do HIV, todo mundo sabe, né? “Ah, ele tem aids, ele é aidético, ele é isso”, então é rotulado, né? (GA1P12)

A categoria “Conferindo importância ao regime terapêutico e acompanhamento da pessoa com HIV/aids” revela a preocupação dos profissionais da APS para a organização das ações relacionadas ao HIV/aids que precisam melhorar. Concomitante a isso, o SAE realiza um acompanhamento minucioso de cada pessoa monitorando as retiradas de medicamentos e resultados de exames laboratoriais, e realizando busca ativa de faltosos e abandonos em parceria com a APS. Pontua-se a necessidade de interligação do prontuário eletrônico e o sentimento de insegurança para registrar o diagnóstico de HIV no prontuário na APS.

[...] para algumas outras ações, ou alguns outros assuntos existem algumas coisas protocoladas, vamos dizer assim, mais organizadas. (GA1P5)

Aqui [no SAE] já tenho dois meses que posso controlar aqui porque já estava acabando a minha medicação e aí eu fui lá e sempre me chamam quando eu tenho que buscar a medicação e tudo isso. Sempre está em dia as minhas coisas, a minha saúde, né? (GA3P2)

Eu acho assim, muitas vezes a parte delicada, muitas vezes a gente nem sabe que esse paciente é portador de HIV! né? A gente faz o preventivo, a gente faz exames, a gente pede mamografia, a gente acompanha ele na integralidade, depois de um tempo que a gente descobre que ele é soropositivo, que está em acompanhamento, porque aqui eles ainda não tem segurança de pôr no prontuário que essa pessoa é soropositiva, né? (GA1P18)

O diagrama apresentado a seguir (Figura 6) representa a interconexão entre as categorias e a categoria central “Compreendendo a longitudinalidade nas práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde”, considerando o contexto de uma RAS onde aparece a APS mas centraliza no SAE o protagonismo da atenção as pessoas que vivem com HIV/aids. A primeira categoria “Contemplando o acesso das pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção à saúde”, apresenta a entrada dessas pessoas na RAS e está interconectada com a próxima categoria “Considerando o acolhimento como um momento único”. No contexto da APS, essa relação segue com a categoria “Compreendendo os fluxos de encaminhamento da pessoa com HIV/aids na atenção primária à saúde” que conectada as categorias “Percebendo a interrupção do vínculo da pessoa com HIV com a atenção primária à saúde” e “Evidenciando que o acompanhamento da pessoa com HIV/aids na atenção primária à saúde depende da iniciativa desses profissionais”. Em relação ao SAE, a categoria “Conhecendo os fluxos e articulações do SAE para o atendimento das pessoas que vivem com HIV/aids” está interconectada com a categoria “Reconhecendo o SAE como uma referência e sua qualidade no atendimento”. A categoria “Conferindo importância ao regime terapêutico das pessoa com HIV/aids”, finaliza a ilustração sobre a longitudinalidade nas práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma RAS.

Figura 6 – Diagrama da longitudinalidade nas práticas de gestão do cuidados as pessoas que vivem com HIV em uma rede de atenção à saúde.



Fonte: Elaborado pela autora

5.4 DESVELANDO PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM BUSCA DE ATENDER OS COMPROMISSOS ASSUMIDOS PARA O CONTROLE DA EPIDEMIA DE AIDS

A análise dos dados deu origem a 58 subcategorias e sete categorias que sustentam a categoria central “Desvelando práticas profissionais em busca de atender os compromissos assumidos para o controle da epidemia de aids”, conforme apresenta o Quadro 4.

Quadro 4 – Apresentação das categorias, subcategorias, e categoria central relacionadas às “práticas profissionais”.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (continua)
Realizando os testes rápidos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promovendo a oferta de testes rápidos 2. Afirmando que é preciso tempo para realizar os testes rápidos 3. Realizando o aconselhamento 4. Divulgando os testes rápidos para e amigos 5. Realizando a coleta do teste rápido pelo técnico de enfermagem 6. Reconhecendo a APS como a principal porta de entrada para o diagnóstico de HIV 7. Ampliando os serviços que realizam os testes rápidos 8. Realizando os testes rápidos em ações e espaço coletivos 9. Relatando questões que interferem na procura pelos testes rápidos 10. Expondo motivos para a não realização dos testes rápidos como rotina na APS 11. Experienciando entraves e desafios para os testes rápidos durante as campanhas 12. Relatando que as pessoas buscam os testes rápidos por diferentes motivos e precisam ser ouvidas 13. Observando as contradições na realização de testes rápidos durante a pandemia

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (continuação)
Ampliando o diagnóstico precoce	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosticando precocemente 2. Solicitando as sorologias 3. Buscando os contatos das pessoas com HIV 4. Ampliando o diagnóstico no pré-natal 5. Rastreamento a população que vem de fora 6. Ampliando a compreensão sobre quem pode ter o vírus 7. Abordando o tema IST 8. Mencionando práticas profissionais que ampliam o diagnóstico 9. Reconhecendo a parceria com as escolas
Promovendo a adesão ao regime terapêutico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entendendo os condicionantes para a adesão ao regime terapêutico 2. Conferindo acesso ao regime terapêutico no SAE 3. Utilizando diferentes estratégias para a adesão ao regime terapêutico 4. Considerando importante o apoio familiar 5. Explicando que a negação, problema com uso de medicações, crenças, e o preconceito interferem na adesão ao regime terapêutico 6. Entendendo a não adesão ao regime terapêutico entre os imigrantes

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (continuação)
Entendendo as contradições que envolvem a adesão ao regime terapêutico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observando os benefícios do regime terapêutico 2. Atingindo uma carga viral indetectável 3. Tomando conhecimento do abandono do regime terapêutico 4. Entendendo os motivos que levam ao abandono do regime terapêutico 5. Buscando reverter o abandono do regime terapêutico 6. Utilizando a profilaxia pós exposição 7. Esperando que a Profilaxia Pré-Exposição seja implantada 8. Buscando alternativas para que as pessoas pudessem receber os medicamentos do HIV durante a pandemia
Desvelando o tabu, preconceito, discriminação e estigma	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observando o preconceito entre as pessoas com HIV 2. Percebendo o estigma na Família 3. Observando o preconceito entre os profissionais 4. Relatando sobre a discriminação entre profissionais 5. Mencionando o preconceito na sociedade 6. Observando os tabus que envolvem o HIV 7. Revelando que as pessoas com HIV têm medo do preconceito e vergonha de serem discriminadas
Vivenciando o medo e a superação profissional frente ao HIV/aids	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tendo cuidado para evitar um acidente de trabalho 2. Mencionando os desdobramentos de um acidente de trabalho 3. Sendo profissional com HIV e sentindo medo de contaminar as pessoas 4. Percebendo a auto dignidade dos profissionais com HIV 5. Superando o preconceito entre os profissionais 6. Sentindo esperança que o estigma mude

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (conclusão)
Utilizando sistemas de informação e alguns indicadores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relatando que desconhecem o número de pacientes com HIV na UBS 2. Notificando os casos de HIV 3. Controlando o número de testes rápidos 4. Acompanhando o número de atendimentos mensais no SAE 5. Controlando os exames no SAE 6. Relatando que não avaliam as práticas no SAE 7. Utilizando sistemas de informação como SISCEL, SICLOM, e SIMC 8. Realizando controle manual das receitas devido a problemas no SICLOM 9. Visualizando as metas dos ODS como possíveis de serem trabalhadas
CATEGORIA CENTRAL	Desvelando práticas profissionais em busca de atender os compromissos assumidos para o controle da epidemia de aids.

Fonte: Pesquisa de campo, Chapecó, 2022.

A categoria “Realizando os testes rápidos” apresenta a disponibilidade dos testes por livre demanda para todas as pessoas, seja quando elas procuram espontaneamente o serviço, quando os profissionais oferecem a testagem, realizam o aconselhamento, e ainda quando ocorre a divulgação do teste entre os amigos. A APS é reconhecida como a principal porta de entrada para o diagnóstico do HIV/aids, mas afirma-se que é preciso tempo para realizar os testes. Os testes são coletados também por alguns técnicos de enfermagem, mas cabe ao enfermeiro comunicar para a pessoa o resultado do exame.

E isso é mais mesmo uma questão de oferecer para todo mundo, não pensar só no carnaval, não pensar em HIV só em determinados grupos populacionais, né? Não pensar só no Dezembro Vermelho, em fazer testagem. Enfim, acho que essas medidas podem contribuir, porque [é importante estar] fazendo o primeiro passo, né? que é o diagnóstico. (GA2P2)

E acho que a maior, a melhor forma ainda além das campanhas é o dia a dia, né? Estar disponível no dia a dia. Então, sempre que eles vem é realizado. (GAIP1)

[...] a gente tem alguns técnicos de enfermagem que foram treinados pra fazer esses testes rápidos. Então, [o usuário] tem já alguma suspeita, tem a gestante, tem o parceiro, né? Se já vem com queixas, por exemplo, de alguma IST, alguma suspeita, então eles já fazem esse teste rápido e encaminham já para consulta com a gente. (GAIP4)

Os testes são realizados em meio a mutirões, campanhas, eventos, espaços da comunidade, locais públicos, empresas, Universidade e em diferentes espaços como motéis e drive-in, a depender da decisão de cada equipe de saúde. A ampliação dos serviços que realizam a testagem vem sendo realizada por meio da capacitação para os profissionais.

Ahm, todo sábado D de coleta de preventivo, que nós temos durante o mês, a gente está intensificando. Sábado passado foi o da D, a gente intensificou a ação de testagem. Agora, além do preventivo, a gente testa. Há uma sala só de testagem, que a mulher além de ir por ser um sábado, né? Sabendo muitas vezes algumas pessoas tem mais folga, conseguem levar os maridos para testar também, além dela. (GA2P11)

E na comunidade também, volte e meia está no centro, em outros locais públicos para pegar todos os tipos de população de todas as faixas etárias, né? Então, a população que passa pelo local e que deseja fazer, o teste é feito o teste também, com o objetivo de atingir o maior número de pessoas, né? (GA2P3)

Os motivos de busca pelos testes rápidos envolvem a relação sexual desprotegida, desconfiança do parceiro, suspeita de ter adquirido sífilis, e o trabalho como profissional do sexo, mas é preciso que o profissional esteja atento para ouvir as pessoas e compreender cada situação. Ainda, há de se considerar as questões que interferem na procura pelos testes rápidos como o medo da discriminação e o próprio desconhecimento sobre a existência dos testes rápidos. A não realização da testagem rápida como rotina em algumas UBS é justificada pelo longo tempo necessário para a realização dos testes. Os desafios que envolvem a testagem durante as campanhas em espaços públicos como na praça por exemplo, onde existe a preocupação com a privacidade da pessoa que está sendo submetida ao teste.

[...] a partir desse momento ele não usou mais preservativo, então por isso que eu estava desconfiado que eu estava com alguma coisa. (GAIP20)

Eu lembro de várias experiências, no dia a dia a gente está ali atendendo, entra um paciente ou outro. Ahm... e aí vem, veio um paciente aqui: “Ah, eu queria fazer exames”; “Mas que exames?”; “Exames gerais”; ahm... “Mas sobre o que? O que está te trazendo até aqui?”. Isso as vezes na pressa, tem que fazer em cinco minutos porque lá fora tem mais usuários aguardando

avaliação. “Ah, eu tive uma relação assim, assim, né? Eu estou com medo!”; e você pensa “Puxa! vamos trabalhar sobre isso, vamos abordar essa questão”, né? de HIV, IST, aids. (GA1P12)

Acho que o próprio usuário ele tem receio muitas vezes de procurar a Unidade já pensando nessa situação, pensando no julgamento do outro. (GA1P4)

[...] tem usuários que nem sabem, por incrível que pareça, nem sabem que a gente tem esses testes rápidos disponíveis. (GA1P1)

Porque o preventivo ahm, naquele turno se eu for fazer a coleta do preventivo e mais teste rápido eu fico uma hora com cada paciente, né? (GA1P23)

A gente costuma fazer na Atenção Básica, momentos de testagem, com os testes rápidos de IST, enfim. E aí, as vezes que eu participei dessas campanhas até eram lugares improvisados, ao ar livre, era aquela coisa, testagem em massa assim, e aí tem a dificuldade da privacidade mesmo, né? (GA1P13)

Durante a pandemia de COVID-19, muitos testes rápidos deixaram de ser realizados devido ao medo de contrair o vírus e a orientação de distanciamento social “Fique em casa”. No início da pandemia, a testagem foi interrompida em alguns serviços de saúde, cancelaram-se os atendimentos presenciais e agendamentos dificultando o diagnóstico. Quando os testes voltaram a ser realizados houve baixa procura em alguns serviços, enquanto em outros o número de testes aumentou. Contudo, aos poucos a testagem foi sendo retomada por todos os serviços que precisaram interromper.

Na Unidade que eu trabalho, o paciente que procurou para realizar um teste rápido e foi iniciativa do paciente, a gente nunca deixou de fazer. Eu acho que naqueles primeiros 20, 30 dias lá do início da pandemia que ficou tudo meio fechado, aí sim, mas no mais não, a procura pelo teste rápido. (GA1P15)

[...] a questão realmente do diagnóstico ficou prejudicada, por muito tempo nas Unidades de Saúde, né? Não estavam testando, não estavam fazendo o teste, né? Acho que isso atrapalha com certeza, e essas ações também para testagem, todas ficaram suspensas. (GA2P2)

[...] as ações de testagem, a gente já está programando a voltar, aí que bom! Agora nós estamos em época de SIPAT [Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho], então amanhã eu já tenho uma palestra para realizar! Então, aos pouquinhos a gente retoma. (GA2P11)

Os desafios envolvendo a testagem rápida também remetem à adoção de estratégias que promovam o diagnóstico. Na categoria “Ampliando o diagnóstico precoce”, são mencionadas ações como a solicitação de sorologias durante os atendimentos e na rotina do pré-natal para gestantes e parceiros, a busca de contatos das pessoas com resultado positivo, e o rastreamento da população imigrante.

Mas na rotina da Atenção Básica a gente tem tanta coisa para fazer que fica bem complexo às vezes, eu confesso para ti que eu não sou muito fã do teste rápido, sabe? Ahm, porque eu não acho que ele tenha nada de rápido, ele é muito demorado! Então eu acabo realmente colocando na rotina, a gente faz teste rápido mas não é um volume ahm... expressivo assim, né? (GAIP23)

O outro momento que a gente faz: todos os pré-natais nós realizamos também! Nós chamamos também o parceiro, todos os parceiros! É para que façam o teste rápido. Esses são momentos que a gente nunca parou de realizar e são fundamentais para o diagnóstico. (GAIP14)

O tema IST é abordado em grupos de usuários, na sala de espera e durante as reuniões do Conselho Local de Saúde como mais uma forma de ampliar o diagnóstico. A parceria com as escolas e o trabalho junto ao PSE desencadeia a conversa dos estudantes com seus familiares.

Em todos os grupos que nós temos na Unidade, nós abordamos esse assunto. Inclusive, nós temos um grupo, nós tínhamos um grupo de GDH [Grupo de Desenvolvimento Humano] na Unidade que agora não está funcionando, e... temos outros de Crescer Saudável, de Viver Saudável, os nomes agora não me vem... mas antes de nós começarmos esses grupos a gente faz uma bateria de exames em todos os participantes, inclusive os testes de IST/HIV, doenças sexualmente transmissíveis, a gente sempre faz isso. (GAIP20)

Mas eu acho que... essa fala às vezes com estudantes, que querendo ou não repassam para os seus familiares, tudo isso eu acho que acaba contribuindo. É claro que é um trabalho de formiguinha, né? Que você vai falando para um para outro, é... mas eu acredito que isso ajuda também. (GAIP5)

Na categoria “Promovendo a adesão ao regime terapêutico”, acredita-se que a adesão é uma questão bem particular de cada pessoa, é multifatorial, pois envolve família, vínculo e privacidade, requer esforço dos profissionais para que as pessoas com HIV/aids entendam que atualmente o tratamento tem menos efeitos colaterais, mas geralmente as pessoas querem ser atendidas no SAE.

Então, isso é uma questão bem particular de cada paciente, não dá para classificar eles talvez como que tem mais adesão ou tem menos adesão. Não! Eles também tem as suas falhas ou seguem o tratamento também, né? Tem alguns que parecem que não estão nem um pouco preocupado com nada, né? tem algumas situações... (GAIP8)

É... porque as vezes, né? a adesão do tratamento ela é multifatorial, né? Não é só apoio familiar, estrutura familiar, são inúmeros fatores, um deles é a questão de vínculo, é a privacidade. (GAIP6)

Para que a adesão ao regime terapêutico ocorra, a pessoa com HIV/aids precisa aceitar, compreender a importância e querer seguir o tratamento, ter vínculo e sentir-se comprometida

com o profissional de saúde, e estes utilizam diferentes estratégias para promover a adesão: realizar a busca ativa; chamar a pessoa com HIV/aids para a consulta; buscar envolver o parceiro; encaminhar os casos de não adesão para diferentes profissionais dentro o mesmo serviço; encaminhar a pessoa com HIV/aids com consulta agendada e papel em mãos para o SAE; dispensar no SAE o leite para as criança de mães com HIV/aids; estar sempre disponível para responder dúvidas; o profissionais do SAE estarem disponíveis para conversarem por telefone com outros profissionais da RAS, especialmente os da APS; estar atento ao fluxo do SAE e articulado com as ACS que acompanham as pessoas com HIV/aids das suas áreas; providenciar um carro para buscar a pessoa com HIV/aids para ir ao atendimento ou retirar a medicação quando há dificuldades financeiras; realizar um café da tarde no motel com as profissionais do sexo; realizar a busca ativa; e monitorar problemas com o uso de medicamentos como possíveis efeitos colaterais. Além disso, o acesso ao SAE e o apoio familiar também são aspectos valorizados para adesão ao regime terapêutico.

Tinha... tive outros pacientes também que eram HIV positivo, já sabiam, já tratavam bem. Tinha uma paciente que lidava super bem com a situação. Ela chegou para mim e ela disse: “Oh, sou HIV positivo”, e veio coletar o preventivo, tudo, já bem resolvida com a situação, né? Foi bem tranquilo, era super tranquilo de atendê-la porque ela era muito bem resolvida com a situação dela, tinha um bom conhecimento da patologia, então convivía super bem com a doença, fazia o tratamento certinho, o acompanhamento. (GAIP7)

Mas o que funciona bastante na adesão é esse contato com a rede ser bem, bem próximo, inclusive com questão de medicação, né? Efeitos colaterais de medicação. Eles estão sempre disponíveis por telefone, para conversar, discutir o caso, de repente avaliar com o médico uma troca [de medicação] que é uma das causas de não aderir ao tratamento, os efeitos colaterais da medicação, né? (GAIP24)

A gente já foi lá, fez um café da tarde lá dentro do quarto do motel, chamou elas [profissionais do sexo], elas vieram, a gente conversou, entendeu? Então, fica uma coisa mais próxima assim, mas parece confiável para elas também, é esse vínculo, né? Que você tenta estabelecer com o paciente para que ele venha a aderir melhor. (GA2P1)

[...] porque se a família está junto também do paciente, é outra história para ele aderir ao tratamento. (GAIP20)

Algumas pessoas não conseguem fazer o uso correto da medicação, pois não são apenas os problemas com o medicamento o que interfere na adesão, existem também questões psicológicas, sociais, sexuais, e familiares. A negação, uma fase que muitas pessoas com HIV/aids vivenciam quando recebem o diagnóstico positivo, é um importante motivo que interfere na adesão ao tratamento, e pode estar acompanhada da revolta, presença de crenças, e

do preconceito acerca do tratamento. Essa dificuldade em aceitar a soropositividade repercute de modo que a pessoa resiste para aderir ou demora para iniciar o tratamento. Além disso, o medo que outras pessoas descubram sobre o uso do coquetel ou o medo de ser julgado também são fatores que contribuem para a não adesão ao regime terapêutico.

A gente tenta é, sempre estar disponível para ouvir o paciente porque as vezes não é só o problema do medicamento: “Ah, eu não estou conseguindo tomar...”; ou “Me faz mal”, as vezes não é isso, as vezes tem muitas questões por trás, né? Dessa má adesão ao tratamento, e que não diz respeito ao medicamento em si. (GA2P10)

Muitas vezes são problemas sociais, né? Ah, familiares que dificultam isso, problemas de não aceitação do diagnóstico ou muitas vezes outras coisas por trás disso que não apenas tomar o medicamento ou não, as vezes questões sobre sexualidade. (GA2P10)

Ahm, um desafio que a gente tem também é a questão da religião, das crenças das pessoas, né? Ahm, tive uma paciente lá no [nome da Unidade] e tenho também uma paciente aqui no [nome da Unidade] que fala aquela coisa de que Deus curou, que ela não tem mais, né? E aí acaba confundindo às vezes um pouco porque como elas estão fazendo o tratamento certo e a carga viral começou a ficar indetectável. Elas acreditam na cura e acabam abandonando o tratamento, então é um desafio bem grande, sabe? (GA1P23)

Então o que eu falo aqui o tratamento em si, a adesão é... ele não tá nem na questão da pessoa não querer se tratar, eu acho que ainda tem muito na questão do preconceito, sabe? “Ah, o que que o outro vai falar que eu sou soropositivo? O que que o outro vai dizer quando descobrir que eu sou soropositivo?” (GA1P16)

Entre os imigrantes, a mudança de endereço, ser excluído da comunidade por ter um diagnóstico de HIV/aids e entender culturalmente a infecção pelo HIV como aids, denominada de SIDA por alguns imigrantes, um diagnóstico de morte, são os fatores que interferem na adesão ao tratamento para essas pessoas.

Então sempre que a gente conversa com eles assim, é uma situação muito, muito complicada, eles não aderem ao tratamento, eles são excluídos da comunidade [de origem] por ter um diagnóstico de HIV e é muito difícil! [...] Eu lembro de uma situação assim em especial que foi um pouco desesperadora porque foi com um imigrante [...] e a questão da língua atrapalhava muito, e depois eu entendi que eles só entendiam HIV como SIDA, né? Que é um terminologia que a gente usa aqui também, mas a gente usa pra aids, né? Já seria a doença, então quando a gente fala HIV a gente explica que vai fazer outros exames pra ver se está doente mesmo ou não, né? E aí eles entendem a SIDA, e a SIDA para eles é um diagnóstico de morte! (GA1P24)

A categoria “Entendendo as contradições que envolvem a adesão ao regime terapêutico” discorre sobre essa dualidade, pois apesar de o regime terapêutico proporcionar benefícios para a pessoa que vive com HIV/aids, especialmente quando atinge uma carga viral indetectável, há pessoas que abandonam o tratamento, e eventualmente a APS tem conhecimento do abandono.

Desde o momento que eu descobri, foi tomar os medicamentos, fazer os exames, foi tranquilo, como se não existisse. (GA3P9)

Então eu acho que ampliar esse tipo de trabalho de conhecimento, mostrar para a pessoa que quando ela é indetectável ela é tão normal como qualquer outra! Eu acho que é só a questão de promover isso com a sociedade, para que assim, eu não sei, talvez tenham outros meios, lógico! Mas eu acho que acabando com o preconceito, e conscientização, né? Porque as pessoas não ficam doentes por acaso, né? Todo cuidado é pouco! Então, eu vejo que o trabalho está sendo feito, talvez não tanto quanto o necessário, mas eu falo por mim que, nossa! Estou super bem! (GA3P8)

[...] paciente apareceu depois de um tempão e a gente descobre que ele desistiu do tratamento, desistiu do seguimento. (GA1P9)

Diferentes razões contribuem para que as pessoas que vivem com HIV/aids abandonem o regime terapêutico, entre eles está ler a bula do medicamento e focar nos efeitos colaterais, e estar cansado de tomar o medicamento. Esse abandono está relacionado com a própria postura frente à vida, como uma forma de negar a doença, e demanda esforço dos profissionais para reverter essa situação.

Eu lembro que na época assim, eu inventei de ler a bula da medicação lá, acho que tem três metros de comprimento aquilo, eu li só as partes que diziam coisas ruins, que eu tinha várias maneiras de morrer por causa do remédio, entende? Porque fala que pode causar problema renal, eu foquei só nisso. (GA3P1)

E muitas vezes não tem problema nenhum, é ele que já está cansado: “Ah, faz 20 anos que eu estou tomando, estou cansado!” (GA2P11)

O paciente que desiste do tratamento, será que ele desiste só do tratamento? Como é que é a postura dele, né? Frente à vida? As outras coisas, os outros desafios que ele tem? Então as vezes desistir do tratamento também envolve outros sintomas que possa ter, né? Uma ansiedade, uma depressão, outras desistências que ahm, a desistência da medicação está representando também ali, né? A desistência as vezes da própria vida. (GA2P7)

Agora eu lembrei de um outro caso de uma paciente que não, ela estava há anos sem procurar o atendimento no Hospital Dia [SAE], no serviço lá de infectologia, sem fazer o tratamento, e a gente fez a abordagem de várias visitas domiciliares, aos pouquinhos e chamando ela, conversando em outros momentos que ela procurava a Unidade de Saúde para vacina, ou ela trazia

os filhos para, por outras causas e a gente via ela ali na sala de espera e a gente abordava: “Oi “fulana”, vem conversar um pouquinho comigo?” A gente via a resistência dela, não queria. Enfim, mas daí a gente fazia a visita, chegava na casa ou no portão ficava um pouco de longe, e levou tempo para conquistar ela, e aos pouquinhos. Agora hoje, eu sei que ela voltou, ela voltou ao tratamento, ela está super bem, eu sei que ela vai ter uma qualidade de vida muito boa, né? então achei legal esse vínculo, né? (GA1P12)

Em relação ao tratamento profilático, a PEP vem sendo amplamente utilizada nos serviços de saúde sendo considerada muito boa, e ressaltando-se a importância de que as pessoas, em especial os jovens a conheçam. A PrEP ainda não foi implantada, mas espera-se que em breve isso ocorra porque contribuirá para evitar o contágio do HIV.

E claro que a gente não trabalha, não é 24 horas, pra isso tem os serviços de urgência que também disponibilizam a PEP, né? (GA1P13)

Ainda não temos [a profilaxia pré-exposição]. Essa também, eu acho que é uma estratégia que vai ajudar, né? É para ser implantada em breve aqui também, acho que é uma das coisas que vai contribuir também. (GA2P10)

A continuidade do tratamento medicamentoso para o HIV/aids em meio à pandemia foi uma preocupação geral e fez com que os profissionais de saúde buscassem alternativas para que as pessoas com HIV continuassem a receber os medicamentos, mas infelizmente houve abandonos do regime terapêutico decorrentes da interrupção nos transportes, e mesmo quando as pessoas tinham condições de ir até o SAE, havia o medo de contrair a COVID-19. Desse modo, foram utilizadas algumas estratégias em busca de reverter essa situação: as pessoas poderiam autorizar os motoristas da saúde a buscarem os seus medicamentos; o SAE entrava em contato com as coordenadoras das UBS para que alguém fosse buscar a medicação; os medicamentos foram encaminhados para alguns enfermeiros ou coordenadoras de UBS com o consentimento prévio das pessoas.

Acho que por medo até, por ser paciente imunodeprimido, eles já tinham mais medo de sair de casa e tal, e acabou distanciando muitos pacientes, né? Alguns acabaram abandonando o tratamento, por medo de vir pegar a medicação, principalmente que moram mais distante, em outras cidades vizinhas, né? Como a gente atende 36 municípios. Então, teve pacientes que acabaram desistindo da medicação, mas acho que a grande maioria permaneceu assim, né? Mais conscientes, vieram tomar medicação certinho e tal, mas acho que essa questão de alguns pacientes que abandonaram, né? Por medo. (GA2P5)

Teve alguns pacientes que a gente teve que ir atrás, que tinham medo de sair, algumas pessoas mais idosas sozinhas, a gente até entrou em contato com as coordenadoras das Unidades pra mandar alguém buscar o remédio, a medicação. (GA2P9)

Um grande exemplo, agora na pandemia que teve, a gente percebeu que alguns não estavam vindo, daí o que a gente fez, a gente ligou para esses [pacientes] e não tinha transporte, ficou um tempo sem transporte, o que a gente fez, a gente solicitou autorização para que essa medicação fosse até a Unidade Básica de Saúde e eles retirassem lá próximo da casa deles. Então foi uma estratégia que a gente pensou nesse momento de pandemia para diminuir a má adesão e o abandono, e deu certo porque esses que não estavam vindo, eles acabaram retirando na Unidade e ficaram com o medicamento, e não nos abandonaram (risos), né? (GA2P11)

A categoria “Desvelando o tabu, preconceito, discriminação e estigma” expressa a presença desses juízos de valor entre as próprias pessoas que vivem com HIV/aids, entre a família que abandona, entre os profissionais de saúde que os distancia do cuidado, enfim, na sociedade como um todo. O próprio preconceito advém de terem julgado outras pessoas com HIV/aids quando ainda não o eram, o preconceito em relação à doença, ou considerar difícil comparar com outra doença crônica. As pessoas querem ser tratadas pela sociedade de um modo que nem mesmo elas conseguem enfrentar. Assim, é preciso assumir novas posturas frente ao HIV/aids e trabalhar o próprio preconceito.

Mas, é sempre um desafio! Porque a gente sempre trabalha antes, porque muitos vem assim com questões de como eles viam uma pessoa com HIV. Na verdade eles também eram essas pessoas que julgavam, né? Que apontavam que é uma doença... ainda tem esse pensamento que era uma doença da... né? Das prostitutas, da promiscuidade, dos gays, né? Ainda tem muito essa visão de que fez coisa errada que contraiu, né? Então muitas vezes eles também eram essas pessoas. (GA2P7)

[...] no começo quando as pessoas... mesmo as soropositivas, elas tem preconceito dentro delas. Então assim, a [nome da psicóloga] retira casquinha por casquinha para as pessoas se melhorarem, para eles entenderem porque assim, elas querem que a sociedade trate elas de uma forma que elas não conseguem se tratar! (GA3P8)

Na família, o estigma contra o HIV/aids causa muito sofrimento e as pessoas se preocupam com o que a família vai pensar. Muitas vezes isso faz com que as pessoas não encontrem apoio na família ou na comunidade. Há casos em que as pessoas são abandonadas por serem homossexuais, transexuais ou outras denominações de gênero, e até mesmo são expulsas de casa. Por outro lado, também há casos em que o familiar soronegativo não aceita o estigma envolvendo o seu familiar que vive ou viveu com HIV/aids. Os profissionais respeitam quando as pessoas não querem contar o seu diagnóstico para a família.

E tem muitas famílias também, quando sabem do... que o paciente é soropositivo, eles simplesmente abandonam, não querem mais nem saber, né? (GA1P20)

[...] eu presencio tantos casos de abandonos pelo fato da pessoa ser gay, ser trans ou ser qualquer outra coisa, familias que abandonam (GA3P8)

Eu penso assim, se a pessoa, eu liguei pra ti e te perguntei se você está fazendo acompanhamento, se você está bem, você se sente valorizado, você vê que alguém está se importando, né? com a situação, e tu acaba se comprometendo mais, né? Uma paciente me disse: “Ah enfermeira, eu fui lá na consulta só para verificar porque realmente você insistiu tanto e eu achei, né? que estava se importando comigo, né? Ninguém da minha família se importou e vocês se importaram, né?” (GA1P10)

[...] Nós da equipe, ajudando com a família, então muitos nem, não querem contar para a família ainda, a gente respeita esse momento. (GA2P11)

Entre os profissionais observa-se uma resistência, ora de alguns profissionais, ora de algumas pessoas com HIV, que os distanciam do cuidado, além do preconceito que se manifesta de diferentes maneiras, seja pelo impedimento que sentem de poderem discutir o caso na APS sobre as pessoas que vivem com HIV por receio que essa informação se espalhe, ou um preconceito velado que se expressa na forma de olhar, é um olhar diferente. A discriminação entre os profissionais resulta do medo de tocar na pessoa, realizar um procedimento, a falta de afinidade e preparo que acaba distanciando os profissionais do atendimento relacionado ao HIV, e a necessidade de querer identificar a pessoa por meio de carteirinhas segmentando o cuidado. Já o estigma se manifesta em sentir pena e condenar a pessoa por meio de comentários e curiosidade excessiva sobre como e de quem a pessoa contraiu o vírus.

Eu acho que a própria... bom... eu acho que dos dois lados, né? Tanto o... preconceito que a gente percebe que alguns profissionais tem, preconceito não que fossem discriminar, mas que olham a pessoa que é soropositivo com olhos diferentes, né? Como se ela tivesse alguma coisa no cabelo ou na roupa. Enfim, né? só pelo fato de ser soropositivo. (GA1P19)

Isso vai muito! Se tu vais em outro lugar que sabem que é soropositivo, já é... Tem uns que já nem conversam, tem medo de dar uma injeção, de pegar na gente, essas coisas, é... Essas coisas também. (GA3P7)

Eu acho que assim oh, ahm, tem Unidade que não tem muita afinidade com o paciente HIV em si, né? A gente observa que as vezes tem profissionais que não estão preparados pra trabalhar com pacientes HIV/aids e, as vezes eles sentem essa questão da discriminação, eles tem medo de chegar na Unidade, né? (GA2P5)

“Ah, mas tinha que ter alguma coisa na carteirinha”; “Ah, mas tinha que ter uma cruzinha pra gente cuidar mais”. Então eles querem assim segmentar uma pessoa que tem o HIV pra que... sim, vai andar com uma cruz na cabeça, né? Que ele tem o HIV, porque daí ele vai reforçar o cuidado, e o cuidado tem que ser para todos! (GA1P24)

[...] que a gente espera sempre que tenha até porque a nossa concepção, mesmo profissional de saúde com tempo de formação já, a gente tem aquele tabu, aquele estigma né? De sentir pena, sentir... meio que condenar a pessoa, né? (GAIP13)

A infecção pelo HIV ainda carrega tabu porque envolve questões relacionadas ao sexo e à sexualidade. As pessoas que vivem com HIV, em algum momento de suas vidas, tem ou já tiveram medo do preconceito e vergonha de serem discriminadas.

[...] eu sinto deles isso, que eles tem medo que alguém saiba o diagnóstico ou que saiba até mesmo que só foi fazer um teste, né? “Ah, foi lá fazer um teste”, o medo do julgamento de ter feito algo errado, que isso não pode, que isso é pecado, que... né? (GAIP12)

Que já sofre tanto preconceito fora, sofre tanto, tem tanto medo, daqui a pouco ah nem teria preconceito mas tem tanto medo de se abrir com alguém que dentro da Unidade deveria ser um porto seguro para ele se abrir. (GAIP9)

Na categoria “Vivenciando o medo e a superação profissional frente ao HIV/aids”, os profissionais tomam os devidos cuidados mas têm medo de se contaminar em um acidente de trabalho, o qual pode ocasionar inúmeros desdobramentos, mesmo quando a pessoa avisa que está com a carga viral indetectável.

Então, mesmo dentro da equipe, pessoas que tem o conhecimento, que são [profissionais], sabem as formas de transmissão ainda há um preconceito! Eu considero um preconceito porque as vezes aquela pessoa ela já está até com carga indetectável, ela se trata, ela é responsável, ela comunica a equipe do diagnóstico dela, e mesmo assim ela é, ela recebe com medo, né? A equipe trabalha com medo de aplicar um soro, de fazer uma IM [injeção intramuscular], de fazer uma vacina, de coletar um sangue. E que esse medo teria que se estender a todos, que é um medo real, né? De contaminação, de um acidente pérfuro. (GAIP24)

Então assim, eu acho que essa questão ali da possível contaminação com HIV me deixou muito, muito tensa, e eu desenvolvi um TOC [transtorno obsessivo compulsivo], começava a fazer as suturas e usava a luva, depois que usava a luva ia lá e via se estava furada ou não, se tinha algum furinho eu já me desesperava: “Meu Deus! Eu me contaminei!” Então foi bem tenso isso, então... (risos) hoje superei, hoje não tenho mais esse problema, mas por precaução eu acabo fazendo sorologias todos os anos só para alívio de consciência, né? (GAIP21)

Pessoas e profissionais da área da saúde que vivem com HIV/aids têm medo de transmitir a doença para outras pessoas. Alguns carregam o autopreconceito e a culpa procedente de não conseguirem aceitar que quem trabalha na área da saúde tenha contraído o HIV porque conhece as formas de transmissão do vírus, sentindo dificuldade de se aceitar digna

como as demais pessoas. Aos poucos esse preconceito vem sendo superado e há esperança de que o estigma mude.

Alguns pacientes até que trabalham no [nome do local], né? E, muitos até assim querendo deixar a profissão: “Não vou mais poder trabalhar com isso”, o medo, né? De passar para outra pessoa. Já tive também estudantes de [nome do curso], né? E, ou pessoas que pensavam em atuar nessa área e depois contrairam a doença e dizer: “Ai, eu vou desistir do meu sonho, porque agora eu não posso mais com essa doença”, medo de contaminar as pessoas, né? (GA2P7)

Olha, eu não atendi muitos, mas os que eu atendi assim da área da saúde, parece que as vezes eles tem mais culpa ainda por serem da área da saúde, e terem... né? Contraído o vírus, né? Não ter se cuidado, as vezes o medo do julgamento das pessoas: “Mas eu, trabalhando com a saúde, falando disso todo dia”, né? (GA2P7)

A superação do preconceito também requer compreender e modificar a própria forma de pensar, assumindo que, como profissional, é possível possuir preconceitos, e buscando formas para trabalhar isso em si, além de estar consciente de que qualquer pessoa atendida pode ser portadora do HIV/aids. Outro fator que colabora para a superação do preconceito é a existência do regime terapêutico e a possibilidade de ter uma vida normal.

Então, essa visão que eu tinha, né? Falando de mim mesmo, né? Há dois anos atrás, nossa! É totalmente outra agora, né? É só quem está aqui dentro mesmo pra ver. Então muito, nossa... cresci muito aqui dentro! Aprendi muito! (GA2P6)

Mas enfim, foi de um simples exame que a gente considera as vezes como um rastreamento e que por muitas vezes a gente até tem preconceito em questionar “Ah! Casal de idosos”, jamais eu estaria pedindo um exame para HIV pensando que eles não poderiam ser positivos, né? Mas quando vem o resultado e aí vem o reteste e confirma-se, né? (GA1P6)

[...] mas a gente vai mudando isso ao longo do tempo, em saber que é uma doença totalmente tratável, né? Que pode ter um prognóstico muito bom se seguir o tratamento, né? Pode viver como uma pessoa que não é portador do vírus. (GA1P13)

A categoria “Utilizando sistemas de informação e alguns indicadores” revela que os casos de HIV são notificados pelo SAE, as equipes de saúde que atuam na APS desconhecem o número de pacientes com HIV no seu território, e não conseguem acessar essa informação no prontuário eletrônico. Quando o diagnóstico de HIV é realizado nos hospitais ou em outros município, o caso já é notificado, e posteriormente uma via da ficha de notificação volta da Vigilância Epidemiológica para o SAE.

Até, ahm... não sabemos o número, o quantitativo de usuários nossos que convivem com o vírus, né? porque não temos essa informação, não é possível acessar essa informação no prontuário, nada. (GA1P13)

O número de testes rápidos realizados em toda a RAS, o monitoramento do número de atendimentos e o controle dos exames são os dados monitorados pelo SAE, mas as práticas não são avaliadas, ainda que sejam realizadas e os profissionais observem os resultados positivos. O monitoramento acontece pessoa a pessoa e os sistemas de informação como o SISCEL, Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/aids (SIMC) são os utilizados no SAE. Todavia, reconhece-se que existem problemas no SICLOM e é realizado um controle manual das receitas dos antirretrovirais dispensados e o monitoramento das pessoas que deveriam ter retirado a medicação.

[...] ali ela faz o mapa, o gerenciamento dos mapas que tem os índices, né? De quantas testagens aqui no município, os relatórios da rede de saúde também das Unidades Básicas também vem tudo para ela. Então, ela faz essa parte mais dos mapas, né? Mas a gente sempre está a par também dos números, a [nome] também vai nos atualizando, né? Em relação aos índices, aos novos casos, a gente também fica sabendo. (GA2P3)

[Esse controle é] também das retiradas porque as vezes eles vem buscar e a gente pega o prontuário. Então nós vamos ver tudo o que tem ali, se tem exame em atraso, aí a gente já reagenda. Não tem prontuário eletrônico ainda, o nosso prontuário é físico. Tem ah, tipo a doutora atende, ela coloca, né? Mas não é aberto ainda para todo mundo não, o prontuário. (GA2P8)

Nós fazemos o índice de abandono, mas não tem esses dados agora porque a gente começou a fazer e acabou abandonando, acabava esquecendo de anotar e tal, porque deveria ser um item que saísse automaticamente no sistema. Porque uma época você conseguia inativar o paciente por abandono, tinha essa opção, e agora não tem mais, eles tiraram do sistema e não tem mais. Então, acaba ficando sem ter, fica no limbo (risos) esse paciente. Então, não tem esse registro. (GA2P10)

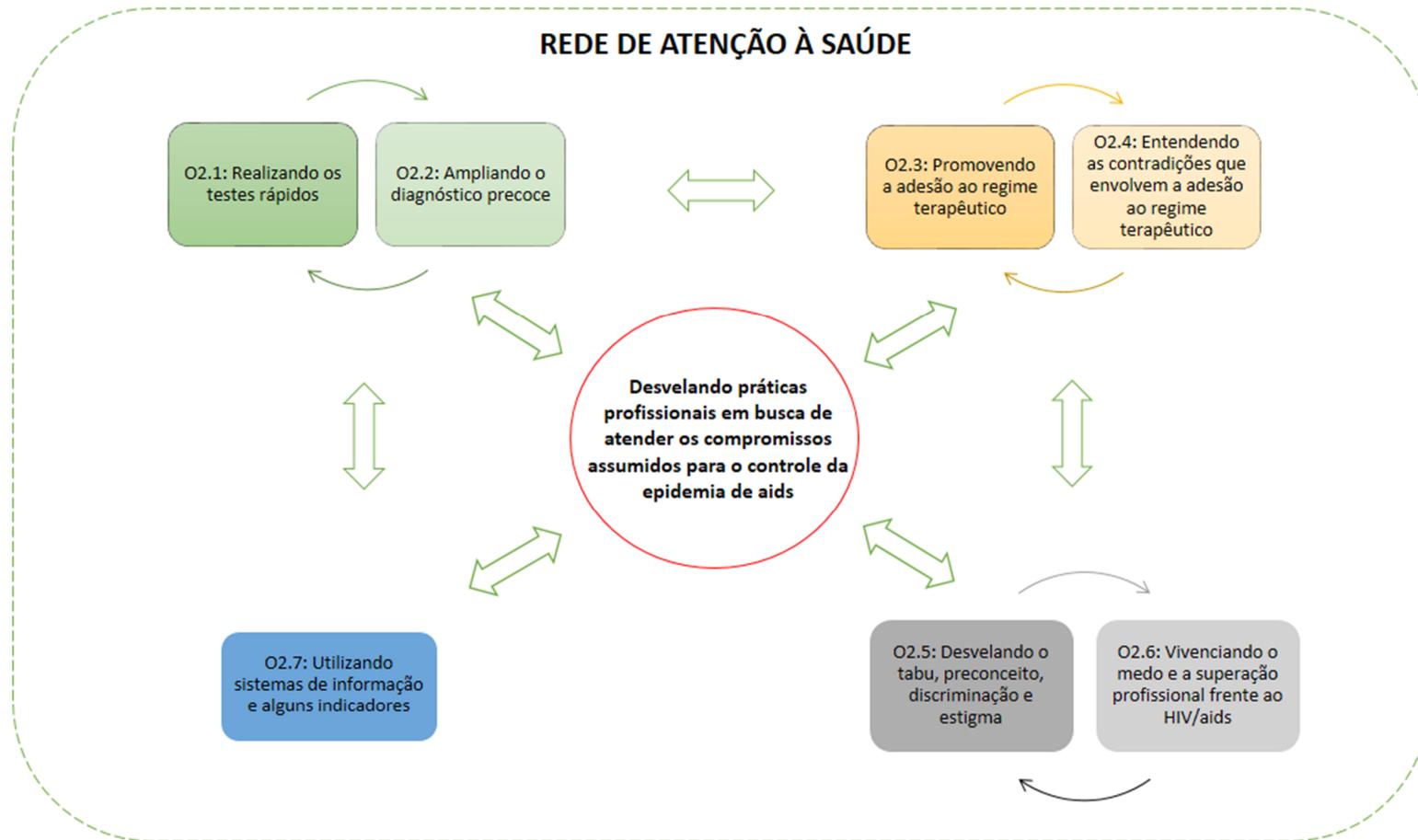
A reversão da tendência de propagação do HIV/aids de modo que a meta 90-90-90 seja atingida até 2020, e meta 95-95-95 seja atingida até 2030, está entre os Objetivos do desenvolvimento Sustentável. Essas metas vem sendo trabalhadas pelo SAE e pela APS por meio da testagem em massa da população para o diagnóstico precoce, incentivo a adesão ao tratamento, além da boa tolerância das pessoas ao uso do medicamento. Ainda que o município não possua os resultados específicos para essas metas devido à dificuldade de gerá-los via sistema de informação, as ações vem sendo realizadas e os profissionais afirmam que o avanço não foi maior em decorrência da pandemia.

Porque você consegue diagnosticar de forma precoce, você fazendo, ofertando o teste rápido, né? Você consegue ahm... fazer com que esse paciente inicie o mais rápido possível o seu tratamento encaminhando ele para o serviço específico, já que nós não conseguimos fazer isso na Unidade hoje, e que nós temos um serviço específico para isso. E também, uma grande responsabilidade já, de informá-lo e incentivá-lo para uma adesão terapêutica para que ele fique com a carga viral indetectável. Então, nós da atenção básica também conseguimos trabalhar com essas metas de forma a incentivar desde então, de forma bem precoce mesmo, tão logo a detecção, para... o incentivo para esse paciente fazer o tratamento correto, né? Então, eu acho assim oh... a gente acha que está distante, isso, da nossa realidade enquanto atenção primária à saúde, mas não, ele está muito próximo (GA1P3)

Infelizmente, tivemos uma pandemia no meio do caminho, né? Que não nos permitiu adentrar mais [nas metas dos ODS] (GA2P2)

O diagrama da Figura 7 permite visualizar que a categoria central “Desvelando práticas profissionais em busca de atender os compromissos assumidos para o controle da epidemia de aids” abrangem quatro conjuntos de categorias que se inter-relacionam e retroalimentam. O primeiro conjunto integra as categorias “Realizando os testes rápidos” e “Ampliando o diagnóstico precoce”. O segundo conjunto engloba “Promovendo a adesão ao regime terapêutico” e “Entendendo as contradições que envolvem o regime terapêutico”. O terceiro conjunto abarca “Desvelando o tabu, preconceito, discriminação e estigma”, e “Vivenciando o medo e a superação profissional frente ao HIV”. E, finalmente é apresentada a categoria “Utilizando sistemas de informação e alguns indicadores”.

Figura 7 – Diagrama das práticas profissionais que buscam atender os compromissos assumidos para o controle a epidemia de aids.



Fonte: Elaborado pela autora

5.5 REVELANDO AS MELHORES PRÁTICAS NA GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS EM UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A análise dos dados deu origem a categoria central “Revelando as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde”, a qual é sustentada por nove categorias e 96 subcategorias, conforme apresenta o Quadro 5.

Quadro 5 – Apresentação das categorias, subcategorias, e categoria central relacionada às “melhores práticas”.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (continua)
Considerando essenciais o acesso, a integralidade, o fluxo definido, e a necessidade de aprimoramento da linha de cuidado em HIV/aids	<ol style="list-style-type: none"> 1. Considerando o acesso em tempo integral e o atendimento de toda a demanda espontânea como melhores práticas 2. Mencionando a integralidade como melhores práticas 3. Ressaltando o uso de um fluxo definido 4. Sugerindo o aprimoramento da linha de cuidado em HIV/aids
Incorporando as tecnologias e reconhecendo as limitações no seu uso para o adequado acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorizando a comunicação entre os profissionais para o seguimento do regime terapêutico em HIV/aids 2. Desejando tecnologias acessíveis 3. Monitorando o regime terapêutico das pessoas com HIV/aids por meio de fichas, formulários, planilhas, e listagens 4. Utilizando fluxograma e protocolos para o adequado seguimento 5. Contatando as pessoas com HIV por telefone e WhatsApp 6. Utilizando o prontuário eletrônico 7. Indicando o conhecimento aplicável 8. Acreditando nas capacitações 9. Mencionando a inovação

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (continuação)
Desvelando a contradição no trabalho com parcerias, rede social, com a omissão do diagnóstico e negação do HIV/aids	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencionando parcerias com o GAPA, Centro de Referência em Assistência Social, escolas e universidades 2. Contando com a equipe do Programa Saúde em Casa 3. Acreditando na integração entre APS e Clínica da Mulher 4. Colaborando dentro da rede de atenção e persistindo na busca ativa 5. Oferecendo apoio profissional para a pessoa com HIV/aids 6. Considerando importante o trabalho com a família 7. Destacando a importância da pessoa com HIV revelar o diagnóstico para alguém da família ou parceiro 8. Recebendo o apoio da família 9. Oferecendo e recebendo apoio dos amigos 10. Recebendo apoio pontual de lideranças no trabalho

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (continuação)
<p>Desenvolvendo práticas de diagnóstico precoce, cuidado, educativas e grupos em meio a desafios, interrupções e ausência de critérios objetivos para avaliar uma prática como melhor</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promovendo os testes rápidos, o diagnóstico precoce, e observando oscilações na testagem rápida durante a pandemia 2. Instituído o teste rápido como rotina no pré-natal do casal e o seguimento da gestante com HIV, o parceiro e o bebê 3. Realizando a testagem rápida em mutirões 4. Considerando as notificações e o número de testes rápidos realizados como uma melhor prática 5. Considerando saber o número de pessoas com HIV/aids como uma melhor prática 6. Refletindo sobre os indicadores epidemiológicos 7. Desconhecendo critérios e indicadores para avaliar uma melhor prática 8. Solicitando exame confirmatório de HIV e exames laboratoriais 9. Registrando o diagnóstico no prontuário 10. Monitorando a adesão do regime terapêutico da pessoa com HIV/aids 11. Orientando, educando, prevenindo e promovendo a saúde 12. Realizando atividades de orientação sobre sexualidade e uso de preservativo 13. Desenvolvendo campanhas e educação em saúde nas escolas 14. Realizando o Grupo de Desenvolvimento Humano 15. Mencionando os desafios para a formação de grupos 16. Elencando as interrupções nas práticas educativas e grupos durante a pandemia

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (continuação)
Valorizando a atuação profissional acolhedora no trabalho e no envolvimento com a equipe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorizando a postura acolhedora dos profissionais 2. Humanizando o cuidado a pessoa que vive com HIV/aids 3. Enfatizando o apoio profissional 4. Acreditando no envolvimento da equipe 5. Desenvolvendo o atendimento de modo compartilhado e interprofissional para a pessoa com HIV/aids 6. Relacionando consulta compartilhada com afinidade na equipe 7. Discutindo casos 8. Utilizando-se da experiência profissional 9. Exemplificando a consulta do enfermeiro

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (continuação)
Enfrentando os aspectos complexos do HIV/aids	<ol style="list-style-type: none"> 1. Omitindo a condição de soropositividade para familiares, amigos, e profissionais de saúde 2. Percebendo as próprias emoções em viver com HIV e sua relação com os aspectos físicos 3. Relatando sobre situações de sofrimento com pessoas com HIV na própria família 4. Esquecendo que tem HIV e lembrando por causa da medicação 5. Compartilhando que o preconceito desestabiliza e interfere na qualidade de vida 6. Compreendendo a própria contaminação devido à multiplicidade de parceiros 7. Compreendendo o não uso do preservativo como um comportamento de risco 8. Relacionando a soropositividade como decorrente do uso de drogas 9. Observando diferentes sentimentos envolvendo o reviver o medo da morte do HIV agora pela COVID-19 e sentir seguro devido aos medicamentos que toma 10. Afirmado que HIV não é sentença de morte 11. Encontrando forças na própria espiritualidade para ressignificar o diagnóstico

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (continuação)
Reconhecendo a relação fortalecida do profissional com a pessoa que vive com HIV/aids	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interagindo com a pessoa que vive com HIV 2. Valorizando a confiança entre profissional e paciente 3. Acreditando no vínculo 4. Sabendo o diagnóstico das pessoas com HIV 5. Dialogando empaticamente 6. Corresponsabilizando-se pelo cuidado 7. Compreendendo a pessoa com HIV 8. Pensando na necessidade da pessoa com HIV 9. Pensando em uma saúde integral 10. Respondendo as dúvidas 11. Cuidando sem preconceito 12. Respeitando o sigilo e a ética profissional 13. Demonstrando respeito à privacidade da pessoa com HIV
Relacionando o atendimento multiprofissional e a melhoria da qualidade de vida para as pessoas com HIV/aids	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentindo-se seguro durante o atendimento 2. Relatando que ser bem atendido significa se sentir um ser humano e acolhido 3. Seguindo o regime terapêutico 4. Observando a evolução da pessoa com HIV/aids 5. Afirmando que se tem qualidade de vida quando faz o tratamento 6. Ampliando a compreensão da pessoa de que o HIV é só uma parte da vida 7. Associando o HIV as demais condições crônicas 8. Vivendo bem e tranquilo com o HIV 9. Conferindo qualidade de vida 10. Sentindo-se bem, valorizado e realizado profissionalmente 11. Acreditando na efetividade e na qualidade 12. Acreditando em dias melhores 13. Observando limitações no atendimento e afastamento das pessoas durante a pandemia

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (conclusão)
Alcançando a compreensão da importância do cuidado contínuo de si e do outro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promovendo o autocuidado 2. Cuidando sempre da própria saúde 3. Enfatizando a necessidade de tomar a medicação 4. Reconhecendo a importância de usar preservativo 5. Cuidando do seu corpo e do corpo das outras pessoas 6. Orientando as pessoas que tiveram um comportamento de risco sobre o autocuidado 7. Associando a presença de sífilis em meio ao HIV 8. Preocupando-se com a gravidade do HIV 9. Comparando o HIV com outras doenças e problemas de saúde 10. Mencionando a importância do tema HIV 11. Observando que os casos de aids estão voltando a aparecer
CATEGORIA CENTRAL	Revelando as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde.

Fonte: Pesquisa de campo, Chapecó, 2022.

A Categoria “Definindo como princípios o acesso, a integralidade e o fluxo definido em meio à necessidade de aprimoramento da linha de cuidado” apresenta como ideia de base para as melhores práticas o acesso em tempo integral, o atendimento de toda a demanda espontânea, a integralidade, fluxo definido para o tratamento e para a testagem de toda a população imigrante, e ainda sugere que é preciso aprimorar a linha de cuidado para o HIV/aids. Os serviços de saúde precisam estar estruturados e organizados para receber a pessoa que vive com HIV/aids, e isso requer um planejamento que antecede a chegada da pessoa. Esse planejamento prévio é tanto para o serviço na condição de estar preparado e acolher a pessoa no momento da sua chegada, quando da pessoa que toma a decisão de ir até o serviço viver essa experiência de acessar o atendimento, seguir um fluxo definido dentro da linha de cuidado do HIV/aids. Esse planejamento precisa ser contínuo porque o objetivo e as expectativas das pessoas, profissionais e gestores podem sofrer mudanças ao longo do caminho, e as melhores

práticas passam por esse planejamento, precisam corresponder a essas expectativas e necessidades, e precisam ser continuamente revistos e aprimorados.

Os serviços com portas abertas oportunizam o acesso em tempo integral, e a capacidade instalada para realizar o atendimento de toda a demanda espontânea repercute na visibilidade da pessoa que chega ao serviço. A integralidade compreende oferecer para a pessoa tudo o que ela precisa para iniciar o tratamento no mesmo dia em que recebe o diagnóstico positivo, olhando a pessoa como um todo e realizando tudo o que é preciso do início ao fim. O fluxo definido confere direcionalidade e segurança para a pessoa com HIV/aids realizar o tratamento. Porém, ainda que a linha de cuidado para o HIV/aids tenha sido considerada como uma melhor prática por favorecer o aumento do vínculo e a adesão ao tratamento, a mesma requer aprimoramento porque há profissionais que se sentem distantes dessa linha e relataram sobre a necessidade de capacitação.

As melhores práticas é você ter algo... deixa eu ver como que eu vou explicar (risos) com acesso mais livre, mais... além de você desenvolver algo em relação a prevenção, mas que o usuário tenha acesso a isso, tenha num tempo integral esse acesso, né? Que não seja estipulado por agendamento, por determinados dias, mas que essa demanda seja... seja espontânea, né? Seja uma demanda espontânea mas que a gente consiga também dar conta da oferta. (GA1P1)

Então um atendimento bem sincronizado, e eu acredito que esse é o fato que dá mais segurança inclusive para o paciente fazer o tratamento, né? (GA2P1)

Talvez possa estar se instrumentalizando quanto a isso para buscar também, que as vezes a linha de cuidado, ela não cabe só ao SAE e nem só a Atenção Básica, cabe a nós, o paciente é nosso, né? (GA1P6)

Na categoria “Incorporando as tecnologias e reconhecendo as limitações no seu uso para o adequado acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids”, valorizar a comunicação significa a pessoa com HIV/aids ser adequadamente informada para saber onde procurar atendimento para cada tipo de demanda, o adequado envio de informações do SAE para a APS sobre as pessoas que estão em tratamento, e repassar a informação na equipe quando ficam sabendo que a pessoa abandonou o tratamento. As tecnologias precisam ser acessíveis e favorecem o acompanhamento das pessoas com HIV/aids, entre as quais estão a ficha e o formulário, planilha, listagem, fluxograma, protocolos e as tecnologias digitais como o telefone celular, o aplicativo *WhatsApp*®, e o prontuário eletrônico.

Esses dias eu coletei um preventivo de uma moça também soropositiva que já estava meio que entrando no climatério, mas ainda com desejo de gestação.

Aí ela voltou a falar: “Eu faço todo acompanhamento bem certinho lá no Hospital Dia [SAE]. Eu tomo os meus remédios bem certinho, só que agora eu não estou menstruando, vou precisar ir na ginecologista para ela me solicitar os exames”. Aí... tá, então já percebi, ela faz sim o acompanhamento bem certinho, ela veio com a cartinha lá da infectologista dela encaminhada para a ginecologista com todas as medicações que ela faz, dos antirretrovirais que ela toma. (GAIP19)

[...] formulários diferentes voltados para a gestante, voltados para a criança, para o adolescente, para o idoso, com vários questionamentos. Então, à medida que eu estava começando a conversar com aquela pessoa [no pré-teste], eu já ia colhendo dados, e ao mesmo tempo ela já ia se preparando porque o rumo estava sendo direcionado, entendeu? (GAIP3)

A gente [APS] fez uma listagem desses pacientes, a gente está ligando e vendo “Oh, vocês estão... né? está indo nas consultas? Como é que você está?” (GAIP10)

O conhecimento amplo e aplicável na realidade, as capacitações e a inovação no trabalho foram consideradas melhores práticas. As capacitações instrumentalizam os profissionais para assumirem cada vez mais o seu papel, demandam poucos recursos financeiros, e contribuem para melhorar o cuidado, e conseqüentemente, os indicadores de saúde. Há profissionais que sentem falta de um preparo para melhor abordar a pessoa com HIV/aids, acolher, revelar o diagnóstico, e humanizar o cuidado de modo diferenciado. Além disso, inovação carrega o significado de fazer o mesmo de forma diferente.

E o que seria as melhores práticas? Eu não sei qual que seria a melhor prática, mas, eu acho que nós deveríamos receber uma capacitação, mas não uma capacitação de uma hora, é uma capacitação mais substanciada assim, uma mais profunda, para a gente chegar nesse paciente com um pouco mais de cuidado, um pouco mais de carinho, né? Porque esse paciente, dependendo de como ele ouve essa notícia de que ele está com o vírus, ou ele vai aderir ao tratamento, ou ele nem vai procurar o Hospital Dia [SAE], porque ele já vai achar que a vida dele está acabada. (GAIP20)

De forma geral eu acredito que... que seria por exemplo um... inovar o que já é feito ou melhorar o que já está sendo feito, né? Fazer alguma coisa com o mesmo intuito de melhorar, de ajudar mas de uma forma diferente, não sei. (GAIP5)

A categoria “Desvelando a contradição no trabalho com parcerias, rede e suporte social, com a omissão do diagnóstico e negação do HIV/aids” valoriza como melhores práticas as parcerias com instituições como o GAPA, CRAS, escolas e universidades, serviços de saúde como a Clínica da Mulher e o Programa Saúde em Casa para o apoio e atendimento as pessoas

que vivem com HIV/aids, além da colaboração em rede para a realização da busca ativa de modo persistente.

E eu acredito que a própria questão da estrutura mesmo. A estrutura em rede, o trabalho em rede seria o essencial, uma palavra-chave, que querendo ou não, para que funcione tem que ter esse trabalho intersectorial. (GA1P14)

Algumas [pessoas que vivem com HIV/aids] utilizam o CRAS, e elas nos buscam também em conjunto com os CRAS por alguns direitos que são direitos adquiridos dessas pessoas que convivem com HIV, né? (GA1P24)

Então, a gente insiste muito, a gente não... é uma questão que a gente sempre coloca: “Nós enquanto funcionários públicos, nós não podemos desistir do paciente, né? Ele desiste do tratamento, ele desiste de nós, ele pode desistir, é uma opção dele, agora nós não!” A gente dá um tempinho que ele precisa, mas de repente nós voltamos de novo, meio que “enchendo o saco”, né? “Olha, estamos aqui, teu medicamento tá aqui, o médico tá aqui, tem horário, quer agendar? Quer vir conversar?” Então a gente vai sempre insistindo com o paciente, né? (GA2P1)

A colaboração dentro da rede social abrange também os profissionais de saúde, a família da pessoa que vive com HIV/aids, o parceiro, os amigos e o trabalho. Os profissionais oferecem suporte para as pessoas, consideram importante o trabalho com a família, e orientam sobre a importância da pessoa revelar o diagnóstico para algum familiar ou para o parceiro. O apoio da família, amigos e lideranças do trabalho contribuem para a vida da pessoa com HIV/aids.

E como eu me vejo? Me vejo como um coparticipante desse tratamento. Uma pessoa que está aí para poder colaborar dentro do nosso conhecimento técnico, para poder acolher, tirar as dúvidas, e fortalecer ainda mais esse tratamento, né? E... e promover qualidade de vida juntamente com o próprio usuário. E ser um promotor e estimulador também do seu próprio autocuidado, né? Eu acho que a gente tem essa função também é... de esquecer um pouquinho a doença em si, mas também pensar no lado positivo, na qualidade de vida, enfim. (GA1P6)

No início, ela também queria que ninguém soubesse e aí a gente conversou bastante, ela tem duas filhas casadas já, e aí eu falei para ela que seria muito interessante as filhas saberem do tratamento que ela está fazendo. Porque isso é uma angústia muito grande para a pessoa que é positiva, poder abrir para alguém da família para eles saberem dessa situação e que ela não precisa ficar escondendo a medicação, é... Acho que isso gera mais uma entre tantas angústias que a pessoa tem, que vem junto com o vírus, né? (GA1P22)

A categoria “Desenvolvendo práticas de diagnóstico precoce, cuidado, educativas e grupos em meio a desafios, interrupções e ausência de critérios objetivos para avaliar uma prática como melhor” valoriza a testagem rápida como rotina no pré-natal do casal e nos

mutirões como melhores práticas. A disponibilidade dos testes rápidos nos serviços de saúde e a atitude profissional de oferecer e realizar a testagem são consideradas melhores práticas, uma vez que os testes rápidos constituem uma tecnologia que permite oportunizar o resultado do exame durante o atendimento, e esse diagnóstico dá início ao fluxo de atendimento em HIV/aids. O diagnóstico precoce condiz com o conhecimento da condição sorológica da pessoa que possui o vírus antes da manifestação clínica da aids.

Eu acredito que as melhores práticas é quando nós conseguimos já ter o diagnóstico, né? Nós temos acesso a questão dos testes rápidos que eu acho que são essenciais, eu acho que eles vieram como um divisor, porque eu sempre lembro que há muitos anos, o teste demorava dias para conseguir realizar, e depois demorava mais de um mês, era mais de um mês esperando o tal do diagnóstico e quando vinha ainda tinha que fazer um novo teste para fazer o confirmatório e de novo mais um tempo. Hoje a gente tem na saúde algo que é na hora! Tem o diagnóstico, né? Tu consegue fazer o teste, depois já fazer o teste confirmatório e já dar o encaminhamento para esse paciente. Eu acho que isso é uma prática das melhores que tem! (GAIP14)

Durante a pandemia de COVID-19, a realização da testagem rápida apresentou oscilações. No momento inicial da pandemia, os serviços de saúde passaram por uma suspensão de várias atividades, com a diminuição do número de testes em alguns serviços, enquanto em outros houve o aumento. Acredita-se que a diminuição no número de testes decorreu do medo das pessoas em adquirir o vírus, da orientação para ficar em casa e manter distanciamento social, da necessidade de limitar o número de usuários dentro da UBS, e do receio das pessoas precisarem falar já na porta de entrada da UBS que desejava realizar o teste. Acredita-se que a pandemia prejudicou até mesmo a testagem rápida para gestantes e parceiros, ainda que a testagem rápida para esse público tenha sido mantida como rotina. Para os profissionais de saúde e gestores essa interrupção pode ter ocasionado o aumento da incidência do HIV e sífilis.

É, a pandemia diminuiu praticamente 90% [da testagem], nós ficamos mesmo dedicados a realizar os testes em gestantes e nos parceiros, e mesmo assim em alguns momentos a questão dos parceiros foi prejudicada, né? Que teve um momento da pandemia que até o pré-natal, né? Teve que dar uma parada, tinham muitos casos de COVID. (GAIP14)

Mas eu acredito, não sei em números se alguém está fazendo esse levantamento, mas eu acredito que a gente deve ter tido uma incidência, deve ter aumentado bastante os casos, principalmente sífilis, né? Porque a gente não fez o teste para diagnóstico [no início da pandemia]. (GAIP2)

O conhecimento sobre o número de testes rápidos realizados, as notificações, o número de pessoas com HIV/aids constituem indicadores epidemiológicos elencados dentro das

melhores práticas. O número de pessoas com HIV é superior ao que os profissionais e gestores que atuam na APS imaginam, mas as notificações mostram que os diagnósticos estão sendo realizados, e novos casos vêm sendo detectados. Apesar disso, alguns profissionais e gestores possuem a impressão de que a redução no número de notificações pode ser entendida como a prevenção estar funcionando.

[...] algumas situações que eu não estava acostumada, quando a gente se depara assim, eu acho que é só quando a gente vivencia mesmo que a gente vê a realidade, por exemplo, da cidade, né? Então, antes eu não tinha contato nem com pacientes HIV/aids, né? Nem outras, outras doenças também é... transmissíveis, e a gente acaba vendo a realidade a nossa cidade, né? Que a gente não conhece, a gente acha que conhece mas na verdade não! Então, é... o número de usuários por exemplo, né? Realmente assusta bastante por onde eu vi, né? (GAIP5)

Aí a gente recebe, da questão numérica da vigilância, a cada quatro meses eles mandam para nós como que está a questão das notificações, né? Eu acho que vendo como que foram feitas as notificações de infecções sexualmente transmissíveis, é de HIV, de tudo isso, se há uma redução eu imagino que a prevenção está funcionando. (GAIP24)

A reflexão acerca dos indicadores epidemiológicos amplia a compreensão sobre a leitura da realidade, em que o número de pessoas com HIV/aids diagnosticadas está baixo, e não que há poucos casos de HIV/aids. Faz-se necessário realizar mais testes rápidos porque na sífilis os indicadores aumentaram com o aumento do número de testes.

Porque a gente não tem pouco caso de nenhuma doença, eu acho que a gente tem pouco diagnóstico, né? Pouca abordagem. (GAIP10)

[...] eu acho que a gente tem que testar mais porque a gente deixa de testar muito! Eu vi que assim, desses primeiros meses desse ano [2021] que a gente começou a testar muito, fazer muitos exames, subiu muito o índice de sífilis que a gente tem, né? (GAIP22)

A ambiguidade de compreensões entre o baixo número de casos de HIV/aids ser resultado das ações de prevenção ou falta de diagnóstico, pode ser clarificada quando os profissionais e gestores da APS revelam que utilizam pouco os dados epidemiológicos e acabam trabalhando sem essa informação, fato que justificam pelo excesso de atividades a serem realizadas no cotidiano profissional. Indicadores de melhores práticas propriamente ditos são mencionados como desconhecidos, não há clareza sobre a sua existência ou não, contudo, são mencionados que alguns dados poderiam ser utilizados e sobre a sua importância, uma vez que cada número representa uma vida.

E, e eu percebo assim que a gente tem pouco hábito de trabalhar mesmo com a Vigilância Epidemiológica, né? A gente as vezes trabalha no escuro porque não sabe acessar determinados sistemas, e porque as vezes o nosso tempo dentro da Unidade de Saúde é muito escasso, a gente precisava não de oito horas, a gente precisava de 20 horas para dar conta de tudo o que a gente dá conta, né? (GAIP20)

[...] eu acho que o indicador de... O total da população, principalmente a população jovem, né? E o quanto ela foi, quantos foram testados, o percentual de testados para o HIV. (GAIP13)

[...] mas eu olho muito para o lado qualitativo, né? Eu não sei nem o que pensar assim, o que a gente pode ter de indicador da melhor prática. De repente, talvez a adesão ao tratamento do usuário, qual é a taxa de adesão ou abandono, de repente de tratamento, fuga do serviço, enfim... (GAIP12)

As DST a gente tem pouco, pouco dado na Unidade de Saúde exatamente porque as vezes os casos eles não são tantos, né? Mas são muito importantes, não é o número que vai fazer a diferença porque cada número é uma vida. (GAIP20)

O pensamento complexo admite duas noções contraditórias coexistindo em uma mesma realidade. Os profissionais de saúde e gestores afirmam com clareza que a testagem rápida é uma melhor prática porque o diagnóstico ocorre no momento do atendimento, mas os dados obtidos não são utilizados para avaliação de melhores práticas e tomada de decisão, transparecendo a inexistência de critérios e indicadores para considerar uma prática como melhor. Nesse ponto, a melhor prática significa fazer o melhor atendimento todas a pessoa que chegam nos serviços de saúde.

Os profissionais orientam sobre o uso do preservativo em todas as relações, porque além de prevenir o contágio, previne o aumento da carga viral. Eles também solicitam o exame confirmatório de HIV, outros exames laboratoriais, e repetem a coleta de sangue quando o resultado é inconclusivo.

[...] eu acho que é uma questão bem importante também, que a questão do autocuidado não é somente na questão do uso correto do medicamento. A questão do autocuidado também é a questão preventiva, é usar a camisinha para evitar que isso venha a acontecer, ou usar a camisinha evitando que aumente a carga viral: “Ah, eu tenho, eu sou soropositiva e o meu parceiro é soropositivo, então eu não preciso usar camisinha”; “Como é que tu não precisa usar a camisinha? Precisa sim! Por que de repente o teu tratamento não é eficaz? Porque você tem relação com o teu parceiro que não faz uso dos medicamentos corretamente, ele está sempre com a carga viral alta, e na relação ele te passa. Você também, mesmo tomando o medicamento, você vai estar cada pouco se reinfectando... ahm... se reinfectando!” Então a questão do autocuidado é... bastante ampla, envolve prevenção, envolve tratamento, né? (GAIP3)

Nós temos que fazer o confirmatório, fiz duas vezes e deu inconclusivo os dois testes. Aí eu liguei lá para o setor [SAE] e o setor me falou que eles não poderiam admitir a paciente sem ter o confirmatório, né? O segundo teste. Então, o que que eu fiz? Eu pedi para que as meninas coletassem o sangue da mulher e já pedi para a filha dela ir até o laboratório e levar esse exame para que a gente confirmasse o mais rápido possível. E assim foi feito! (GAIP20)

O registro em prontuário do resultado do teste rápido e da busca ativa são considerados importantes, mesmo que considerem que a legislação não tenha avançado muito. Essa prática nem sempre é realizada, e os motivos são variados, seja porque as pessoas com HIV/aids não desejam ou porque há profissionais que não realizam esse registro, fato que atrapalha os atendimentos subsequentes.

Muitas vezes porque eles não querem mesmo, e outras vezes porque os profissionais consideram não ser importante, né? Então, aí tem os dois lados, né? Tem viés dos dois lados. (GAIP3)

O acompanhamento das pessoas com HIV/aids é considerado rigoroso no SAE, assim como o atendimento das gestantes com HIV/aids, parceiros e dos bebês, e foram exemplificados como melhores práticas. O pré-natal adequado, a abordagem na maternidade para a mãe que vive com HIV/aids, a realização de visita domiciliar durante o puerpério, e a responsabilidade da gestante para a soroconversão do bebê evidenciam o destaque que é dado para essa fase da vida, e o quanto isso está bem organizado nos serviços de saúde. Essa organização da linha de cuidado voltada para a saúde materno infantil, alerta e denuncia sobre um contraste em relação ao acompanhamento da pessoa com HIV/aids na APS.

E... assim... né? Os outros cuidados, ela vai ter muito cuidado com aquele bebê, vai ter toda uma medicação, todo um acompanhamento, né? Então, tem muito cuidado! (GAIP7)

Do HIV/aids eu sinto um pouco de falta disso. Porque para te falar a verdade, por exemplo, para a nossa área de abrangência eu não sei te dizer hoje quantos paciente seriam, em número. Por exemplo, de gestante eu saberia te dizer. (GAIP5)

As orientações, a educação, prevenção, e promoção da saúde, a educação em saúde nas escolas, as campanhas, o Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH) e os desafios para a formação do grupo, também foram mencionados como melhores práticas.

Os murais informativos contribuem para a orientação das pessoas que se encontram dentro dos serviços de saúde, além de estimular o contato com os profissionais para o diálogo acerca de dúvidas, práticas de prevenção, métodos anticoncepcionais, entre outros, e

oportunizam aos profissionais a disseminação de conhecimento sobre informações como o sexo seguro.

Eu acho que essa... essa forma com que você aborda a situação, com que você fala, com que você orienta, com que você explica para o paciente o que seria o melhor. (GAIP22)

As campanhas de saúde, incluindo as realizadas dentro das empresas, estimulam a prevenção, favorecem a distribuição de preservativos, ampliam o número de testes rápidos, e conseqüentemente colaboram para o aumento dos diagnósticos de HIV/aids.

Mas eu considero assim melhor prática o aumento de testagem para todos os usuários que acessam o serviço e mais campanhas, mais atividades de educação em saúde com a população, nas escolas. Uma ferramenta que a gente tinha era o PSE, né? Que é o Programa Saúde na Escola. A gente ia nas escolas, a gente fazia as atividades. Então, eu acho que é mais no sentido da prevenção mesmo, sabe? Prevenção e depois a testagem. (GAIP13)

A orientação sobre sexualidade precisa ser iniciada com os adolescentes o mais cedo possível para evitar a contaminação por IST e gravidez precoce, e nesse sentido, o papel do profissional é estar à disposição para apoiar o adolescente no início da sua vida sexual. Ainda, é preciso considerar a importância do trabalho de educação em saúde nas escolas, o qual vai além da educação sexual e é favorecido pelo Programa Saúde na Escola (PSE). As informações debatidas com os adolescentes são muitas vezes compartilhadas nos lares com seus familiares, a ponto de alguns familiares tomarem conhecimento sobre a existência do teste rápido.

Eu acho que se a gente entrar com esses assuntos mais cedo, você vai evitar que aconteçam doenças indesejadas, gravidez indesejada. Que muitas vezes a gente tem gestante de 13 anos, a gente tem gestantes com doenças sexualmente transmissíveis cada vez mais cedo... Então acho que isso que a gente teria que chegar mais cedo. Esses são os indicadores que a gente deveria evitar. (GAIP11)

Ahm... experiências, né? Na escola também, de falar sobre isso, e os alunos, os estudantes se assustar: “Ah, mas tem esse teste? Faz já na hora?”; “Faz!”; “Fica sabendo?”; “Sim!”; “Ah, é assim?”; “É!” (risos) né? E depois você acaba atendendo o aluno lá na Unidade Básica e sabendo que alguém da família ou ele mesmo, né? Estava com essa angústia de fazer o teste, enfim. (GAIP12)

Em decorrência das restrições sanitárias impostas pela pandemia de COVID-19, o desenvolvimento de grupos precisou ser temporariamente interrompido, mas vinha sendo realizado o Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH) para as pessoas que vivem com HIV/aids e havia uma boa adesão. O GDH era desenvolvido por mais de um profissional no

SAE e foi mencionado como uma prática prazerosa, a qual pretendem poder retomar em 2022. No GDH as pessoas com HIV/aids desenvolviam uma relação de mútuo apoio sempre que um novo participante ingressava no grupo, consolando um ao outro em um lugar onde podiam conversar, ouvir o relato e o choro das pessoas que sofrem sozinhas porque os familiares não sabem ou as rejeitam devido ao preconceito que sentem, e isso outorgou a esse grupo um diferencial importante em suas vidas. Os profissionais mencionam que as pessoas com HIV/aids se desenvolvem mais rapidamente no grupo do que na abordagem individual, assim como os profissionais também crescem com o grupo e percebem o próprio desenvolvimento depois que começaram a trabalhar com a abordagem da psicanálise no grupo.

[...] eu participei acho que uns três, quatro anos, mas eu participava porque chegava cada pessoa lá que tu tinha que abraçar, que dizer: “Olha! Era muito pior do que isso!” (GA3P8)

Mas assim oh, eu já ouvi relato de algumas pessoas que sofrem sozinhas, que a família, a família não faz noção que a pessoa é soropositivo, entendeu? Não tem ideia! Mães que os filhos não sabem, e mães também que foram rejeitadas. Lá no grupo a gente escuta muita coisa! [...] Porque talvez assim oh, sofrer sozinha é muito ruim. Eu ouvi relatos de pessoas assim que os filhos não queriam tomar mais água no mesmo copo, entende? E eu vi pessoas chorando porque isso realmente doía! [...] Então uma vez por semana a gente tinha um lugar para a gente conversar! Eu amava muito! Ah, mas olha! Para mim, isso é uma das coisa que eu sinto falta hoje, mas por causa da pandemia [o grupo parou]. (GA3P1)

Porque a gente percebia, né? O quanto eles cresciam no grupo, muito mais rapidamente do que no individual, e hoje eles são muito gratos, né? Tem pacientes que são muito gratos por, né? A gente ter insistido para eles virem para o grupo, né? (GA2P7)

Devido à pandemia de COVID-19, houve a interrupção no desenvolvimento do grupo e das práticas educativas como as campanhas, mutirões, atividades do PSE, atividades preventivas nas empresas, dentre outras. Foi relatada pelos profissionais com tristeza, pois houve impacto negativo nas ações de prevenção primária e secundária, contudo, há esperança de que esse período irá passar.

O que marca mesmo são as atividades de prevenção que a gente não está, quase não está fazendo, né? (GA1P13)

E, com a pandemia, infelizmente, isso ficou muito restrito porque como as pessoas também pararam, a gente parou um pouco com a questão de prevenção, promoção, e começou a trabalhar em função de COVID. Ficou bem restrito. (GA1P14)

[...] mas enfim, daqui um pouco isso vai passar, vai dar para voltar a fazer todas as atividades que a gente fazia. (GA1P1)

A categoria “Valorizando a atuação profissional acolhedora no trabalho e no envolvimento com a equipe” valoriza o aconselhamento pré-teste, a postura acolhedora, a humanização do cuidado, o apoio profissional e amparo a pessoa com HIV/aids, o envolvimento da equipe, o trabalho interprofissional, o atendimento compartilhado, a discussão de casos e a experiência profissional.

O aconselhamento significa preparar a pessoa antes de realizar o teste, tendo em vista as possíveis dúvidas e emoções que o resultado positivo ou negativo pode mobilizar na pessoa. Uma postura e um olhar acolhedor, com qualidade de escuta, livre de discriminação e preconceito, o profissional falar que ele está ali para ajudar, estabelecer um vínculo e conquistar a confiança da pessoa com HIV/aids são aspectos importantes para comunicar o resultado do exame. Além disso, quando os profissionais expressam que lembram da pessoa, oferecem um abraço como uma demonstração de acolhimento e afeto, iniciam um diálogo para a pessoa entender que se ela se cuidar o vírus não vai incomodar, são aspectos valorizados pelos coparticipantes do cuidado. As pessoas com HIV/aids sentem-se bem atendidas e isso significa uma alegria enorme e esperança de vida.

Ah, para mim, sentir-se bem atendida, [...] que a gente entenda, fale para nós isso que é a doença, tudo isso, né? Como que vai acontecendo todas essas coisas. Assim, é como uma esperança de vida! E sempre tem acontecido isso com as pessoas que me atendem, graças a Deus! Que sempre me falam bem, que tenho que cuidar da minha saúde, e tudo isso, que tudo vai dar certo! E é assim! (GA3P2)

No momento em que as pessoas recebem o resultado positivo do exame para HIV, o amparo profissional é primordial, e significa confortar a pessoa no momento do choro, do desespero e da não aceitação do resultado positivo. Essa atitude do profissional faz com que ele se torne uma referência as vezes mais importante do que alguém da família naquele momento.

Teve uma médica que não atua mais na área, não sei se você já ouviu falar doutora [nome]. Nossa! Eu tive uma entrevista, a impressão que dava é que tu estavas falando com a tua mãe, né? Porque assim foi tão bom! (GA3P8)

O amparo e o apoio profissional é fundamental em virtude do choque que a pessoa sente ao receber o diagnóstico positivo, potencializado pelos antigos preconceitos presentes na sociedade. A atuação profissional contribui para que a pessoa aceite o diagnóstico, adira ao tratamento, entenda o HIV como uma doença crônica e consiga seguir a vida em frente. O

atendimento psicológico contribui para que as pessoas consigam mudar a maneira de enfrentar o HIV/aids, entendendo e vivendo melhor diante dessa nova condição.

Porque eles [profissionais de saúde] torcem por mim, porque eles sabem! Eles tem o histórico da minha vida, né? (GA3P10)

E depois teve um trabalho do SAE, da [nome da psicóloga], da equipe que trabalha lá com ela, e sempre, sempre tão atenciosos, que te acolham tão bem! Nossa! A minha cabeça mudou, nesses últimos 10 anos que eu estou aqui, mudou assim 100%. (GA3P8)

O envolvimento da equipe significa todos discutirem, olhar para a pessoa com HIV/aids como um todo e assumir juntos cada caso. O trabalho interprofissional compartilha a responsabilidade da condução da pessoa com HIV/aids para uma adequada adesão, tratamento e acompanhamento, e a consulta compartilhada depende da afinidade da equipe. As discussões de caso possibilitam buscar um consenso nas condutas a serem adotadas pelos profissionais, ainda que haja opiniões divergentes. Adicionalmente, as melhores práticas são mencionadas como uma construção com base na experiência profissional, e são exemplificadas pela consulta do enfermeiro e a solicitação de exames.

[...] mas a gente é bem aberto assim, sabe? A gente coloca as situações para a equipe, a gente defende posicionamentos, a gente defende os entendimentos que a gente tem, essa leitura da realidade que a gente tem e no final a gente sempre chega num consenso e acaba dando certo. (GA2P1)

Eu acredito assim oh, que a melhor prática é o próprio profissional que constrói de acordo com as suas experiências. Em resumo, acredito ser isso, porque uma melhor prática não é uma receita pronta, é algo que no teu dia a dia, de acordo com a tua experiência, com o conhecimento que você tem da comunidade, você constrói, né? Então, pode ser que é uma melhor prática não para o fulano X, mas pra outro, aquele método, aquela melhor prática, é mais indicado para ele, né? (GA1P3)

A categoria “Enfrentando os aspectos complexos do HIV/aids” abarca a omissão da soropositividade, o sofrimento, o esquecimento do HIV/aids, o preconceito, os comportamentos que levaram a contaminação, o sentimento de medo da morte, mas também a compreensão de que HIV não é sinônimo de morte.

A omissão sobre viver com HIV/aids pode ser em relação à família, aos amigos e até mesmo aos profissionais de saúde, e decorre do medo e da vergonha. Há pessoas que não relatam para os seus parceiros ou cônjuges que são soropositivos, o que impossibilita que os profissionais de saúde realizem o atendimento. O medo de ser prejudicado no trabalho ou ser vítima do preconceito contribui para a omissão do diagnóstico.

Mas eu penso: “Gente, eu sou uma pessoa normal! Como qualquer outra!” Só que eles ficam falando das pessoas que tem HIV sem saber de mim. Então eu penso: “Gente, eles me tratam como um ser humano normal! Eu sou normal!” Então, eu acho que tem bastante preconceito. (GA3P1)

Então, um paciente que me chamava muito atenção, ah... Muitas vezes, muito pacientes chegavam na emergência, né? Às vezes tu pegavas, o paciente ele tem muita vergonha, muito medo, o paciente HIV positivo de dizer que ele é HIV positivo. Então, apesar de ter evoluído muito a medicina, a tecnologia, a gente achar que evoluiu, existe muito tabu, existe muito preconceito ainda. (GAIP7)

Há pessoas que relatam o viver com HIV/aids como algo sofrido, seja consigo ou em situações familiares, e observam a diminuição da imunidade quando não estão bem. No começo, viver com HIV/aids pode ser assustador e desastroso, mas depois é trabalhoso porque as pessoas passam por muitas fases, sofrem caladas, dizem que não pensam em tirar a própria vida, mas apresentam problemas psicológicos e até a perda do trabalho, não se sentem as mesmas pessoas que eram antes diagnóstico, e apesar de afirmarem que a sua condição é uma batalha, tentam levar a vida adiante. Na família, há situações em que o HIV fica oculto ou a família acompanha o sofrimento da pessoa com HIV/aids.

Olha, pra mim no caso foi uma batalha mais que eu estou tentando levar a vida adiante. Então, não foi tão difícil porque a minha vida sempre foi meio sofrida, eu sempre tentei batalhar, tentei fazer as coisas. (GA3P10)

Viver com HIV é esquecer e não conversar sobre o HIV/aids, mas lembrar no horário de tomar os medicamentos e se cuidar. Para algumas pessoas a vida não mudaria se não fosse pela necessidade de tomar os medicamentos, e o preconceito é considerado como o único mal porque interfere na qualidade de vida e desestabiliza emocionalmente.

Mas conviver com HIV eu não lembro, não lembro que eu tenho, não lembro, é bem assim. Eu me cuido bastante! Como eu sou terapeuta [reiki] e sou espírita eu uso mais o lado espiritual do que a terapia, e isso que me ajudou também pela questão do diagnóstico. Eu fui estudando, eu fui aprendendo, eu fui me conhecendo, sabe? Então, hoje eu não vejo problema assim, sabe? (GA3P3)

Então eu vejo que, que o único mal disso tudo é o preconceito porque o resto está tudo bem, eu me sinto bem! (GA3P8)

Outro aspecto complexo são os comportamentos de risco que resultaram na contaminação. As pessoas adquirem o HIV de diferentes formas, como a multiplicidade de parceiros, não uso do preservativo, uso de drogas, e mesmo por meio do cônjuge ou parceiro

fixo com quem convive há tempo. O estilo de vida com multiplicidade de parceiros, que pode ser ou não derivado do trabalho como profissional do sexo, somado à relação sexual desprotegida, em que o preservativo não está sendo usado como deveria, e o compartilhamento de agulhas mesmo com a liberação de seringas descartáveis, denunciam a banalização da doença porque as pessoas sabem que o HIV tem tratamento e que podem ter uma vida normal.

Se estende também para os comportamentos de risco para qualquer infecção sexualmente transmissível, né? Então, a sífilis também, quando a gente faz aqui tem muita sífilis em Chapecó, quando faz um atendimento de sífilis eles falam assim: “Ah, mas aqui no bairro todo mundo tem!” Aqui eles mesmos fazem diagnóstico um do outro, eles chegam falam assim: “Ah, eu estou com ferida no corpo inteiro, na palma das mãos, planta dos pés, e a minha vizinha disse que era sífilis”, porque se tornou muito, muito comum, né? A sífilis, e aí faz o teste é sífilis! E eles não demonstram nenhuma surpresa: “Ah, isso aí, dá essas feridas, né? Daí toma uma benzetacil e melhora.” Então, essa pessoa que está com sífilis ela não usou preservativo, ela também se expôs ao HIV, né? Então, eu penso que é um pouco banalizado, teria que ter essa mudança, que é sim uma doença. (GAIP24)

Eu já escutei muito assim em atividades que as pessoas antigamente tinham medo do HIV e por isso os jovens utilizavam mais o preservativo o que tem sido uma prática, que virou uma prática incomum o uso do preservativo. Quando a gente trabalha com adolescentes eles não usam preservativo, a maioria não utiliza. Por que? Porque eles sabem que o HIV tem tratamento, que: “Tem um vizinho que tem HIV e tá mais gordo do que eu, é mais saudável do que eu!”, “Eu tenho medo mesmo é de ter um câncer não de ter o HIV”, então algumas falas deles é relacionada a isso, né? com o próprio avanço da medicina, do tratamento (GAIP24)

O atual cenário da pandemia de COVID-19 somado ao viver com HIV/aids despertou diferentes sentimentos nas pessoas como o reviver o medo da morte mas se sentir seguro por estar tomando a medicação. As pessoas com HIV/aids observaram que outras pessoas também sentiam o mesmo medo de morrer que elas passaram quando receberam o diagnóstico, mas realizar o tratamento adequadamente lhes trouxe a sensação de que não iriam morrer por causa da COVID-19. As pessoas com HIV/aids que realizam o tratamento adequadamente percebem que essa condição não é um sinônimo e nem uma sentença de morte porque elas tem qualidade de vida.

Outras pessoas também que entraram em depressão, estavam muito abaladas por causa do diagnóstico, mas depois com a questão do coquetel, os cuidados em saúde, elas viram que existia algo além, não é um diagnóstico de morte, mas sim de continuidade de vida, e uma continuidade com qualidade de vida, né? Principalmente. (GAIP14)

As pessoas que vivem com HIV/aids relataram que encontram no seu lado espiritual forças para superar o medo do diagnóstico e ressignificar sua nova condição. Acreditam na força interior que possuem e na importância entre a coerência sobre suas crenças e seus comportamentos.

Aí no começo eu chorei horrores, né? Ahm, acho que todo mundo no começo chora, e... Mas não foi difícil pra mim. Eu falo com a boca cheia. Não foi difícil porque eu sigo uma doutrina onde ela me ensina que a dor ela não vem pra me machucar, ela vem pra me ensinar. Então, desde o começo, por mais que eu senti a dor de saber que eu estava com o diagnóstico pelo qual eu sempre tive medo de pegar, de contrair, eu sabia que com aquilo ali eu iria aprender alguma coisa. (GA3P3)

Eu não dou poder a esse vírus. Eu tenho comigo uma coisa assim, tudo o que eu potencializar na minha mente e em mim, eu vou dar força para aquilo que está em mim. Apesar de eu fazer o tratamento certinho, né? E, mas mesmo assim eu não sei o que está acontecendo por dentro de mim, eu sei o que acontece por fora, agora por dentro eu não sei, mas eu tenho o poder em minha mente para não dar poder a isso. (GA3P3)

Daí eu fui para a Comunidade Terapêutica e de noite e eu orei. Eu pedi para Deus para eu não sentir nada daquilo. E na verdade eu não senti! (GA3P1)

A categoria “Reconhecendo a relação fortalecida do profissional com a pessoa que vive com HIV/aids” contempla a interação, o diálogo e a corresponsabilização pelo cuidado, a confiança, o vínculo, saber o diagnóstico, compreender a pessoa, pensar nas suas necessidades e saúde integral, responder suas dúvidas, e prover um cuidado sem preconceitos, com respeito à ética profissional e a privacidade da pessoa com HIV/aids.

A interação e o comprometimento da equipe são importantes para a qualidade no atendimento à pessoa. Profissionais que vivem com HIV relatam que a sua condição possibilita entender melhor as pessoas e isso facilita o trabalho. O diálogo com empatia é entendido como buscar colocar-se no lugar do outro e ser gentil, sabendo como conversar com o paciente.

Eu acho que o que eu faço é diálogo! Eles falam que eu falo demais. Eu acho que não é falar demais, eu acho que é você estar no lugar do outro, é você sair de traz de uma mesa e estar sentado naquela cadeira onde está o paciente, porque você nem toda vez é só profissional, mas você também informa bastante. Então, como você gostaria de ser tratado? (GA1P11)

A corresponsabilização pelo cuidado requer estabelecer metas conjuntas entre pessoa e profissional, e fazer acordos para que ela observe o que é melhor para o seu tratamento e tenha qualidade de vida. Nesse sentido, a confiança promove a superação do medo, aumenta o comprometimento com o tratamento, e possibilita ao profissional o adequado acompanhamento do caso. O vínculo implica em não criticar ou julgar, possibilita ampliar o cuidado evitando que

a pessoa adquira outras doenças, e pode ser desenvolvido até um ponto que remete a um elo de mãe ou de família com as pessoas que vivem com HIV/aids.

E quando eles vem aqui, muitos a gente cria uma amizade com eles, sabe? Tem uns assim que, eu tenho uns que são mais apegados comigo, tem a minha outra colega que tem outros que são apegados com ela. Tem uns que vem aqui só para conversar conosco, a gente acaba criando aquele vínculo, então é tão, é bom isso, sabe? A gente chega, a gente conversa. Teve um esses dias que veio aqui para me contar um segredo, algo que ele descobriu, né? Então, a gente acaba criando... A gente se chama a família SAE, né? É bom o SAE! (GA2P6)

Quando os profissionais sabem que a pessoa possui um diagnóstico positivo para HIV, o atendimento torna-se facilitado e o profissional consegue realizar a orientação. É preciso compreender a pessoa, os motivos que a levam a não adesão ao tratamento, e obter o engajamento da equipe para aquilo que precisa ser feito, considerando as suas reais necessidades e vislumbrando uma saúde integral mental e fisicamente. Em toda oportunidade de contato com a pessoa que vive com HIV/aids é importante esclarecer suas dúvidas e prover um cuidado livre de preconceitos, aceitando a pessoa como ela é, sem focar naquilo que aconteceu, mas no que precisa ser feito. Para as pessoas com HIV/aids, ser bem atendido significa ser respeitado e não sofrer discriminação.

Eu vejo assim que é muito mais fácil tu saber que um paciente que chega lá na Unidade [nome da Unidade] é soropositivo, que eu estou atendendo ela, que eu sei que ela é soropositiva, que a orientação para com ela é diferente, né? De um outro, muda pouco mas muda, né? Do que eu não ter essa informação. (GA1P3)

Eu acho que é o cuidado, né? Quando você vai entender porque esse paciente está querendo testar, né? Ahm, entender o contexto dele, que muitas vezes a gente atende profissional do sexo, a gente atende homossexuais, né? A gente tem que aceitar como que ele é, a gente não pode ter preconceito com isso, né? Porque ele deixou de usar preservativo ou porque teve relação sexual com muitas pessoas, né? Eu acho que esse é um cuidado bem importante, né? Não olhar para como isso aconteceu, olhar para o que precisa ser feito após esse diagnóstico. (GA1P8)

Ah, é bom né? Que ali a gente já sabe que eles sabem o problema da gente, daí eles respeitam a gente, não tem discriminação, não tem essas coisa, né? Isso que é importante, né? (GA3P7)

O respeito à ética inclui a equipe estar ciente de que todo envelope lacrado que chega do laboratório deve ser entregue para a enfermeira coordenadora, a preocupação dos profissionais em como registrar o diagnóstico positivo no prontuário, o cuidado com a escrita no momento de solicitar a busca ativa para os Agentes Comunitários de Saúde, e não questionar

quando a pessoa diz que quer conversar com determinado profissional. As pessoas que vivem com HIV/aids sabem que o sigilo é uma responsabilidade profissional.

Recordo que até as meninas do [serviço especializado em saúde mental] diziam: “Poxa vida [nome da entrevistada]! Está sendo difícil para nós introduzirmos o uso do prontuário eletrônico no [serviço especializado em saúde mental], de dizer que um paciente é esquizofrênico, de dizer que uma criança é...” ahm... sei lá, tem algum problema psiquiátrico, imagina vocês, né? Estarem utilizando o prontuário eletrônico para dizer que um paciente é soropositivo. (GA1P3)

Olha, o atendimento de saúde é o seguinte, a gente sabe que toda responsabilidade profissional é o sigilo, né? (GA3P10)

O respeito à privacidade significa preservar a pessoa com HIV/aids, e para isso, em alguns momentos os profissionais usam uma desculpa de que um exame foi autorizado quando precisam falar com um familiar, organizar uma sala de acolhimento para que as pessoas possam falar de modo reservado os motivos que as levaram a buscar o atendimento, pedir um documento de identificação ao invés de perguntar o nome da pessoa na recepção do SAE, e respeitar que a pessoa não queira falar que vive com HIV/aids para outras pessoas e familiares.

[...] Então tem que cuidar porque as vezes tu não consegues falar com a pessoa e tu tens que falar com o familiar, daí muitas vezes a gente tem que omitir, né? Eu digo, não é nem um pouco mentir mas omitir, a gente fala que é da Unidade de Saúde, que é um exame que foi autorizado então para preservar a pessoa, né? (GA2P1)

A categoria “Atribuindo a qualidade no atendimento a melhoria da qualidade de vida para as pessoas com HIV/aids” revela aspectos sobre ser bem atendido, realizar o tratamento adequadamente, seguir a vida em frente e com qualidade, a satisfação profissional e acreditar em dias melhores.

No que se refere ao HIV/aids, as pessoas relataram que sempre foram bem atendidas nos serviços de saúde, sentem segurança e tranquilidade porque os profissionais se importam com elas, além de oferecerem um bom atendimento, como no SAE que o atendimento é considerado excelente. Ser bem atendido significa sentir-se acolhido pelos profissionais e sentir-se realmente como um ser humano. Os profissionais acreditam que a maneira como abordam a situação proporciona segurança para as pessoas que vivem com HIV/aids, e organizar atividades lúdicas como uma festa para as crianças, ainda que as escondidas para não as expor, propicia momentos de alegria. Por outro lado, as pessoas com HIV/aids afirmam que é preciso ir com tempo disponível nos serviços de saúde, com paciência para esperar,

comportamento nem sempre observado em todas as pessoas, e que por vezes desencadeiam atitudes deseducadas que podem vir a ser respondidas da mesma maneira por alguns profissionais.

[...] Então, eu só estou citando esse paralelo pra dizer que é tão bom quando alguém entende a gente, quando alguém se importa, porque na verdade a gente percebe! Se tratando do SAE e do atendimento que eu tenho fora do SAE com relação a isso, é que as pessoas realmente se importam! Eu, realmente me faz muito bem! Eu me sinto seguro, tranquilo. (GA3P8)

Nossa! Não... é... sei lá, eu não sei mensurar em palavras, mas nossa! [Ser bem atendido] É tudo! Eu acho que todo mundo precisa disso! (GA3P8)

Ah, significa assim que a gente tem, que é um ser humano em primeiro lugar, né? (GA3P9)

[...] ver assim a alegria delas, né? De estarem recebendo uma boneca de presente, de estar passando uma manhã festiva, né? Compartilhando com a gente, brincando com os palhaços, né? Ahm, isso é uma coisa assim, muito feliz para mim! (GA1P3)

[...] acho que a pessoa também tem que ter simpatia, como que se diz, simpática, porque você chegar “nas grossa” você é bem mal atendida, entendeu? (GA3P5)

Porque tem muitos lugares que as pessoas vão, independente de qualquer outra doença, é só olhar nos postos, olhar em alguns hospitais que a gente vê a maneira como as pessoas tratam as outras pessoas [...] (GA3P9)

Infelizmente, durante a pandemia houve interrupções e limitações no atendimento, afastamento das pessoas por medo de contrair a COVID-19 ao adentrar em um serviço que estivesse realizando atendimento dessa natureza. A lógica mundial de apreensão somada à necessidade de distanciamento social trouxe prejuízos para o acompanhamento das pessoas com HIV porque os profissionais precisaram solicitar que as pessoas não comparecessem presencialmente nos serviços de saúde. Além disso, houve aumento no espaçamento do tempo para a realização de exames e consultas, o que diminuiu as oportunidades de contato, diálogo e orientações, entrega de preservativo e testagens para sífilis e hepatites nas pessoas que vivem com HIV/aids.

Durante a pandemia sim, claro que houve [interferência], porque houve a redução do acesso, né? Alguns momentos do usuários até a Unidade. Pelo medo! Medo de procurar o serviço de saúde que estava atendendo o COVID (GA1P12)

Ahm, o próprio CD4, CD8 e carga viral, o Ministério ele preconizou, devido a pandemia fazer uma vez por ano, então a gente realizava de seis em seis

meses para os que estavam com carga viral suprimida, então hoje eles realizam uma vez por ano, né? Queira ou não queira é, cada vez que eles vem, eles recebem uma orientação, eles conversam com a gente é, é diminuiu. Ahm, as consultas também foram espaçadas, então receitas que eram renovadas só a nível de consulta médica acabaram sendo, ahm, aumentado o tempo ali de retirada para seis meses, há um tempo, agora já retomou. Mas, a vinda deles para consulta, para exames diminuiu, o que queira ou não queira, eles não vindo é um momento a menos que a gente tem para entregar o preservativo, testar para sífilis, para hepatite, para ver se trocou de parceira, se houve multiplicidade, e se houve prevenção ou não. (GA2P11)

O tratamento adequado é importante para uma qualidade de vida porque mantém a carga viral indetectável, diminui a circulação do HIV e evita complicações. O tratamento é iniciado de imediato quando a pessoa chega no SAE, e os medicamentos são sempre disponibilizados, o acompanhamento é constante, e os resultados dos exames com a carga viral indetectável é identificado já no início do tratamento, pois existe a possibilidade de mudar a prescrição da medicação sempre que houver qualquer efeito colateral. O avanço da terapia antirretroviral possibilitou a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida para todas as pessoas que realizam o tratamento corretamente. A pessoa que vive com HIV/aids vive com uma condição crônica que pode ser comparada pelos profissionais à hipertensão e diabetes, e para eles, considerar o HIV/aids sob esse ponto de vista pode evitar a discriminação.

Então, antigamente, se assustou tanto, né? A gente não tinha o antirretroviral, se conhecia pouco desse diagnóstico... Então, hoje, a gente já avançou tanto, nós temos medicamentos com menos efeitos lipodistróficos. A qualidade de vida da pessoa vivendo com HIV/aids está muito boa. Então, é preciso que eles saibam disso! (GA2P11)

A qualidade de vida é praticamente 100%, a mesma qualidade de vida que se não tivesse doença alguma! (GA3P9)

[...] primeiro de tudo é se falar como uma doença normal, né? Que a gente sabe que tem muita discriminação. (GA1P4)

Além do tratamento medicamentoso, a psicoterapia também se mostrou uma importante aliada para transformar a visão distorcida que existe sobre o HIV/aids. As pessoas tem dificuldade de falar de si, apresentam comportamentos que as expõe a riscos, hesitam em assumir responsabilidades, e desistem do tratamento, mas quando aceitam a terapia, gostam porque percebem que podem falar sobre tudo o que quiserem e passam a entender que o HIV/aids é só uma parte de suas vidas.

O HIV eu digo muitas vezes ele nem aparece nos atendimentos. Assim, o paciente já está mais tempo em terapia, mas a gente vai trabalhando o HIV implicitamente em algumas situações, nos comportamentos, né? Porque o

comportamento de contrair o vírus também é um comportamento que eles repetem em outras situações, né? De se colocar em risco, as vezes de não assumir a responsabilidade, ou desistência, né? [...] Gosto muito do atendimento individual, ele é muito produtivo para o paciente, ele entra mesmo na terapia, né? Na análise da sua vida, aqui a gente não trabalha só questões do HIV, a gente trabalha o sujeito integral, né? Porque o HIV é só uma parte, né? Um problema que a gente tem para enfrentar na vida deles. (GA2P7)

Para seguir a vida em frente, as pessoas que vivem com HIV/aids acreditam que é preciso tomar os medicamentos, não se importar com o que os outros falam, e saber que chega um ponto em que a pessoa caminha sozinha, ter ou não ter HIV já não faz mais diferença. Viver bem e tranquilo com o HIV significa fazer o tratamento, ter ao seu redor pessoas dispostas a ajudar, não considerar uma pessoa com HIV como doente, se aceitar, assumir a responsabilidade por ter contraído o vírus, e entender que está diante de um processo novo de vida e que poderá viver bem. Para ter qualidade de vida e bem-estar é fundamental o autocuidado. Uma vida normal com HIV significa trabalhar, ter filhos, relacionamentos, a família e os amigos saberem do diagnóstico, se sentirem respeitados e respeitarem os outros, e agirem normalmente.

[...] Então, independente se é soropositivo ou não, eu já separei uma coisa da outra... Separei não, é que eu não vejo mais assim, tem que ter um cuidado, especial! Tem, tem que ter! Mas acho que chega num ponto que a pessoa caminha sozinha, ou seja, não faz mais tanta diferença! (GA3P8)

E ali que a gente busca porque a partir do momento que eu me aceito, né? Com esse diagnóstico, que eu consigo conviver bem, né? Eu também não vou estar tão preocupado com o que os outros vão falar, né? E o julgamento das pessoas, né? Se sentir mais livre com o próprio diagnóstico, né? Pelo fato de ter contraído, assumir a responsabilidade, né? “Não me cuidei, não usei preservativo”, né? Essa postura de responsabilidade mesmo frente as consequências, né? De não ter se cuidado. (GA2P7)

É qualidade de vida que eles podem ter eu acho, né? Uma vida normal, né? Como... eu acho que eles tem um... essa é a qualidade de vida deles mesmo, essas práticas que a gente pode desenvolver, já que não tem a cura mas tem o tratamento bem adequado, né? Então, é só eles se cuidarem que eles vão conseguir ter uma qualidade de vida normal. (GA2P4)

[...] eu não tenho medo de falar, minha família sabe, minha família age normalmente, meus amigos, agem normalmente, mas não é todo mundo que aceita não. (GA3P8)

Durante as entrevistas, os profissionais transbordaram sentimentos de gratidão, realização e alegria diante do reconhecimento e valorização do seu trabalho, seja pela festa promovida para as crianças que vivem com HIV, quando conseguem criar um vínculo e ter a

confiança das pessoas, pelo modo como as pessoas saem se sentindo melhor após uma consulta do enfermeiro, e quando as pessoas com HIV/aids se sentem bem.

Então, assim oh! A gente tem um... Meu! É fantástico assim o jeito que os pacientes saem depois de uma consulta de enfermagem! Isso é de uma realização! Né? Por quê? Por mais que a gente, eu acho que no momento que tu fazes o atendimento, comparando com outros relatos de pacientes que já vem de outros Estados, outros municípios, eles relatam mesmo: “Meu Deus! Como aqui é diferente o acolhimento! A atenção, o cuidado, a preocupação com o paciente de fazer a carga viral, de correr, ir atrás”, né? Então a gente tem essa questão assim, ah, o paciente está em atraso na carga viral, a gente vai atrás, encaminha para a assistente social, ela faz busca ativa, né? (GA2P5)

Então, eu acho que isso é uma das coisas que mais nos... é a valorização do trabalho, é ver que tu conseguiu fazer um vínculo com o paciente, que ele confia em você. Então, para mim, uma das melhores situações de vida são essas! (GA1P9)

Então, eu me sinto bem se eles se sentirem bem também, né? Que a gente pode fazer para eles aqui na frente então... Eu acho que atender bem eles também, né? Que ninguém quer passar por isso, né? A gente se coloca no lugar deles. (GA2P6)

As melhores práticas que remetem à efetividade e à qualidade do atendimento e do tratamento implicam que a maioria das pessoas com HIV/aids esteja próxima a suprimir a carga viral e com o resultado do exame CD4 dentro de valores considerados bons, oferecer o melhor tratamento e monitorar se a pessoa está conseguindo seguir, desenvolver o cuidado da melhor forma possível e que tenha mais efeito, proporcione segurança para o paciente e o melhor resultado, ainda que em meio a entraves, e estar ciente que sempre é possível melhorar o cuidado. Ainda, poder falar para a pessoa que vive com HIV/aids sobre o diagnóstico, perspectivas, e dias melhores.

Eu acredito que... eu penso assim, melhores práticas seriam atividades que a gente desenvolve e que tem uma qualidade, né? Dentro de como desenvolver aquela prática, que ela seria uma... eu penso assim, seria uma melhor prática dentro daquele tema, que tem mais efeito, né? Que a gente vai ter um melhor resultado desenvolvendo daquela forma, eu penso assim. (GA1P24)

Então, é sempre estar levantando e incentivando e falando sobre o diagnóstico, perspectivas e dias melhores, porque acho que devemos ser pessoas que impulsionam, que elevam, né? Porque isso nos faz ter uma qualidade de vida melhor! (GA2P11)

A categoria “Alcançando a compreensão da importância do cuidado contínuo de si e do outro” vislumbra o autocuidado por meio de atitudes como tomar a medicação e usar o

preservativo, cuidar do corpo das outras pessoas com quem se relaciona sexualmente, a orientação sobre comportamentos de risco e outras IST, a importância e a gravidade do tema HIV/aids, e a observação de que casos de aids estão voltando a aparecer.

A motivação pessoal foi um aspecto ressaltado para o autocuidado. Pessoas com HIV/aids que estão motivadas buscam por informação, tem iniciativa para o autocuidado e promovem a própria qualidade de vida. O entendimento sobre os aspectos envolvendo a doença e os cuidados necessários, pode estimular a pessoa a se cuidar mais do que antes do diagnóstico e melhorar a própria condição de saúde. Quando o tratamento é realizado corretamente, a pessoa vive bem com HIV.

Olha, eu acho que isso vai muito na questão da motivação pessoal. Se eu sou motivado todos os dias a acordar de manhã e agradecer, e ver que eu tenho a vida, conseqüentemente ali eu vou ter uma qualidade de vida melhor. Isso não vai partir do outro, isso vai partir de mim! Então, se não partir de mim, quem é que vai tomar as minhas dores? Ninguém! Nem mesmo Deus, a espiritualidade, quem quer que seja, outro ser que exista no mundo, não vai fazer isso. O que eu vou encontrar é talvez uma pessoa que se diz amiga, que diz gostar, e passar alguns momentos ali comigo, mas depois ela vai embora e ali eu vou ficar sozinho de novo. (GA3P3)

[...] fez eu me cuidar mais! Hoje, eu tenho mais saúde do que antes, entende? (GA3P1)

Que sempre cuidem da sua saúde, né? Que sempre esteja certo com a sua medicação, que tudo vai dar certo, não vai trocar sua vida por tomar uma medicação todo dia, né? (GA3P2)

O uso do preservativo nas relações sexuais sinaliza um cuidado com o próprio corpo, e com o corpo e a vida da outra pessoa, mas também está impregnado por uma carga de opiniões divergentes acerca da importância do seu uso. Atualmente, o HIV/aids requer um cuidado por toda a vida e é imprescindível se proteger.

E assim, até a questão “será que esse paciente está se protegendo?” Porque muitos pacientes se revoltam e falam: “Bom, já que eu estou com HIV, eu peguei não sei de quem, eu também não quero nem saber”, tem muita gente que pensa desse jeito ainda. (GA1P20)

Eu acho que o importante é a pessoa se cuidar um pouco, tem que cuidar de você, cuidar dos outros, né? Tomar teu coquetel. Se tiver relação para fora, sempre se proteger, o teu parceiro, parceira, quem seja, né? [...] É isso aí, o importante é isso aí, né? (GA3P7)

Sempre que a pessoa tem um contato de risco, os serviços de saúde estão à disposição para atender, orientar, auxiliar a pessoa a pensar sobre como minimizar riscos e repetir os

exames regularmente. Os profissionais observam que há pessoas que têm certeza de que adquiriram o HIV e fazem o exame apenas para confirmar. A presença de uma ou mais IST como a sífilis constitui porta de entrada para o HIV porque significa que a pessoa não se protegeu.

E eu observava assim oh, inclusive, que muitas pessoas já chegavam com essa certeza, sabe? Tipo “eu tenho certeza que eu tenho, mas eu só preciso fazer o exame para eu ter ali, positivo no exame! (GA1P3)

[...] sífilis eu atendo uma por semana, um diagnóstico novo por semana, né? Ou reinfeção ou sífilis na gestação, né? Sífilis congênita. Enfim, a gente tem muito isso, muito! (GA1P12)

Daí quando eu fui no posto eu lembro que eles pediram para eu passar na sala. Daí eu fui lá com a psicóloga, foi ela quem me deu o resultado. Quando eu descobri que eu estava com HIV, eu descobri que estava com sífilis também. (GA3P1)

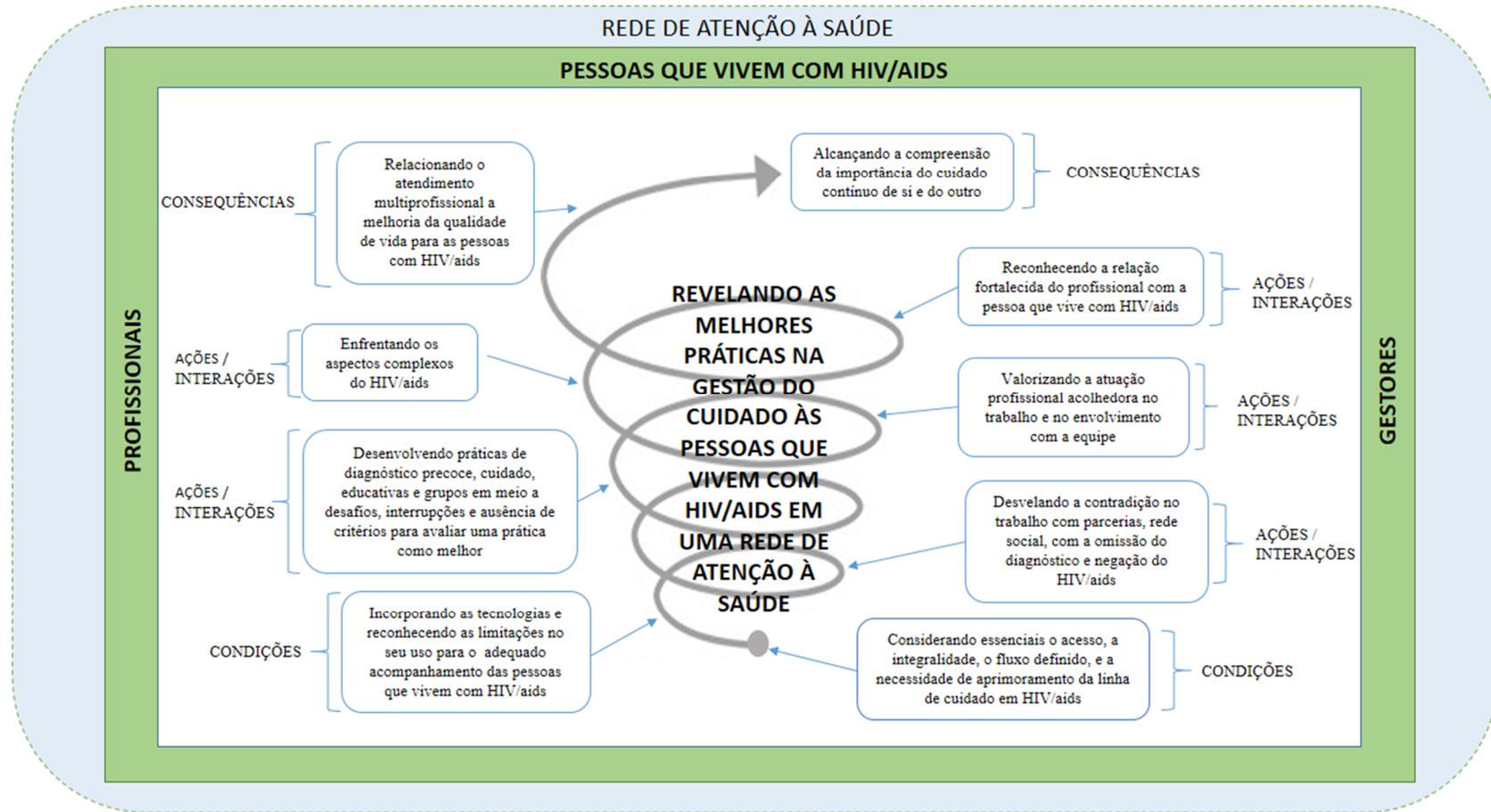
A gravidade do HIV e a sua importância também incorre em considerar o HIV/aids como um fator de risco que pode debilitar mais a pessoa em um processo infeccioso, por exemplo, contudo há pessoas que não estão atentas a prevenção porque não compreendem a gravidade da doença. Os profissionais afirmam que os casos de aids estão voltando a aparecer, e é marcante para eles identificar os sinais clínicos na pessoa ou necessidade de encaminhar direto para o hospital.

[...] eu acho que a coisa mais marcante é a parte das lesões, que tem algumas lesões características que o HIV apresenta, né? Nem tanto significativamente a questão dentária, né? Cárie, problema periodontal, que isso é uma condição de todos os pacientes podem apresentar, né? Mas existem algumas lesões brancas específicas da doença aids, né? E do paciente portador HIV positivo. (GA1P8)

E muitos dos nossos [origem dos emigrantes] chegam numa situação assim em hospital, né? Então, de todo tipo de doença que muito tempo não se vê relacionado ao HIV pelo tratamento eles tem, o que prejudica claro no geral o vírus continua circulando. (GA1P24)

O diagrama da Figura 8 apresenta o diagrama representativo das melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde.

Figura 8 – Diagrama das melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde.



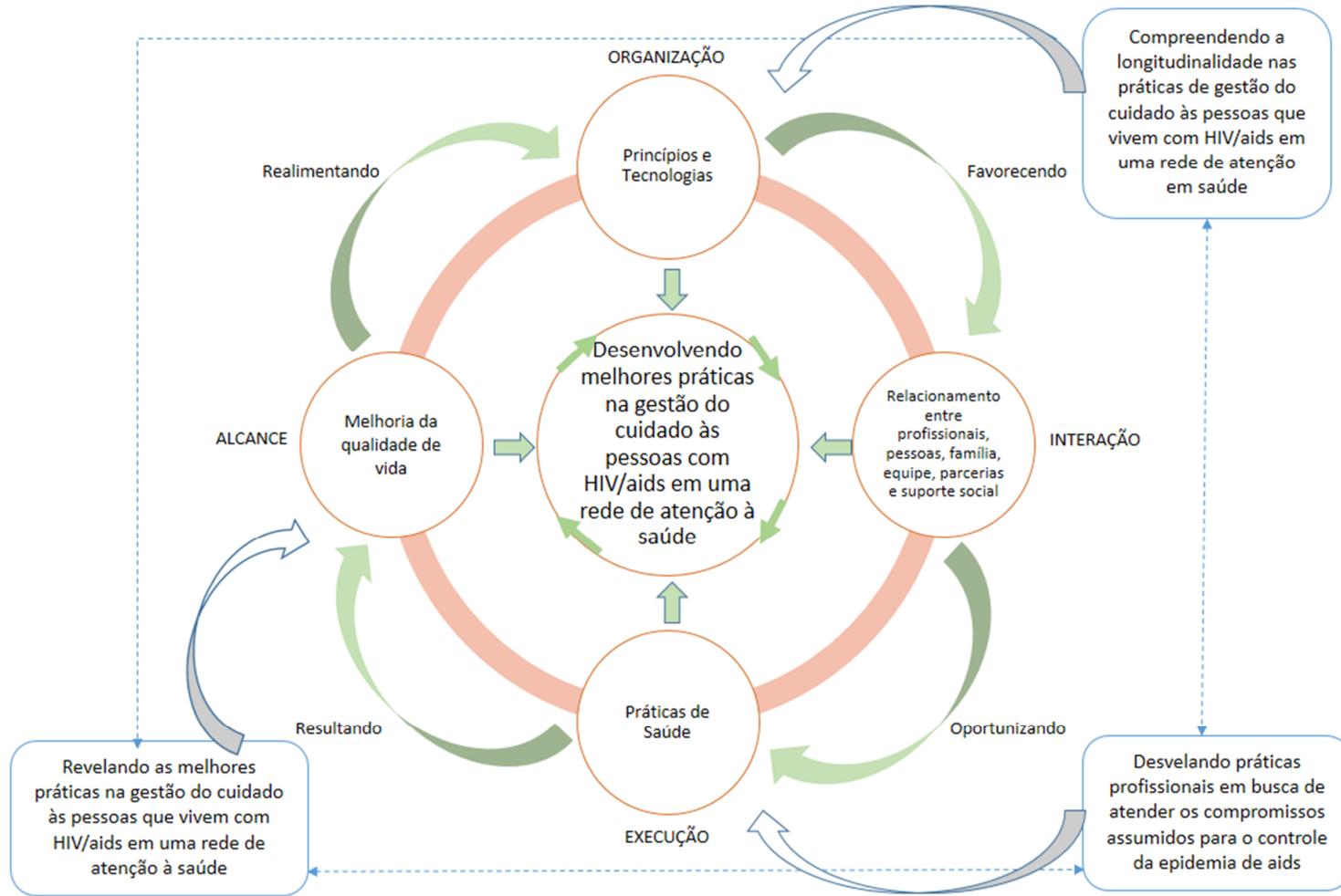
Fonte: Elaborado pela autora

5.6 MODELO TEÓRICO INTERPRETATIVO

A análise dos dados deu origem a três categorias centrais: “Compreendendo a longitudinalidade nas práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde”; “Desvelando práticas profissionais em busca de atender os compromissos assumidos para a o controle da epidemia de aids”; “Revelando as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde”. Essas três categorias deram origem ao modelo teórico interpretativo elaborado, convergindo entre si, e resultando na eclosão do fenômeno “Desenvolvendo melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids”.

O conjunto das subcategorias, categorias e categorias centrais que configuram o fenômeno, se revelam e acontecem numa linearidade ou sequência temporal e se entrecruzam atemporalmente e em momentos diversos, em condições, ações e interações, e em consequências múltiplas e complementares favorecendo, oportunizando, resultando e retroalimentando os princípios e tecnologias, o relacionamento entre profissionais, parcerias, equipe de saúde e pessoas com HIV/aids, bem como toda a sua rede social, composta por companheiro(a), família, amigos, vizinhos e colegas de trabalho, em diferentes contextos do micro, meso e exossistema, assim como no macrossistema composto pelas políticas de saúde e direitos a dignidade humana para a melhoria da qualidade de vida (Figura 9).

Figura 9 – Modelo teórico interpretativo das melhores práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde.



Fonte: Elaborado pela autora

Os princípios e tecnologias para que as melhores práticas sejam desenvolvidas estão constituídos com base na categoria central “Compreendendo a longitudinalidade nas práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde”, e na categoria central “Revelando as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde” no que se refere às duas categorias: “Considerando essenciais o acesso, a integralidade e o fluxo definido, e a necessidade de aprimoramento da linha de cuidado”; e “Incorporando as tecnologias e reconhecendo as limitações no seu uso para o adequado acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids”. Os princípios e tecnologias precedem a chegada da pessoa com HIV/aids nos serviços de saúde, requerem organização e planejamento, e estão presentes em toda a longitudinalidade das práticas de gestão do cuidado, e são condições atemporais para que as melhores práticas sejam realizadas, e favorecendo o relacionamento entre os coparticipantes do cuidado.

Ainda no que se refere à categoria central “Revelando as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde”, o relacionamento entre profissionais na equipe de saúde, pessoas com HIV/aids, parceiro(s)(a)(as), família, amigos, vizinhos e parcerias institucionais é concebido por meio de quatro categorias: “Desvelando a contradição no trabalho com parcerias, rede social, com a omissão do diagnóstico e negação do HIV/aids”; “Valorizando a atuação profissional acolhedora no trabalho e no envolvimento com a equipe”; “Enfrentando os aspectos complexos do HIV/aids”; e “Reconhecendo a relação fortalecida do profissional com a pessoa que vive com HIV/aids”. As ações e interações entre os coparticipantes do cuidado acontecem em meio a contradições como acolher e omitir, revelar e negar, reflexos da realidade dinâmica e complexa da sociedade, e ao mesmo tempo caracterizam a conjunção da multiplicidade de contextos em que são realizadas as práticas reconhecidas como as melhores.

A execução das práticas de saúde provém da categoria central “Desvelando práticas profissionais em busca de atender os compromissos assumidos para o controle da epidemia de aids”, e da categoria “Desenvolvendo práticas de diagnóstico precoce, cuidado, educativas e grupos em meio a desafios, interrupções e ausência de critérios objetivos para avaliar uma prática como melhor” que integra a categoria central “Revelando as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde”. A primazia na realização da diversidade de práticas profissionais se complementam e inter-relacionam, sobretudo nas ações e interações assistenciais e educativas, nas interações entre os coparticipantes do cuidado, que suportam a ordem, a desordem, as contradições e as incertezas, desvelando o tabu, o preconceito, a discriminação, o estigma, a ambiguidade entre o medo e a superação, e a

insuficiência dos sistemas de informação, admitindo que a desordem faz parte da ordem, e ao mesmo tempo impulsiona um movimento contínuo de ordem, desordem, interação e organização, que resulta no alcance da melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids.

A melhoria da qualidade de vida constitui a consequência das melhores práticas e tem origem nas categorias “Relacionando o atendimento multiprofissional e a melhoria da qualidade de vida para as pessoas com HIV/aids”, e “Alcançando a compreensão da importância do cuidado contínuo de si e do outro”, que integram a categoria central “Desenvolvendo melhores práticas de gestão do cuidado às pessoas com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde”. Mostra o atendimento multiprofissional qualificado, com vínculo, integral, longitudinal, que respeita a diversidade, vencendo o estigma e o preconceito acerca do HIV, respeitando a dignidade humana. Também um cuidado centrado na pessoa com HIV/aids, familiares e sua rede de apoio, que contribua para que essa pessoa se torne consciente sobre o cuidado de si e do outro. Acesso ao tratamento, com benefícios mútuos para os coparticipantes do cuidado, em especial para a vida dessas pessoas, favorecendo a adesão ao regime terapêutico. Ao mesmo tempo, os resultados obtidos com o alcance da melhoria da qualidade de vida retroalimentam os princípios e tecnologias, significando as melhores práticas em um movimento gerador que organiza, interage, executa e alcança, em constante aprimoramento, como um circuito recursivo em que os produtos e efeitos são causadores daquilo que os produz.

A compreensão dos significados atribuídos por profissionais e gestores em saúde que atuam na atenção primária à saúde e no SAE, bem como as pessoas que vivem com HIV/aids, sustentam a TESE: **A adoção de melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde requer a organização de princípios e tecnologias, favorecendo as ações e interações que envolvem o relacionamento entre profissionais, pessoas e sua rede social, e parcerias intersetoriais em diferentes contextos, e oportunizam a execução de práticas voltadas à complexa gestão do cuidado com respeito à dignidade humana, contribuindo para o alcance da melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids.**

Assim, as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids constituem um processo dinâmico em meio à interação entre profissionais e essas pessoas, com a complementariedade de diferentes perspectivas permeadas por certezas, incertezas, impotência e desejos de êxito nas práticas de saúde e no cuidado. É preciso considerar que a compreensão acerca de um resultado bem-sucedido ou do conceito sobre melhores práticas pode mudar em decorrência do contexto, das próprias pessoas, dos processos e do tempo. A

cada nova situação, considerando a diversidade de interações, existe uma melhor prática para aquele conjunto de pessoas envolvidas, dentro do contexto e dos recursos disponíveis. O profissional ou a equipe, em conjunto com a pessoa, fazem o que podem, o que sabem, o que conseguem, e o que está ao alcance de melhor com aquilo que há de melhor naquele momento. Portanto, apresenta-se na tese uma teoria substantiva, e assume-se a impossibilidade de generalizar os resultados.

Contudo, admite-se que esse modelo pode ser utilizado em outras realidades como um ponto de partida para a compreensão e análise, mas não significa que outras realidades apresentarão esse mesmo modelo sobre as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids, uma vez que as necessidades, as demandas, os desejos, e as expectativas mudam daquele conjunto de pessoas pode ser diferente. A essência dessa compreensão está na interação entre profissional e pessoa, na capacidade profissional de raciocínio clínico e crítico-reflexivo da realidade e do contexto de vida da pessoa, e na congruência que envolve a compreensão de ambos sobre o que é melhor e que a pessoa com HIV/aids aceita como melhor para o seu cuidado, efetivando desse modo o cuidado propriamente dito, e que ultrapassa os limites de padrões preestabelecidos.

Nessa relação, cabe ao profissional garantir o que de melhor puder fazer, usando evidências científicas acordadas entre ambos, uma vez que é preciso respeitar e considerar o protagonismo da pessoa no autocuidado. Para tanto, o profissional utiliza-se de diversas bases teóricas e evidências científicas inerentes ao campo da profissão, que otimizam um trabalho de acordo com as circunstâncias e perfil da pessoa, promovendo a qualidade e a segurança no atendimento.

5.7 A REPERCUSSÃO DA PANDEMIA DO COVID-19 NA GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS

Os resultados dos objetivos secundários do estudo já foram apresentados, contudo, devido ao contexto histórico atual, cabe uma breve inclusão de tópico relacionado às repercussões da pandemia de COVID-19 na atenção ao HIV/aids. Para tanto, utilizou-se os dados que emergiram por meio do questionamento: “Você poderia me contar como a pandemia interferiu nas suas práticas de cuidado e na gestão ao HIV/aids?”

A análise das entrevistas deu origem a seis categorias que serão apresentadas na perspectiva do pensamento complexo. Para Morin (2015), o ser humano complexo admite a ambiguidade e a certeza, é o reflexo e reflete a sociedade, e o conhecimento precisa organizar os fenômenos, então a desordem possibilita criar um lugar para o novo em um contínuo movimento de ordem, desordem, interação e organização.

A primeira categoria “Antes da pandemia” reflete essa ordem, de que tudo fosse como era antes, conforme a fala:

Todos os profissionais queriam assim que acordasse amanhã e não tivesse mais a pandemia pra gente voltar! Porque era muito bom (risos) trabalhar antes da pandemia e a gente poder trabalhar tudo! (GAIP24).

A desordem pode ser observada na segunda e terceira categorias respectivamente. Em “Deflagrando a descontinuidade na atenção à saúde e redução da detecção do HIV”, foram relatadas as interrupções de práticas, das ações de prevenção, a descontinuidade da atenção à saúde na APS, os prejuízos para o diagnóstico do HIV, e a diminuição da testagem rápida.

É, eu acho que com relação à pandemia a gente não teve um prejuízo só na parte de diagnóstico de HIV, né? A gente teve o prejuízo em todas as outras doenças, as doenças crônicas e todas as outras (GAIP23).

[...] não tem como avaliar substancialmente em números, se isso [pandemia] aumentou o número de pessoas com HIV ou não, mas com certeza várias doenças ficaram negligenciadas, inclusive o HIV! Com certeza! Se for fazer [um estudo], né? E tem várias pesquisas que vão mostrar esse efeito, da pandemia, vai aparecer! (GAIP24)

Na categoria “Reconhecendo alguns aspectos positivos da pandemia”, emergiram pontos positivos do trabalho durante a pandemia como a união da equipe de saúde, maior tempo para o atendimento das pessoas que raramente buscavam a Unidade de Saúde, o que foi possível pela diminuição da procura dos usuários pelo serviço de saúde, e aspectos positivos da testagem devido ao aumento da procura relatada por alguns profissionais.

Agora vindo com a COVID, principalmente, o pessoal está muito unido! [...]A gente está fazendo o acolhimento do usuário, a gente tá fazendo atendimento em consultório junto com o médico, com auxiliar de enfermagem. Então, acho que o trabalho interprofissional ganhou muito nisso, né? as práticas ganharam muito nisso. (GA1P10)

Eu acho que a pandemia nos colocou na porta da Unidade, né? fez a equipe trabalhar em conjunto, nos fez escutar mais os pacientes, porque como não está aquela loucura de 50, 60 pacientes ali, tu consegues escutar um por vez, só fica dentro da Unidade quem está recebendo atendimento, então não é aquele movimento tão grande. Eu acho que a pandemia foi bem positiva no acolhimento, na escuta, eu acho que ela nos facilitou, ela não nos dificultou esse sentido. (GA1P10)

[...] nessa época de pandemia houve muita busca de testes rápidos. Eu não sei se porque no isolamento houve um maior relacionamento entre as pessoas, ou porque as pessoas repensaram a existência nesse período, mas a gente teve muita procura de testes rápidos nesse período, sabe? (GA1P20)

A interação esteve presente na quarta e quinta categorias. Em “Vivenciando a adaptação nos processos de trabalho” emergiu a priorização do atendimento aos casos de COVID-19, a ampliação do horário de atendimento dos serviços, a criação de uma sala de isolamento na APS, e a reorganização dos fluxos de trabalho.

Na pandemia interferiu, interferiu bastante porque eu vi assim a pandemia como... ou nós nos concentrávamos na pandemia, ou nós nos concentrávamos no resto todo. Porque na pandemia, além dos pacientes com COVID que foram na minha Unidade foram muitos, meu Deus do céu! A gente não dava conta! (P20). Então a pandemia nos trouxe esse desafio, né? E a gente tá se adaptando, aos pouquinhos com vários erros, mas alguns certos, e vamos indo, tentando sempre, pensando no melhor para o usuário e para a equipe também que está ali trabalhando (GA1P12).

Além disso, foram utilizadas algumas estratégias pela equipe do SAE para adaptar seus processos de trabalho, como o consentimento da pessoa que vivem com HIV/aids para entrar em contato com as coordenadoras das Unidades de Saúde e enviar a medicação para retirada naquele local próximo da residência, atendimento por videochamada ou telefone, e mesmo o diálogo com a pessoa para encontrar uma solução adequada para a sua necessidade.

A gente verificava através daqueles relatórios que eu te falei. Ah, então atrasaram, a gente entrava em contato, se foi verificado que era por conta disso [pandemia] a gente tentou achar uma solução, né? Para que o paciente não ficasse sem o tratamento. (GA2P10)

Na categoria “Percebendo o distanciamento dos usuários e o sofrimento dos profissionais”, os profissionais relataram sobre o afastamento dos usuários da Unidade de Saúde

e o desconhecimento sobre o andamento do tratamento, bem como manifestaram suas incertezas, medos, tristezas, pontuando sentir necessidade de amparo psicológico. Para as pessoas que vivem com HIV/aids também foi marcante o sofrimento mental decorrente da pandemia.

A pandemia, eu acho que não só na questão do HIV mas, de modo geral, de todas as doenças... é a questão do afastamento, né? do afastamento do usuário. O isolamento, essa necessidade do isolamento, eu acho que afastou muito todos os usuários, né? (GA1P4)

A gente já estava assim... a gente já está fragilizado, agora estamos melhorando um pouco mas devido ao acúmulo de trabalho, a gente já ficou muito... e com medo também, né? Porque nós também temos família, nós também temos vida fora da Unidade, e tem muitos servidores que tem crianças pequenas então... E a gente como coordenação fica preocupado não só com você mas com toda a equipe! Eu via muitos, muitos funcionários trabalhando no seu limite (GA1P20).

Todo mundo foi afetado pela pandemia, né? Psicologicamente eu digo. E agora tem muita, muita, muita, assim um aumento da questão de pessoas com sintomas ansiosos, depressivos, precisando iniciar tratamento. Isso teve acho que é um aumento bem importante assim, é perceptível! GA2P2

A organização foi refletida na sexta categoria “Retomando as práticas em meio à pandemia”, em que os profissionais descrevem sobre esse momento e sobre a retomada efetiva da testagem rápida.

[...] a gente deixou de tratar preventivamente, de diagnosticar por causa da pandemia, e eu acredito que muitas coisas que estão vindo agora e casos bem complexos e bem importantes e até alguns assim bem graves já de algumas doenças, devido a pandemia teve esse atraso assim, e essa dificuldade, né? de acompanhamento, de encaminhamento, de... enfim. Mas que nada, agora vamos correr atrás do tempo perdido (GA1P22).

Eu percebi inclusive que, desde que a gente voltou a trabalhar as oito horas ali em dezembro, o número de pessoas procurando para realização do teste rápido aumentou bastante também, então acho que facilitou as pessoas... é estranho falar porque a COVID continua aí, mudou só a forma de atendimento! Mas as pessoas já entenderam que a gente voltou a trabalhar na Atenção Básica e estão buscando novamente a promoção e a prevenção, eu acho que isso é bem bacana, essa busca dos pacientes. (GA1P19)

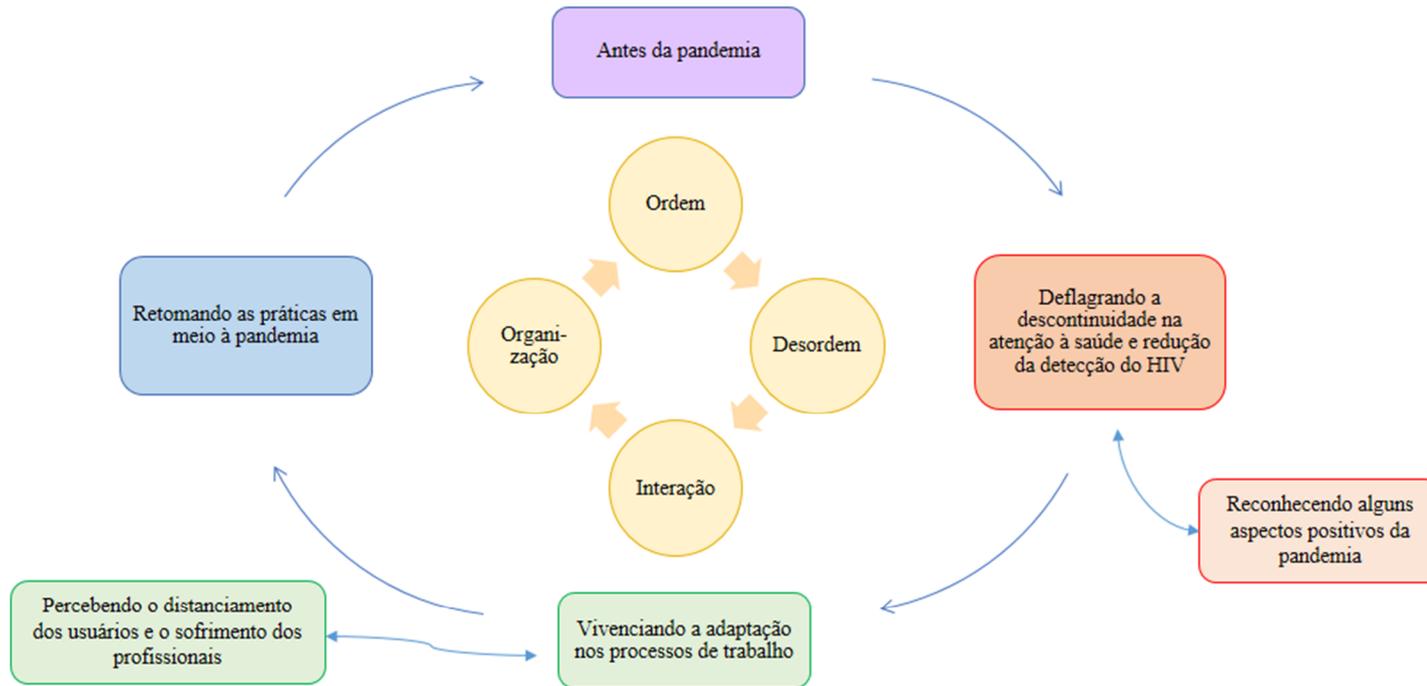
As falas dos profissionais afirmam que a pandemia trouxe repercussões, ocasionando a descontinuidade na atenção à saúde e reflexos na atenção às pessoas que vivem com HIV/aids, houve o distanciamento dos usuários e sofrimento dos profissionais, ainda que alguns aspectos positivos tenham sido identificados, foi necessária uma adaptação nos processos de trabalho, e

finalmente foram realizados esforços para a retomada gradativa das práticas em saúde e da atenção a essas pessoas. A Figura 10 ilustra a relação entre essas categorias.

A pandemia de COVID-19 acarretou a necessidade de respostas rápidas e assertivas, contudo, essa nova situação ocasionou uma desordem nas práticas de saúde devido às incertezas e ao medo. Os enfermeiros precisaram aprender a adaptar suas práticas, lidar com o acúmulo de tensões, e buscar manter ações essenciais como a testagem rápida para o HIV. Ainda, em muitos casos, no papel de coordenadores da Unidade Básica de Saúde da Família, os enfermeiros também precisavam apoiar a sua equipe de saúde.

Certamente, a pandemia de COVID-19 tem trazido várias aprendizagens, mas compreender a desordem e a ambiguidade como o espaço que se abre para o novo faz com que as mudanças ganhem um novo significado. Com o passar do tempo tudo se transforma, em alguns momentos pelo desejo de aprimoramento, mas em outros pela necessidade ou imposição de uma nova situação, que inquieta e incomoda. Assim, essa compreensão sobre a realidade complexa possibilita uma nova forma de ver o mundo em um movimento de unir e integrar que opera nas diferenciações e aprende com as próprias experiências.

Figura 10 – Diagrama representativo das repercussões da pandemia de COVID-19 na atenção às pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção à saúde.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

6 MANUSCRITOS

A fim de atender a Instrução Normativa 02/PEN/2021, os resultados e discussões estão organizados em três manuscritos científicos apresentando cada uma das categorias centrais, suas categorias, e subcategorias.

6.1 MANUSCRITO 1 – A LONGITUDINALIDADE NA GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

INTRODUÇÃO 1

A longitudinalidade do cuidado é um dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), que em conjunto com os demais atributos essenciais e derivados, ou seja, atenção ao primeiro contato, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária, e competência cultural, buscam superar desafios e oferecer uma atenção de maior qualidade para as pessoas, famílias e comunidades. A longitudinalidade é oferecida para as pessoas no transcorrer do tempo, com a construção de vínculos, corresponsabilização, acompanhamento da história de saúde, e uma atenção oferecida em meio às mudanças que ocorrem na vida das pessoas ao longo dos anos, independentemente da presença ou ausência de problemas relacionados ou não com doenças. As pessoas identificam a fonte de atenção como sua, uma relação por um período de tempo definido ou não (KESSLER *et al.*, 2019; STARFIELD, 2002).

A APS oferece a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em busca de atender as necessidades de saúde mais comuns, e serve como base para os demais serviços de saúde devido a sua proximidade e atuação no território onde as pessoas convivem (STARFIELD, 2002). A APS possui a responsabilidade pelo cuidado no transcorrer do tempo, e por isso pode ser considerada um recurso para a vida diária, refletindo uma relação de confiança entre usuários e profissionais, com diagnósticos mais precisos, maior adesão ao tratamento e resolutividade, além de condutas baseadas no indivíduo (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Assim, a longitudinalidade permite conhecer o usuário no seu contexto familiar e social, bem como seus comportamentos e problemas de saúde, o que torna possível desenvolver um planejamento de cuidados e intervenções adequados para um cuidado integral (KESSLER *et al.*, 2019). No Brasil, a expansão da APS vem sendo realizada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), principal modelo de reorientação desses serviços, que busca a consolidação da APS pela potencialidade de impactar positivamente na situação de saúde das

pessoas e coletividades, uma vez que oferece o cuidado qualificado por meio de equipes de trabalho multiprofissionais que atuam sobre um determinado território (BRASIL, 2017b).

A gestão do cuidado ofertada as pessoas na Rede de Atenção à Saúde (RAS) pressupõe a existência de dimensões como a individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, ou seja, permite voltar o olhar para toda a amplitude de inter-relações existentes e necessárias para que o cuidado seja efetivado (CECÍLIO, 2011), partindo do micro para o macrossistema, e iniciando pela porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde, a APS, por seu papel de ordenadora da RAS e considerada um local privilegiado para o desenvolvimento do cuidado (BRASIL, 2017b). As pessoas procuram pelos serviços de saúde por inúmeros e diferentes motivos, especialmente pelas condições crônicas devido à necessidade de contínuo monitoramento. O HIV/aids assumiu características de uma condição crônica, com um regime terapêutico acessível e a necessidade de um olhar diferenciado que suscite uma abordagem integral as pessoas que vivem com HIV/aids (COLAÇO *et al.*, 2019).

A dimensão do HIV/aids enquanto preocupação de saúde pública mundial pode ser rapidamente visualizada em termos numéricos. Em 2020, aproximadamente 37,7 milhões de pessoas viviam com HIV em todo o mundo, sendo que apenas 73% tiveram acesso ao tratamento, 1,5 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV, e 680 mil morreram por doenças relacionadas à aids (UNAIDS, 2022). No Brasil, foram notificados 381.793 casos de HIV, e os casos de aids totalizaram 1.045.355 entre 2007 e julho de 2021. Em 2020, foram diagnosticados 32.701 novos casos de HIV, detectados 29.917 casos de aids no país, e registrados 10.417 óbitos por causa básica aids (BRASIL, 2021a). O HIV/aids foi reafirmado como uma séria preocupação global durante a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2012) e na Agenda 2030 para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, a principal questão de pesquisa foi: Como se dá a longitudinalidade na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids? O objetivo delineado consistiu em conhecer a percepção de profissionais de saúde acerca da longitudinalidade nas práticas na gestão do cuidado as pessoas com HIV/aids na Rede de Atenção à Saúde.

MÉTODO 1

Foi desenvolvido um estudo de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva nos serviços de saúde da APS e SAE de um município prioritário. Trata-se do desenvolvimento de um dos objetivos específicos de um estudo de tese de doutorado intitulado “Melhores Práticas

na Gestão do Cuidado às Pessoas que vivem com HIV/aids na Rede de Atenção à Saúde”. Utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados na vertente Construtivista (TFDC) como referencial metodológico. Na TFDC os dados são construídos em meio à interação entre as pessoas cujas expressões traduzem a construção da realidade (CHARMAZ, 2009).

A cidade onde foi realizado o estudo possui uma população estimada em 227.587 habitantes (IBGE, 2021), e é considerada polo agroindustrial do Sul do Brasil (CHAPECÓ, 2021). A APS possui uma cobertura populacional de 89,24% de saúde da família, 69,03% de saúde bucal, 80,11% de agentes comunitários de saúde, e cinco equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídos em 26 Centros de Saúde da Família (CSF), além dos serviços especializados, urgência/emergência e hospitalar (CHAPECÓ, 2021).

Para o atendimento em HIV/aids, o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) possui uma equipe multiprofissional e é referência para 36 municípios em: atendimentos individuais e o Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH) para as pessoas que vivem com HIV/aids e seus parceiros sorodiferentes; aconselhamento e testagem para HIV, sífilis e hepatites B e C (também realizado na APS); atendimento e acompanhamento da investigação de crianças expostas ao HIV pela transmissão vertical; consultas em infectologia; indicação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) em casos de violência sexual, exposição ocupacional e relações sexuais consentidas em que não houve o uso do preservativo; ações preventivas junto a empresas/instituições; e possui uma Unidade Dispensadora de Medicamentos (CHAPECÓ, 2021).

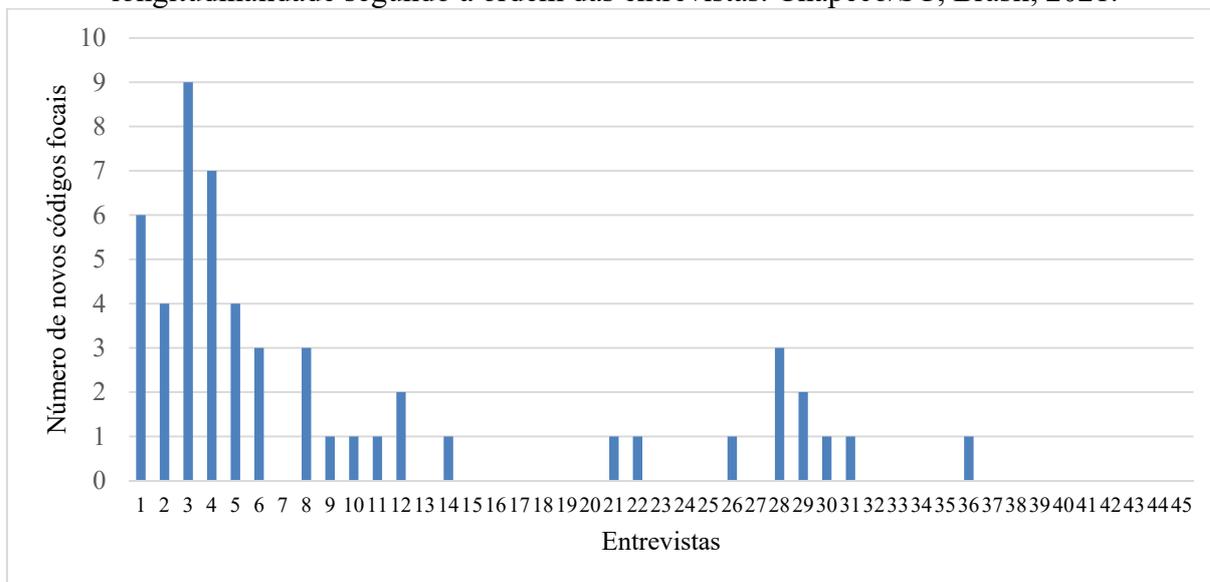
Nesta pesquisa, os participantes da pesquisa constituíram três grupos amostrais ao longo da coleta e análise dos dados, que foi realizada de modo cíclico até a saturação dos dados. O primeiro grupo amostral ou amostragem inicial, foi composto por 24 profissionais que atuavam nas equipes de saúde da família de 19 CSF, o segundo grupo amostral teve a participação de 11 profissionais que atuavam no SAE, e o terceiro grupo amostral com 10 pessoas que vivem com HIV. Para o primeiro e segundo grupo amostral os critérios de inclusão foram atuar no serviço em que se encontravam no momento da coleta de dados há pelo menos seis meses, e realizar algum tipo de ação ou atendimento relacionado ao HIV/aids ou coordenar/gerenciar os respectivos serviços. Os critérios de exclusão de profissionais e gestores foram: estarem afastados do serviço por qualquer motivo durante o período de realização da coleta de dados, ou não estar desenvolvendo suas atividades regularmente por um período superior a dois meses à data de coleta de dados, independente do motivo. Para as pessoas que vivem com HIV, foram convidadas a participar do estudo as maiores de 18 anos, com

autonomia plena, que falassem o idioma português ou inglês, residissem no município onde foi desenvolvido o estudo, e já tivessem aderido ao tratamento ou em acompanhamento regular.

Os dados foram coletados entre os meses de agosto de 2020 e novembro de 2021, por meio de entrevistas em profundidade e com o apoio de um instrumento semiestruturado. A principal questão do estudo foi: Você poderia descrever como as pessoas que vivem com HIV/aids utilizam os diferentes serviços da rede de atenção à saúde ao longo do tempo? As entrevistas foram previamente agendadas, e devido ao distanciamento social imposto pela pandemia de COVID-19 foram utilizadas diferentes ferramentas: videochamada via *Microsoft Teams*®; aplicativo de gravação de voz com o auxílio do celular para as entrevistas presenciais; gravação diretamente em chamada por telefone celular; e aplicativo de gravação de voz em meio a videochamada de *WhatsApp*®. Após o aceite do participante, os dados foram gravados, transcritos com o auxílio do software *Microsoft Word*® 2013, e inseridos no software *Atlas.ti versão 9*® que permitiu o armazenamento, gerenciamento e recuperação os dados de modo a favorecer as comparações. Foram escritos memorandos e diagramas durante todo o processo de análise.

A análise dos dados foi realizada concomitantemente à coleta dos dados, sendo utilizadas as fases de codificação inicial, focalizada, axial, e teórica (CHARMAZ, 2009), até o momento em que os dados foram considerados saturados e principais categorias e categorias centrais estavam consolidadas (CHARMAZ, 2009; FONTANELLA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2019). Considera-se que a saturação empírica findou após três entrevistas consecutivas não apresentarem novos dados, o que foi observado na 39ª entrevista, conforme ilustra a Figura 11.

Figura 11 – Distribuição do número de novos códigos focais relacionados ao tema longitudinalidade segundo a ordem das entrevistas. Chapecó/SC, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados foram validados por meio da validação comunicativa em três etapas: leitura e conferência da transcrição da sua entrevista por cada participante; entrevista com quatro avaliadores, sendo uma pessoa que vive com HIV e três profissionais de saúde, um proveniente da APS, um do SAE, e um da gestão não participante da entrevista para a coleta dos dados; e, finalmente, foram entrevistadas duas *experts* em TFD (SOUZA, 2010; STRAUSS; CORBIN, 2008).

A pesquisa respeitou todos os aspectos éticos preconizados pelas Resoluções nº 466/12, 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, bem como o OFÍCIO CIRCULAR nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS que trata dos procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer Consubstanciado número 3.956.203/2020, e CAAE número 29839720.1.0000.0121.

RESULTADOS 1

A análise dos dados deu origem a oito categorias que convergem para a categoria central “Compreendendo a longitudinalidade nas práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde”.

A primeira categoria “Contemplando o acesso das pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção à saúde”, revela que o acesso das pessoas com HIV/aids aos serviços de

saúde é facilitado porque elas têm prioridade no atendimento, exceto quando não relatam na APS que vivem com HIV/aids. Durante a pandemia de COVID-19, a organização dos serviços foi adaptada em busca de que o acesso pudesse ser mantido, mas houve prejuízos porque o atendimento foi restrito ao essencial.

Então assim, eu vejo que eles tem na verdade uma abertura para a Rede toda. (GA1P10)

Então, eu acho que, da metade do ano [2021] para cá que começou a normalizar um pouco mais, a agenda ficar mais cheia, porque muitos pacientes não vinham por medo mesmo, ou também não tinham transporte uma época. Então, o pessoal, a gente até aconselhava, né? Quem puder ficar em casa fique em casa, né? Que para a gente também é algo desconhecido. (GA2P7)

A categoria “Considerando o acolhimento como um momento único” considera o acolhimento como um aspecto fundamental para o cuidado. Vários serviços de saúde acolhem bem as pessoas com HIV/aids, e os profissionais e gestores enfatizam que o acolhimento é importante para a adesão ao regime terapêutico, porque é um momento único, e precisa ser realizado sem qualquer preconceito acerca das experiências de vida da pessoa com HIV/aids.

E acolhe. Então, esse é um momento único, né? Onde o usuário perde o chão, alguns tem uma fase de aceitação mais rápida, e nós no Setor [SAE] estamos aqui para ajudar eles a passar, né? A superar esse momento mas com maior fortalecimento possível. (GA2P11)

Então, acredito que a questão do acolhimento faça a total diferença para ter uma adesão medicamentosa, um controle. (GA1P21)

A categoria “Compreendendo os fluxos de encaminhamento da pessoa com HIV/aids na atenção primária à saúde”, apresenta que existem fluxos definidos com articulações entre os diferentes serviços de saúde. As pessoas com HIV/aids são encaminhadas para o SAE com os resultados dos testes, documentos, carteira de vacinação, preventivo se mulher, e avaliação de saúde bucal, de acordo com o fluxograma. Esse encaminhamento é realizado principalmente pelo profissional enfermeiro que é considerado o profissional de referência para o aconselhamento, testagem e encaminhamento das pessoas que vivem com HIV/aids para o SAE. Mas, também há pessoas com HIV/aids que procuram o SAE porque querem que o seu atendimento seja encaminhado prioritariamente nos diferentes serviços de saúde.

[...] então a partir do momento que der positivo a gente pede as sorologias, e então, [retorna] para a coleta laboratorial e daí vem depois para confirmar de novo, né? Mais uma coleta, mais uma amostra para coleta para dar

definitivamente o diagnóstico e a partir daí então fazer o encaminhamento para o SAE, né? Mas aí, ele já tem que ir com cartão vacinal, já tem que levar junto a avaliação odontológica, né? Além dos exames e tal... (GA1P16)

Quando a pessoa está sendo atendida pela equipe de saúde bucal da APS e existe qualquer suspeita de HIV/aids, ela é encaminhada para o Centro de Referência em Odontologia (CEO) para que seja realizado o diagnóstico, e após isso, a pessoa segue com o seu atendimento odontológico na Unidade de Saúde de origem.

Já faço tudo, que aí ele já avalia e tal, e depois provável... o próprio CEO já direciona na sua Unidade, para a Unidade do paciente que no caso é a minha, né? E daí, já vai para o médico para começar todos os trâmites. (GA1P8)

Na categoria “Conhecendo os fluxos e articulações do SAE para o atendimento das pessoas que vivem com HIV/aids” observa-se que o SAE também encaminha as pessoas com HIV/aids para diferentes pontos da RAS, e queixas não relacionadas ao HIV são encaminhadas para a APS, na respectiva Unidade de Saúde de origem. Os profissionais e gestores acreditam no trabalho conjunto e articulado entre APS e SAE, mas também do SAE com outros serviços como a Clínica da Mulher para o atendimento de gestantes.

Então, a gente [SAE] tem além do atendimento, o encaminhamento para outros setores, tipo CAPs, a [Atenção] Especializada, hospital, a gente tem gestante [atendidas também pela Clínica da Mulher], tem os parceiros soro diferentes, as crianças, né? Que a gente tem que acertar essa rede de atendimento e encaminhar. (GA2P11)

Na categoria “Percebendo a interrupção do vínculo da pessoa com HIV/aids com a atenção primária à saúde” assume-se que existe uma interrupção do vínculo da pessoa com HIV/aids e a APS devido à centralidade do regime terapêutico ser desenvolvido pelo SAE, mas existe a compreensão de que essas pessoas também são responsabilidade da APS, ainda que no SAE esteja claro que a pessoa é de todos os serviços. Afirma-se ainda que há necessidade de maior integração entre APS e SAE, e que a troca de profissionais interfere no vínculo com as pessoas.

Ahm, que também não aconteça assim muita troca de profissionais, até para estabelecer melhor o vínculo do usuário, né? Até a equipe lá especializada tem pouca troca, né? Fica mais o especialista. Enfim, a referência lá! É... mas as vezes nas Unidades acaba trocando por um motivo e outro. Então, tu imagina, né? Eu penso, o usuário vem num dia é um profissional, no outro dia é outro. A quebra, né? Quebra o vínculo e toda vez ele vai ter que explicar tudo de novo, ou o profissional vai ter que ler todo o histórico, conhecer todo o histórico do usuário. (GA1P12)

Em “Evidenciando que o acompanhamento da pessoa com HIV/aids na atenção primária à saúde depende da iniciativa desses profissionais”, anuncia-se que existe uma obstinação para o desenvolvimento de iniciativas profissionais pontuais para o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids na APS. Esses profissionais se colocam à disposição das pessoas para atendê-las e acreditam que o acompanhamento poderia ser feito na APS, mas é preciso padronizar condutas e conhecer o histórico da pessoa com HIV/aids.

Não posso falar pela Unidade no geral, porque a gente acaba separando por áreas, né? Então, tem [número] áreas, a gente adota cada enfermeiro USF [Unidade de Saúde da Família], adota uma forma de acompanhamento, e também de outros pacientes doentes crônicos. (GA1P6)

Tenho mesmo que abordar o usuário e questionar diretamente para ele porque se não... não consigo ver no histórico dele, né? (GA1P10)

Na categoria “Reconhecendo o SAE como uma referência e sua qualidade no atendimento” observa-se que o atendimento em HIV/aids é realizado de modo centralizado no SAE no município do estudo. A equipe multiprofissional que atua no SAE busca desenvolver um trabalho resolutivo, em que transpareça a qualidade e a disponibilidade para o atendimento e condução do regime terapêutico. Abrange o atendimento clínico especializado em infectologia, consulta do enfermeiro, atendimento psicológico para a pessoa e familiares, de serviço social, farmacêutico, atendimento de enfermagem e administrativo, que entre as diversas atividades realiza também a busca ativa de pessoas com baixa adesão e abandono. O SAE é referência para 36 municípios da região, mas acredita-se que é preciso divulgar mais o serviço porque ainda é pouco conhecido, e algumas pessoas o encontram pela internet. Apesar de o serviço centralizado ser considerado algo positivo para o atendimento dessas pessoas, existe o receio de que frequentar um serviço específico rotule as pessoas que vivem com HIV/aids.

[...] o nosso setor então é referência, a gente faz... é encaminhado todos os testes positivos da rede tanto privada como do SUS, são encaminhados para nós. Aqui a gente faz, recebe eles, acolhe, tem o acompanhamento depois com a medicação, com psicólogo, ahm, é feito um acolhimento então com esse paciente, orientação, e... é feito dessa forma, né? (GA2P3)

Muito bem atendida! Tanto medicação, nunca faltou, psicólogo, assistente social, sempre que eu precisei eu tive um atendimento, eu tive um retorno deles [SAE]. (GA3P1)

Em “Conferindo importância ao regime terapêutico da pessoa com HIV/aids”, profissionais, gestores e pessoas que vivem com HIV/aids reconhecem que as ações precisam melhorar, mas são realizados esforços para que a pessoa siga o regime terapêutico, entre eles, o monitoramento da retirada de medicamentos, a realização de exames no SAE, a busca ativa de pessoas com baixa adesão ou abandono, além de ter sido iniciada a migração do prontuário físico para o eletrônico no SAE. Ainda, verificou-se que profissionais e gestores sentem a necessidade de que haja a interligação do prontuário eletrônico com a APS, e os profissionais da APS se preocupam com o registro do diagnóstico no prontuário.

Aqui [no SAE] já tenho dois meses que posso controlar aqui porque já estava acabando a minha medicação e aí eu fui lá e sempre me chamam quando eu tenho que buscar a medicação e tudo isso. Sempre está em dia as minhas coisas, a minha saúde, né? (GA3P2)

O acesso aos serviços, o acolhimento, com fluxos de atendimento e relação entre os serviços e sua articulação, oferecendo um cuidado multiprofissional e referenciado, com todas as suas ações e interações, caracteriza a importância da longitudinalidade para a adesão ao tratamento e um cuidado qualificado às pessoas com HIV/aids.

DISCUSSÃO 1

Os atributos da APS criam uma expectativa de que ela se configure como primeiro contato no sistema de saúde e coordene o percurso do usuário em toda a RAS ao longo do tempo nas variadas condições de saúde, incluindo indivíduos, famílias e comunidades (MELO *et al.*, 2021). A longitudinalidade no cuidado, enquanto atributo da APS, contribui para a criação de confiança, laços interpessoais e corresponsabilização entre os profissionais e a pessoa que vive com HIV/aids ao longo do tempo, potencializando o diagnóstico precoce e a integralidade (GUEDES *et al.*, 2021).

A capilaridade territorial e o papel destacado no acesso conferem à APS condição destacada para que o Ministério da Saúde recomendasse a partir dos anos 2000, a implantação de modelos descentralizados com estratificação de risco para o cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids, incluindo aquelas em uso da terapia antirretroviral (MELO *et al.*, 2021), ampliando o escopo de ações ofertadas pela APS (CAIXETA *et al.*, 2021). O acesso equitativo para todos os usuários e sem o advento de práticas estigmatizadas contribui para o diagnóstico precoce favorecendo a implementação das políticas de saúde para resposta ao HIV/aids (GUEDES *et*

al., 2021). No presente estudo, o acesso das pessoas que vivem com HIV/aids aos diferentes serviços foi contemplado como um aspecto imprescindível a ser considerado para a realização de melhores práticas.

A APS possibilita maior acesso e vínculo com o sistema de saúde, permitindo a adoção de estratégias voltadas a intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais, a chamada prevenção combinada, sendo fundamental para a melhoria do atendimento das pessoas que vivem com HIV/aids. Além disso, o contexto da APS favorece o desenvolvimento de ações de educação em saúde, promoção, prevenção, diagnóstico precoce, e adoção do regime terapêutico em tempo oportuno, aumentando o controle sobre a evolução da doença (PINHO *et al.*, 2020).

Além do acesso, outro aspecto primordial apontado foi o acolhimento das pessoas que vivem com HIV/aids quando buscam os serviços de saúde. O acolhimento é considerado como um momento único que precisa ser livre de preconceitos de modo a oportunizar o vínculo entre pessoa e profissional, a ética, o respeito à dignidade humana e a adesão ao regime terapêutico. O acolhimento é um momento significativo para o diagnóstico e requer habilidade profissional para a resolução das demandas apresentadas por meio de uma postura ética, estética e política. Ética porque respeita a forma como o outro conduz a própria vida, estética porque admite a invenção de novas formas criativas de fazer, e política porque envolve o comprometimento com a coletividade, potencializando as vivências construtivas. Simultaneamente, o acolhimento constitui uma ferramenta tecnológica que potencializa a escuta, fortalece os vínculos e a corresponsabilização pelo cuidado, a fim de promover a integralidade da assistência (CAIXETA *et al.*, 2021).

No cenário do estudo, as pessoas que vivem com HIV/aids são encaminhadas para o Serviços de Atenção Especializada (SAE) para dar seguimento ao regime terapêutico, cabendo à APS viabilizar o acesso, realizar o acolhimento, o aconselhamento, e a testagem. Uma recente experiência de descentralização no Rio de Janeiro, Brasil, realizada com profissionais de saúde, apresenta que atuar na APS é abraçar tudo o que vem com ela porque a APS acompanha as pessoas, e muitas vezes, elas já têm um vínculo estabelecido, e encaminhar para outro serviço poderia interromper esse vínculo, além de não considerar razoável a triagem das pessoas conforme as patologias que apresentam (MELO *et al.*, 2021). Essa interrupção do vínculo também foi observada no presente estudo. O atendimento centralizado na assistência especializada favorece a fragmentação do cuidado que está relacionada à desarticulação na comunicação intersetorial na RAS, e representa um problema em âmbito nacional e internacional (GUEDES *et al.*, 2021). Além disso, podem ser consideradas barreiras de

coordenação do cuidado a ausência de prontuários eletrônicos integrando e compartilhando informações clínicas entre os serviços de saúde (KLEINUBING *et al.*, 2021).

No Brasil, historicamente, a assistência às pessoas que vivem com HIV/aids foi consolidada como responsabilidade dos serviços especializados, a testagem realizada nos Centros de Testagem e Aconselhamento, e a prevenção em parceria com as Organizações Não Governamentais (ONG) (COLAÇO *et al.*, 2019). A atuação da APS era limitada à prevenção e somente em 2012, inicia a testagem (MELO *et al.*, 2021). Gradativamente, vem sendo realizada uma mudança no modelo de atenção ao HIV/aids que era centrado nos SAE. Mais recentemente, o Ministério da Saúde lançou uma coletânea de materiais sobre HIV/aids na APS, e tem promovido a divulgação de práticas exitosas (BRASIL, 2014b; 2017e; COLAÇO *et al.*, 2019). Apesar desses esforços, existem dificuldades para a instrumentalização dessa proposta, entre elas: a formação dos profissionais a respeito do HIV/aids; risco de quebra de sigilo; excesso de demanda; quantitativo insuficiente de recursos humanos; e dificuldades para a articulação na RAS (COLAÇO *et al.*, 2019).

O SAE representa um ponto fundamental na RAS, contudo não é o único, e por isso é preciso a cooperação entre os serviços e compartilhamento de ações para a qualificação do cuidado. O desenho da linha de cuidado em HIV/aids requer o suporte e matriciamento do SAE para a APS, bem como o atendimento compartilhado entre ambos, a fim de oportunizar maior acesso dos usuários (KLEINUBING *et al.*, 2021).

A descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV que já conhecem o seu diagnóstico pode oportunizar que a pessoa possa escolher o serviço onde deseja realizar o acompanhamento em virtude do vínculo que possui com os profissionais, mas apesar de parecer a ideal, é preciso prudência. É preciso compreender as necessidades da pessoa devido a sua condição clínica, bem como os desafios do território, como o risco de discriminação e estigma por morar e ser atendido na mesma localidade, como as violências e até expulsão do território. Além disso, é preciso considerar dificuldades dos profissionais no aconselhamento e na revelação do diagnóstico, a gestão do sigilo, problemas de acesso devido à elevada demanda na APS, e centralidade do atendimento em apenas um profissional, ou mesmo a pessoa se sentir mais amparada ao ser atendida por um especialista. Desse modo, os desafios a serem considerados são de ordem técnica, política, organizativa, ética e moral, ainda que se apresentem propostas novas e promissoras relacionadas ao acesso e a vinculação com a APS (MELO *et al.*, 2021).

Entre os aspectos considerados estressores e que preocupam as pessoas que vivem com HIV/aids estão a confidencialidade e discriminação, o que faz com que essas pessoas sintam

dificuldades para revelar o seu status sorológico, sintam emoções angustiantes quando recebem o diagnóstico, como o medo de infectar outras pessoas, além da atenção excessiva aos aspectos físicos (HUANG *et al.*, 2020). A participação das pessoas que vivem com HIV/aids nas decisões relacionadas ao seu regime terapêutico é essencial para ampla compreensão, aceitação e inclusão desse regime em sua vida (SOUZA *et al.*, 2019).

No Brasil, o acesso aos antirretrovirais é gratuito e universal, o que favorece a adesão, e o sistema de distribuição é considerado um modelo com destaque internacional. A terapia antirretroviral reduz a morbimortalidade por meio da supressão da carga viral, o que retarda ou evita o aparecimento da imunodeficiência (FREITAS *et al.*, 2018). Em países de baixa e média renda, a OMS estabeleceu diretrizes para lidar com a alta carga de HIV/aids, buscando garantir o uso de recursos de modo eficiente e obter os melhores resultados para os pacientes (OKUSANYA *et al.*, 2022). Além disso, iniciativas como a entrega domiciliar de medicamentos por meio de diferentes formas como bicicleta, Uber, e patinetes, estão entre as inovações adotadas a partir da pandemia COVID-19 que buscam assegurar a continuidade do tratamento (BREY *et al.*, 2020).

Para os casos de baixa adesão ou abandono, é realizada a busca ativa, a qual pode ser considerada uma estratégia para estabelecer um vínculo entre a pessoa e o serviço de saúde, conhecendo a sua situação de vida e os motivos que a levaram a essa interrupção, desenvolvendo intervenções para que haja a retomada do regime terapêutico e a promoção da saúde (VALLORY *et al.*, 2018). A infecção pelo HIV tornou-se uma condição crônica cujo tratamento foi simplificado com medicamentos de primeira linha que são mais toleráveis e com menos interações medicamentosas, facilitando o seu manejo mesmo pela APS, e de acordo com o disposto no “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis”, que foi publicado em 2020, pelo Ministério da Saúde do Brasil (PINTO NETO *et al.*, 2021).

Neste estudo, a longitudinalidade do cuidado concretiza-se em meio a uma relação complexa, em que a interação entre os protagonistas do cuidado abarca uma diversidade de compreensões onde a ordem dá lugar à desordem e assim abre-se espaço para o novo e ao mesmo tempo admite-se a ambiguidade. O modelo centralizado do cuidado em HIV/aids interfere no vínculo com a APS, indicando que a linha de cuidado pode ser aprimorada e o acompanhamento da condição de saúde pode ser compartilhado, mas, ao mesmo tempo, convida à reflexão sobre um vínculo que é estabelecido com base em uma única condição crônica e não no acompanhamento da história de saúde ao longo do tempo, como se uma condição específica definisse a pessoa.

Cabe destacar que a longitudinalidade requer a multiprofissionalidade no cuidado em meio à articulação entre os serviços de saúde para promover o adequado acesso, acolhimento, vínculo, atendimento, organização dos fluxos e registros, de modo a oferecer a atenção necessária para que a pessoa compreenda a importância da adesão ao regime terapêutico e alcance a qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS 1

A longitudinalidade nas práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids na Rede de Atenção à Saúde em que o estudo foi realizado, ocorre em meio a uma relação com interações complexas, e se apresenta como um atributo que é desenvolvido essencialmente no Serviço de Atenção Especializada, ainda que a Atenção Primária também ofereça acesso, acolhimento, aconselhamento e diagnóstico precoce, e observa-se uma interrupção do vínculo dessas pessoas com a Atenção Primária. Contudo, em alguns casos os profissionais de saúde empenham esforços e iniciativas mais pontuais, tentando manter o vínculo, mesmo diante de incertezas.

Essa interrupção do vínculo vem na contramão do sugerido nas políticas públicas, no que se refere ao papel da Atenção Primária como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, caracterizando uma atenção centralizada na Atenção Especializada, que pode ser compreendida devido à historicidade das políticas voltadas à assistência ao HIV/aids. Esse modelo centralizado de cuidado certamente reflete a realidade de muitos cenários brasileiros e pode ser considerado como uma herança de muitas lutas que conquistaram importantes benefícios para a qualidade de vida dessas pessoas, conferindo ao Brasil o reconhecimento internacional pelos avanços obtidos.

Assim, faz-se necessário refletir sobre essa dicotomia porque qualquer mudança de modelo assistencial requer diálogo, colaboração, organização da linha de cuidado, capacitação e educação permanente. Além disso, as demandas e necessidades das pessoas envolvidas no cuidado precisam guiar qualquer tomada de decisão sobre os avanços possíveis em meio ao modelo instituído. Ainda, repensar critérios como a adscrição das pessoas ao território ou à vinculação, que considera os vínculos entre pessoas e profissionais, também precisam ser considerados para a proposição de novos caminhos, bem como desafios de ordem técnica, política, organizativa, e ética, admitindo a necessidade de uma visão plural para interpretar o ser humano.

Entre as limitações do presente estudo, pontua-se que na Atenção Primária, houve a participação de poucos profissionais não enfermeiros, o que pode ocultar o acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/aids por outros profissionais de saúde, circunscrevendo e direcionando os resultados para uma única categoria profissional. E, entre as contribuições, destaca-se que o conhecimento em profundidade da realidade existente nos serviços de saúde possibilita identificar obstáculos a serem transpostos, como a interrupção do vínculo e um cuidado centrado na Atenção Especializada, em busca da ampliação do acesso, superação de um modelo fragmentado de cuidado e do estigma que envolve a infecção pelo HIV e a aids.

Espera-se que o presente estudo possa colaborar com a reflexão e ação de profissionais e gestores para a tomada de decisões acerca dos possíveis melhores caminhos a serem trilhados, a fim de que profissionais e equipes sejam cada vez mais fortalecidos e possam ampliar e potencializar as práticas de cuidado e gestão, refletindo isso na sociedade, de modo a contribuir para a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids.

REFERÊNCIAS 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico. HIV / Aids, 2021.** 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021> Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Kit HIV/Aids na Atenção Básica - Material para Profissionais de Saúde e Gestores - 5 passos.** 2017e. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/kit-hiv-aids-na-atencao-basica-material-para-profissionais-de-saude-e-gestores-5-passos> Acesso em: 18 mai. 2022.

BRASIL. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** UNIC Rio. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf> Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica.** Brasília (BR): MS; 2014b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hiv-aids-na-atencao-basica> Acesso em: 18 mai. 2022.

BRASIL. Rio+20. Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável. **Declaração final da conferência das Nações Unidas sobre desenvolvimento sustentável (RIO + 20)**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://riomais20sc.ufsc.br/files/2012/07/CNUDS-vers%C3%A3o-portugu%C3%AAs-COMIT%C3%8A-Pronto1.pdf> Acesso em: 04 ago. 2022.

BREY, Zameer; MASH, Robert; GOLIAS, Charlyn; ROMAN, Darrin. Home delivery of medication during Coronavirus disease 2019, Cape Town, South Africa. **African Journal of Primary Health Care and Family Medicine**. v. 12, n. 1. Available at: <https://journals.co.za/doi/abs/10.4102/phcfm.v12i1.2449> Access on: Jul. 28, 2022.

CAIXETA, Elcimar dos Reis *et al.* Percepção dos enfermeiros quanto ao acolhimento às pessoas que realizam o teste rápido de HIV. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 29, e61479, p.1, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.61479> Acesso em: 17 mai. 2022.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v. 15, n. 37, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf> Acesso em: 04 ago. 2022.

CHAPECÓ (SC). Prefeitura de Chapecó. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Chapecó/SC Gestão 2022-2025**. Chapecó, 2021.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da teoria fundamentada**: Guia prático para análise qualitativa. Traduzido por Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COLAÇO, Aline Daiane *et al.* Care for the person who lives with hiv/aids in primary health care. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. v. 28, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0339> Acesso em: 11 mai. 2022.

CORBIN, Juliet; STRAUSS, Anselm. **Basics of qualitative research**. United States of America: SAGE Publications, 2015.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2; p. 389-394, fev., 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020> Acesso em: 17 jun. 2021.

FREITAS, João Paulo de *et al.* Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/Aids. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. v. 31, n. 3, p. 327-333, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800046> Acesso em: 19 mai. 2022

GUEDES, Haline Costa dos Santos *et al.* Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV. **Escola Anna Nery** [online]. v. 25, n. 1, e20190386, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0386> Acesso em: 16 mai. 2022.

HUANG, Y. *et al.* HIV-Related Stress Experienced by Newly Diagnosed People Living with HIV in China: A 1-Year Longitudinal Study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. n. 17, v. 8, p. 2681, 2020. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082681> Access on: Jul. 26, 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. Santa Catarina. Chapecó. **População**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/chapeco/panorama> Acesso em: 03 dez. 2021.

KESSLER, Marciane *et al.* Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. v. 32, n. 2, p. 186-193, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900026> Acesso em: 11 mai. 2022.

KLEINUBING, Raquel Einloft *et al.* Construção de uma linha de cuidado para atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV. **Escola Anna Nery** [online]. v. 25, n. 5, e20210033, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0033> Acesso em: 17 mai. 2022.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 37, n. 12, e00344120, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00344120> Acesso em: 17 mai. 2022.

OKUSANYA, B. *et al.* Os prestadores de serviços de prevenção da transmissão vertical do HIV estão familiarizados com as recomendações das diretrizes nacionais? Um estudo transversal de centros de atenção primária à saúde em Lagos, Nigéria. **BMC Health Serv Res**. n. 22, v. 769, 2022. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08152-6> Access on: Jul. 26, 2022.

OLIVEIRA, André Vinícius de *et al.* Avaliação da longitudinalidade em unidades básicas de saúde tradicionais e com estratégia de saúde da família utilizando o Primary Care Assessment Tool (PCATool). **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 12, n. 12, p. e3895, 27 ago, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3895.2020> Acesso em: 11 mai. 2022.

PINHO, Clarissa Mourão *et al.* Avaliação das medidas de controle do HIV na Atenção Básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 12, n. 8, e 3462, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3462.2020> Acesso em: 11 mai. 2022.

PINTO NETO, Lauro Ferreira da Silva *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 30, n. spe1, e2020588, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100013.esp1> Acesso em: 19 mai. 2022.

SILVA, Marcelle Miranda da *et al.* Aspectos históricos e características metodológicas da teoria fundamentada nos dados. In: LACERDA, Maria Ribeiro; SANTOS, José Luís Guedes dos. **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Moriá, 2019.

SOUZA, Hélia Carla de *et al.* Analysis of compliance to antiretroviral treatment among patients with HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. v. 72, n. 5, p. 1295-

1303, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0115> Acesso em: 12 mai. 2022.

SOUZA, Sabrina da Silva de. **Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais**. 2010. 258 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/93758> Acesso em: 26 mai. 2022.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf> Acesso em: 04 ago. 2022.

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

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Estatísticas**. 2022. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/> Acesso em: 11 abr. 2022.

VALLORY, Leticia Costa *et al.* Busca ativa de pessoas que vivem com HIV/Aids: uma estratégia para obter carga viral indetectável. **Ciência et Praxis**. V Congresso de Ecologia do Sudoeste Mineiro. v. 11, n. 21, 2018. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/3940/2263> Acesso em: 19 mai. 2022.

6.2 MANUSCRITO 2 – MELHORES PRÁTICAS E OS COMPROMISSOS PARA O CONTROLE DA EPIDEMIA DE AIDS

INTRODUÇÃO 2

Desde o aparecimento dos primeiros casos de aids no final do século XX, milhares de pessoas já foram infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em todo o mundo, atingindo 79,3 milhões de pessoas e 36,3 milhões de óbitos relacionadas à aids. Em 2020, o acesso ao tratamento era obtido somente por 73% dessas pessoas e cerca de 6,1 milhões de pessoas não sabiam que estavam vivendo com HIV (COLAÇO *et al.*, 2019; UNAIDS, 2022). Em todo o mundo, o número de novas infecções caiu apenas 31% e mortes por aids apenas 47% em relação a 2010 (STOVER *et al.*, 2021).

No Brasil, entre 2007 e julho de 2021, ocorreram 1.045.355 casos de aids, sendo 29.917 casos detectados no país apenas em 2020, totalizando uma taxa de detecção de 14,1/100 mil habitantes, inferior à taxa de 22,0/100 mil habitantes em 2012, mas acredita-se que parte dessa redução pode estar relacionada à subnotificação de casos decorrente da pandemia de COVID-19. Ainda em 2020, foram registrados 10.417 óbitos por causa básica aids (BRASIL, 2021a).

Entre as doenças transmissíveis, o HIV/aids foi reafirmado como uma séria preocupação global durante a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2012) e na Agenda 2030 para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (BRASIL, 2015). Assim, o Brasil assumiu compromissos envolvendo os ODS junto à Organização das Nações Unidas (ONU), e assinou a Declaração de Paris, na qual os prefeitos dos municípios prioritários assumiram o compromisso de acabar com a epidemia de aids até 2030 (BRASIL, 2018a; UNAIDS, 2014).

Dentre os ODS, o terceiro visa assegurar uma vida saudável e a promover o bem-estar para todas as pessoas, tendo como umas das metas o fim da epidemia de aids até 2030, ou seja, combater e reverter a tendência de propagação do HIV/aids de modo que até 2020 a meta 90-90-90 deveria ter sido atingida, e, atingir a meta 95-95-95 até 2030, ou seja, 95% das pessoas com HIV diagnosticadas, 95% em tratamento antirretroviral, e, dentre estas, 95% tenham carga viral indetectável (BRASIL, 2018a; SANCA *et al.*, 2020). As metas para 2020 expiraram, e foi estabelecido um novo plano com metas e compromissos ambiciosos para 2025, com a redução de inequidades e posicionando pessoas que vivem com HIV e comunidades em risco no centro, de modo a atingir: menos de 10% das pessoas vivendo com HIV e populações-chave

experimentam estigma e discriminação; menos de 10% das pessoas que vivem com HIV, mulheres e meninas e populações-chave experimentam desigualdades baseadas no gênero e violência baseada no gênero; menos de 10% dos países têm leis e políticas punitivas; 95% das pessoas em risco de combinação de uso de HIV prevenção; 95–95–95% tratamento de HIV; 95% das mulheres acessam serviços de saúde sexual e reprodutiva; 95% de cobertura de serviços para eliminar transmissão vertical; 90% das pessoas que vivem com HIV recebem tratamento preventivo para tuberculose; 90% das pessoas vivendo com HIV e pessoas em risco estão vinculadas a outros serviços integrados de saúde (STOVER *et al.*, 2021; UNAIDS, 2021).

Apesar das diferentes estratégias lançadas por organizações internacionais, o progresso alcançado ao longo dos anos não foi uniforme entre os países para combater a epidemia de HIV e a redução no número de mortes relacionadas à aids foi em grau menor do que o esperado na Região das Américas. A morbimortalidade por aids está diretamente associada à imunodeficiência da pessoas como consequência da não adesão ao tratamento, abandono da terapia antirretroviral, diagnóstico tardio e doença avançada (OPAS, 2021; GONÇALVEZ *et al.*, 2021; SANCA *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2019). Atualmente, os esquemas antirretrovirais possuem um número menor de doses com efeitos colaterais mais leves, e são mais potentes e eficazes, o que contribui para a adesão a terapia antirretroviral e qualidade de vida para as pessoas com HIV/aids, tornando o HIV uma condição crônica porque ainda que não se tenha cura, existe um tratamento eficiente (GONÇALVEZ *et al.*, 2021).

Desse modo, faz-se necessário a soma de esforços para que as pessoas tenham acesso ao diagnóstico precoce, regime terapêutico adequado e medidas de prevenção contra o HIV. No Brasil, os testes rápidos foram implantados na APS em 2011, oportunizando o acesso à testagem e aumento do número de diagnósticos de HIV/aids. Em 2013, as diretrizes e recomendações começam a incentivar o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids no contexto da APS (MELO *et al.*, 2018). Esse incentivo posiciona a APS como porta de entrada para as pessoas com HIV/aids e estimula a descentralização do cuidado, mas não anula a atuação e importância dos Serviços de Atenção Especializada (SAE). Sugere-se o desenvolvimento de um cuidado compartilhado entre ambos os serviços, e o SAE como apoio matricial para a APS (PINHO *et al.*, 2020).

O Estado de Santa Catarina é considerado prioritário para o controle da epidemia de aids no Brasil, fato que contribuiu para que 12 municípios assinassem a Declaração de Paris, entre eles o município onde foi desenvolvido o estudo (UNAIDS, 2018a). Nesse contexto, a questão de pesquisa é: Como as práticas desenvolvidas por profissionais e gestores dos serviços de saúde atendem aos compromissos assumidos junto a ONU no que se refere ao alcance da

meta 95-95-95? Assim, tem-se como objetivo: conhecer as práticas de saúde adotadas pelos profissionais de saúde para atender aos compromissos assumidos para o fim da epidemia de aids até 2030, na rede de atenção à saúde de um município prioritário de Santa Catarina.

MÉTODO 2

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, que integra um dos objetivos específicos da tese de doutorado intitulada “Melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção à saúde”. O referencial metodológico utilizado foi a Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista (TFDC), a qual busca a compreensão do fenômeno a partir da interação entre participantes, seus pontos de vista, e sua inserção, admitindo que os dados são criados em meio a essa interação, e as expressões dos participantes traduzem construções da realidade (CHARMAZ *et al.*, 2022).

O estudo foi realizado em um município do Oeste de Santa Catarina, que possui uma população estimada em 227.587 habitantes (IBGE, 2021), e a RAS conta com uma cobertura populacional de 89,24% de saúde da família, 69,03% de saúde bucal, e 80,11% de agentes comunitários de saúde, cinco equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídos em 26 Centros de Saúde da Família (CSF), além de uma equipe de Atenção Básica Prisional tipo III, um Centro de Atendimento aos Imigrantes, e dois CSF no Distrito Sanitário Especial Indígena com referência para dois CSF na área urbana. O município possui ainda serviços de atenção especializada, urgência/emergência e hospitais (CHAPECÓ, 2021).

O SAE em HIV/aids é um serviço de referência para 36 municípios e possui uma equipe multiprofissional que realiza atendimentos individuais e o Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH) para as pessoas que vivem com HIV/aids e seus parceiros sorodiferentes. O aconselhamento e testagem para HIV, sífilis e hepatites B e C é realizado nesse serviço e também na APS. Outros trabalhos desenvolvidos pelo SAE incluem: atendimento e acompanhamento da investigação de crianças expostas ao HIV pela transmissão vertical; consultas em infectologia; indicação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) em casos de violência sexual, exposição ocupacional e relações sexuais consentidas em que não houve o uso do preservativo; ações preventivas junto a empresas/instituições; e possui uma Unidade dispensadora de medicamentos (CHAPECÓ, 2021).

Os participantes da pesquisa foram convidados a integrar o primeiro e o segundo grupo amostral, a partir dos seguintes critérios de inclusão: atuar no serviço em que se encontravam no momento da coleta de dados há pelo menos seis meses, e realizar algum tipo de ação ou

atendimento relacionado ao HIV/aids, ou coordenar/gerenciar os respectivos serviços. Os profissionais afastados do serviço por qualquer motivo durante o período de realização da coleta de dados, ou que não estivessem desenvolvendo suas atividades regularmente por um período superior a dois meses à data de coleta de dados, independente do motivo, contemplaram os critérios de exclusão. No total, foram constituídos três grupos amostrais, sendo que o terceiro grupo foi composto por pessoas que vivendo com HIV, maiores de 18 anos, com autonomia plena, que falassem o idioma português ou inglês, residissem no município onde foi desenvolvido o estudo, e já tivessem aderido ao tratamento ou em acompanhamento regular.

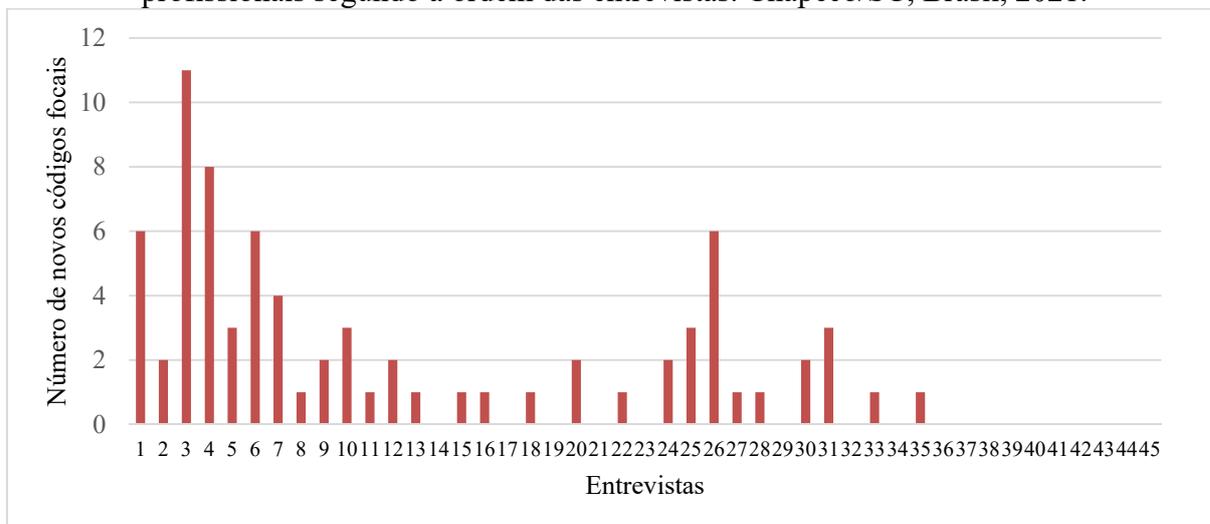
A amostragem inicial ou primeiro grupo amostral foi composto por 24 profissionais que atuavam nas equipes de saúde da família de 19 CSF, o segundo grupo amostral foi composto por 11 profissionais que atuavam no SAE, e o terceiro grupo amostral foi composto por 10 pessoas que vivem com HIV.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto de 2020 e novembro de 2021, com o apoio de um instrumento semiestruturado, e foram realizadas entrevistas em profundidade. A principal questão do instrumento que deu origem ao presente estudo foi: Você poderia descrever as práticas que você desenvolve nesse serviço e que considera que promovem a ampliação do diagnóstico, o acesso e adesão ao tratamento aos soropositivos; e como essas práticas se mantêm ao longo do tempo?

As entrevistas foram realizadas de modo remoto ou presencialmente, a depender do momento da pandemia de COVID-19, sendo utilizadas diferentes ferramentas: videochamada via *Microsoft Teams*®; aplicativo de gravação de voz em meio a videochamada de *WhatsApp*®; e gravação da ligação do celular. Os dados foram gravados após o aceite de cada participante, transcritos com o auxílio do software *Microsoft Word*® 2013, e inseridos no software *Atlas.ti versão 9*® que permitiu o armazenamento, gerenciamento e recuperação os dados de modo a facilitar as comparações.

Além disso, foram desenvolvidos memorando e diagramas que contribuíram com o processo de análise dos dados, o qual foi realizado concomitantemente à coleta dos dados, por meio das fases de codificação inicial, focalizada, axial e teórica (CHARMAZ, 2009). A coleta de dados foi finalizada no momento em que foi atingida a saturação empírica dos dados e as principais categorias estavam consolidadas (CHARMAZ, 2009; FONTANELLA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2019). A saturação empírica é obtida após três entrevistas consecutivas não apresentarem novos dados, o que foi observado na 38ª entrevista, conforme ilustra a Figura 12.

Figura 12 – Distribuição do número de novos códigos focais relacionados ao tema práticas profissionais segundo a ordem das entrevistas. Chapecó/SC, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora.

A validação dos dados foi realizada por meio da validação comunicativa em três etapas: leitura e conferência da transcrição da sua entrevista por cada participante; entrevista com quatro avaliadores, sendo uma pessoa que vive com HIV e três profissionais de saúde, um proveniente da APS, um do SAE, e um da gestão que não participou da entrevista para a coleta dos dados; e, por fim, foi realizada entrevista com duas *experts* em TFD (SOUZA, 2010; STRAUSS; CORBIN, 2008).

A pesquisa respeitou todos os aspectos éticos preconizados pelas Resoluções nº 466/12, 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, bem como o OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS que trata dos procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer Consubstanciado número 3.956.203/2020, e CAAE número 29839720.1.0000.0121.

RESULTADOS 2

Com base na análise dos dados, emergiu a categoria central “Desvelando práticas profissionais em busca de atender os compromissos assumidos para o controle da epidemia de aids”, que está sustentada em sete categorias.

“Realizando os testes rápidos” foi a primeira categoria revelada no estudo. Os testes rápidos estão amplamente disponíveis em toda a rede de atenção à saúde, mas a APS é reconhecida como principal porta de entrada para o diagnóstico de HIV/aids. O profissional

enfermeiro é considerado de referência na APS para a realização do aconselhamento, testagem e encaminhamento para o SAE dos casos positivos. Os testes são realizados em diferentes momentos, sendo oferecido para as pessoas durante os atendimentos, ou por ocasião da procura espontânea, seja por iniciativa própria ou por indicação de amigos. Apesar disso, há divergência de opiniões sobre a realização dos testes como rotina na Unidade de Saúde, devido ao tempo necessário para a testagem, e acabam optando por solicitar os exames laboratoriais de sorologias.

E acho que a maior, a melhor forma ainda além das campanhas é o dia a dia, né? Estar disponível no dia a dia! Então, sempre que eles vem é realizado. (GAIP1)

E isso é mais mesmo uma questão de oferecer para todo mundo, não pensar só no carnaval, não pensar em HIV só em determinados grupos populacionais, né? Não pensar só no Dezembro Vermelho, em fazer testagem. (GA2P2)

Porque o preventivo ahm, naquele turno se eu for fazer a coleta do preventivo e mais teste rápido eu fico uma hora com cada paciente, né? (GAIP23)

A testagem também é realizada em meio a mutirões e eventos de saúde, e em espaços públicos junto à comunidade, e existe uma preocupação com a privacidade das pessoas. Realiza-se o aconselhamento, momento importante para que pessoas sejam ouvidas em suas dúvidas, demandas, ou mesmo a respeito dos motivos pelos quais desejam realizar os testes, como relação sexual desprotegida, desconfiança do parceiro, suspeita de ter adquirido sífilis, o trabalho como profissional do sexo, entre outros. Durante a pandemia de COVID-19, houve uma interrupção na realização dos testes porque as pessoas e profissionais estavam com receio de contrair o vírus, além da orientação de distanciamento social. Quando os testes voltaram a ser realizados houve baixa procura em alguns serviços, enquanto em outros o número de testes aumentou.

A gente costuma fazer na Atenção Básica, momentos de testagem, com os testes rápidos de IST, enfim. E aí, as vezes que eu participei dessas campanhas até eram lugares improvisados, ao ar livre, era aquela coisa, testagem em massa assim, e aí tem a dificuldade da privacidade mesmo, né? (GAIP13)

[...] a questão realmente do diagnóstico ficou prejudicada [no início da pandemia], por muito tempo nas Unidades de Saúde, né? Não estavam testando, não estavam fazendo o teste, né? Acho que isso atrapalha com certeza, e essas ações também para testagem, todas ficaram suspensas. (GA2P2)

Na categoria “Ampliando o diagnóstico precoce” destacaram-se as ações como solicitação de sorologias durante os atendimentos e como rotina durante o pré-natal, para gestante e parceiro, o rastreamento de contatos, e a testagem para a população imigrante, abordar o tema IST nos grupos com usuários, durante as reuniões do Conselho Local de Saúde, e no Programa Saúde na Escola.

Em todos os grupos que nós temos na Unidade, nós abordamos esse assunto. [...] antes de nós começarmos esses grupos a gente faz uma bateria de exames em todos os participantes, inclusive os testes de IST/HIV, doenças sexualmente transmissíveis, a gente sempre faz isso. (GAIP20)

Mas eu acho que... essa fala às vezes com estudantes, que querendo ou não repassam para os seus familiares, tudo isso eu acho que acaba contribuindo. É claro que é um trabalho de formiguinha, né? Que você vai falando para um para outro, é... mas eu acredito que isso ajuda também. (GAIP5)

A categoria “Promovendo a adesão ao regime terapêutico” desvela que a adesão é uma questão multifatorial e depende de cada pessoa, porque envolve questões familiares, de vínculo com os profissionais, a compreensão acerca do HIV e regime terapêutico, questões psicológicas, sociais, sexuais, negação, crenças, medo e preconceito. Para aderir é preciso aceitar a nova condição, sentir-se comprometido com a própria saúde e estabelecer um vínculo de confiança entre pessoa e profissional. Algumas estratégias como a busca ativa, envolver o parceiro, encaminhar a pessoa com o agendamento e garantia de atendimento, responder dúvidas, trocar informações entre profissionais de saúde, e fornecer o leite para as crianças de mães soropositivas no SAE, ou seja, o local onde são atendidas, e oferecer apoio para familiares, colaboraram para a adesão ao regime terapêutico.

É... porque as vezes, né? a adesão do tratamento ela é multifatorial, né? Não é só apoio familiar, estrutura familiar, são inúmeros fatores, um deles é a questão de vínculo, é a privacidade. (GAIP6)

Muitas vezes são problemas sociais, né? Ah, familiares que dificultam isso, problemas de não aceitação do diagnóstico ou muitas vezes outras coisas por trás disso que não apenas tomar o medicamento ou não, as vezes questões sobre sexualidade. (GA2P10)

Mas o que funciona bastante na adesão é esse contato com a rede ser bem, bem próximo, inclusive com questão de medicação, né? Efeitos colaterais de medicação, eles estão sempre disponíveis por telefone, para conversar, discutir o caso, de repente avaliar com o médico uma troca [de medicação] que é uma das causas de não aderir ao tratamento, os efeitos colaterais da medicação, né? (GAIP24)

A categoria “Entendendo as contradições que envolvem a adesão ao regime terapêutico” revela que apesar do regime terapêutico proporcionar benefícios, principalmente

quando atinge uma carga viral indetectável, os medicamentos atuais terem menos efeitos colaterais e a disponibilidade da profilaxia pós-exposição, existe o abandono e baixa adesão ao regime terapêutico, duas realidades contraditórias que coexistem simultaneamente. Entre outras causas, o abandono está relacionado à própria postura frente à vida, uma negação da sua condição, e demanda esforços dos profissionais de saúde para conseguirem reverter essa situação. Durante a pandemia foram criadas novas estratégias para que as pessoas pudessem receber a medicação, como a solicitação de consentimento da pessoa para o envio dos medicamentos para que fossem retirados na Unidade de Saúde mais próxima de suas residências.

Desde o momento que eu descobri, foi tomar os medicamentos, fazer os exames, foi tranquilo, como se não existisse. (GA3P9)

[...] paciente apareceu depois de um tempão e a gente descobre que ele desistiu do tratamento, desistiu do seguimento. (GA1P9)

O paciente que desiste do tratamento, será que ele desiste só do tratamento? Como é que é a postura dele, né? Frente à vida? As outras coisas, os outros desafios que ele tem? Então as vezes desistir do tratamento também envolve outros sintomas que possa ter, né? Uma ansiedade, uma depressão, outras desistências que ahm, a desistência da medicação está representando também ali, né? A desistência as vezes da própria vida. (GA2P7)

A categoria “Desvelando o tabu, preconceito, discriminação e estigma” desvela o estigma na família, o preconceito entre as próprias pessoas com HIV, entre os profissionais de saúde, e na sociedade como um todo. O preconceito entre os profissionais os distancia do cuidado, e poder se manifestar mesmo no jeito de olhar. O preconceito em relação à doença faz com que as pessoas tenham dificuldade de compará-las com outras condições crônicas. As pessoas têm medo do preconceito e vergonha de serem discriminadas, e esperam que a sociedade as trate de um modo nem mesmo elas ainda conseguem. Muitas vezes as pessoas que vivem com HIV/aids não encontram apoio na família ou na comunidade e até mesmo acabam sendo abandonadas ou expulsas de casa por serem homossexuais, transexuais ou outras denominações de gênero.

[...] muitos vêm assim com questões de como eles viam uma pessoa com HIV. Na verdade eles também eram essas pessoas que julgavam, né? Que apontavam que é uma doença... ainda tem esse pensamento que era uma doença da... né? Das prostitutas, da promiscuidade, dos gays, né? Ainda tem muito essa visão de que fez coisa errada que contraiu, né? (GA2P7)

E tem muitas famílias também, quando sabem do... que o paciente é soropositivo, eles simplesmente abandonam, não querem mais nem saber, né? (GA1P20)

[...] se tu vais em outro lugar que sabem que é soropositivo, já é... Tem uns que já nem conversam, tem medo de dar uma injeção, de pegar na gente, essas coisas [...] (GA3P7)

Uma paciente me disse: “Ah enfermeira, eu fui lá na consulta só para verificar, porque realmente você insistiu tanto e eu achei, né? que estava se importando comigo, né? Ninguém da minha família se importou e vocês se importaram, né?” (GA1P10)

A categoria “Vivenciando o medo e a superação profissional frente ao HIV/aids” assume a presença do medo por parte do profissional em se contaminar mesmo quando toma os devidos cuidados e a pessoa avisa que está com carga viral indetectável. O medo e a culpa também estão presentes entre os profissionais que vivem com HIV e temem transmitir a doença para outras pessoas, o que acaba afastando-as do cuidado, ao não conseguirem aceitar ter contraído o HIV porque conhecem as formas de transmissão. Contudo, o preconceito vem sendo superado e há esperança de que o estigma mude.

Alguns pacientes até que trabalham no [nome do local], né? E, muitos até assim querendo deixar a profissão: “Não vou mais poder trabalhar com isso”, o medo, né? De passar para outra pessoa. (GA2P7)

[...] mas a gente vai mudando isso ao longo do tempo, em saber que é uma doença totalmente tratável, né? Que pode ter um prognóstico muito bom se seguir o tratamento, né? Pode viver como uma pessoa que não é portador do vírus. (GA1P13)

Na categoria “Utilizando sistemas de informação e alguns indicadores” evidencia-se o desconhecimento das equipes de saúde da APS acerca do número de pessoas que vivem com HIV/aids em seu território. A maioria das notificações dos casos positivos é realizada no SAE, mas também as notificações vem dos hospitais ou de outro municípios. Existe um monitoramento do número de testes rápidos, dos atendimentos, e um controle dos exames pelo SAE. O monitoramento de cada pessoa é realizado individualmente por meio de prontuário e dos sistemas de informação como o SISCEL, SICLOM, e SIMC, mas admite-se que é necessário um controle manual dos antirretrovirais dispensados, bem como das pessoas que deveriam ter retirado a medicação e não compareceram. Os relatórios gerados pelos sistemas de informação são insuficientes para o adequado monitoramento do regime terapêutico das pessoas que vivem com HIV/aids, assim como para o adequado monitoramento das metas referentes ao controle da epidemia de aids.

Nós fazemos o índice de abandono, mas não tem esses dados agora porque a gente começou a fazer e acabou abandonando, acabava esquecendo de anotar e tal, porque deveria ser um item que saísse automaticamente no sistema. Porque uma época você conseguia inativar o paciente por abandono, tinha essa opção, e agora não tem mais, eles tiraram do sistema e não tem mais. (GA2P10)

DISCUSSÃO 2

A proposição de metas ambiciosas para o controle da epidemia de aids, antes de ser considerada uma utopia, estimula que o assunto seja contemplado de modo permanente nas agendas governamentais, pois apesar das barreiras existentes, segue-se adiante em busca de tornar o controle da epidemia de aids uma realidade. Para tanto, é fundamental que atores políticos e profissionais da saúde mantenham o compromisso na elaboração e execução de políticas, em práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, transformando muros em pontes, e vislumbrando além da erradicação da aids, avançando na promoção da cidadania, dignidade e qualidade de vida para as pessoas que vivem com HIV/aids (SANCA *et al.*, 2020). O controle da epidemia e das mortes por aids precisa integrar a agenda de desenvolvimento do território, envolvendo diversos setores da sociedade, de modo a reafirmar que esse compromisso não pode ser considerado como responsabilidade exclusiva do campo da saúde (MARANHÃO *et al.*, 2021).

Um dos primeiros objetivos é a detecção precoce dos casos de infecção pelo HIV. Uma das estratégias mais efetivas para ampliação de acesso e diagnóstico precoce da infecção pelo HIV foi a implantação do teste rápido na APS, iniciando-se assim a descentralização da atenção às pessoas com HIV/aids que ainda não é uma realidade na maioria dos municípios brasileiros. Contudo, questões como o sigilo e a revelação do diagnóstico podem gerar conflitos entre usuários e profissionais e ocasionar fragilidade na relação de vínculo (KLEINUBING *et al.*, 2021). Um destes conflitos também relaciona-se com o estigma e preconceito que ainda envolvem a infecção, gerando receio das pessoas quanto à quebra do sigilo e receio em serem reconhecidos na comunidade em que vivem.

Outros desafios envolvem o diagnóstico precoce, com insuficiência do número de profissionais, o incremento da demanda de trabalho, os questionamentos sobre a confiabilidade dos testes, a falta de capacitações ou inexperiência profissional no que se refere ao aconselhamento e comunicação do diagnóstico, apoio matricial insuficiente, e o risco de desabastecimento de materiais e insumos, o que compromete a continuidade das ações nos serviços de saúde (PINHO *et al.*, 2020). Além disso, a limitação da oferta dos testes rápidos

para grupos de risco e atendimentos específicos, como as gestantes, tendo em vista que os testes já integram a rotina de exames do pré-natal, constituem barreiras que caracterizam pontos de estrangulamento e fragilizam a integralidade (GUEDES *et al.*, 2021).

A realização da testagem rápida pelos profissionais enfermeiros, especialmente para o aconselhamento e comunicação do diagnóstico, ganhou notável destaque no presente estudo, quer seja pela rapidez de acesso ao diagnóstico, tornando o momento do atendimento uma oportunidade para o diagnóstico precoce ou pela facilidade de realizar a testagem durante campanhas e eventos, considerando os desafios relacionados ao tempo necessário para realizar o teste e a preocupação com a privacidade. O enfermeiro tem um papel fundamental para a realização dos testes rápidos para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) por ser o profissional que tem sido referência para essas práticas nos serviços de saúde (CAIXETA *et al.*, 2021). Além disso, ainda que a prescrição da terapia antirretroviral na APS por enfermeiros não seja uma realidade no município do estudo, essa prescrição por enfermeiros profissionais em gestão do HIV contribui com a diminuição da carga viral, e conseqüentemente da propagação do vírus (GUEDES *et al.*, 2021). A confiança e o conhecimento dos enfermeiros para a prescrição do tratamento antirretroviral estão associados ao treinamento, à orientação e à experiência na prática clínica (SOLOMONS *et al.*, 2019).

A oferta de testes rápidos pode ser fortalecida por meio de dispositivos institucionais, como sala de espera e busca ativa. A sala de espera é um espaço em que podem ser realizadas atividades de prevenção, promovendo a reflexão sobre o processo saúde-doença e a sensibilização para a testagem (GUEDES *et al.*, 2021). A organização do processo de trabalho para o acolhimento e realização dos testes rápidos requer interação entre todos os profissionais de saúde, empatia, vínculo, confiança e sigilo, preservando as pessoas que procuram o serviço com essa finalidade, e favorecendo a aceitação o diagnóstico e adesão ao tratamento (CAIXETA *et al.*, 2021).

A adesão ao tratamento envolve múltiplos fatores. Esta análise considera as implicações territoriais, como a facilidade de acesso, a insegurança das pessoas pelo risco de discriminação e estigma por morarem na mesma localidade em que realizam o tratamento, e utilizarem o mesmo serviço que os familiares e outras pessoas conhecidas. Por isso, faz-se necessário compreender o território para além do espaço físico, mas com sua dinâmica social, multiplicidade e dimensão existencial (MELO *et al.*, 2021). As dificuldades enfrentadas pelas pessoas que vivem com HIV para a adesão ao regime terapêutico envolvem questões socioeconômicas, apoio familiar e efeitos adversos do tratamento (FREITAS *et al.*, 2018), e compreender os aspectos dificultadores caso a caso é o primeiro passo para o seu manejo e

superação. A escuta das vivências, seja as dificuldades ou facilidades, possibilita a equipe de saúde compreender e se apropriar dos contextos individuais, a fim de desenvolver uma abordagem adequada e resolutiva (VALLORY *et al.*, 2018).

Uma revisão sistemática que buscou identificar as melhores evidências disponíveis relacionadas à efetividade de intervenções para a adesão à TARV em adultos encontrou fortes evidências acerca das ações educativas com a própria pessoa que vive com HIV/aids, uso de dispositivos de lembretes para o horário dos medicamentos, e inclusão de apoiadores de tratamento submetidos à ações de educação para desempenhar o papel. Os achados contemplaram duas dimensões da adesão de acordo com a OMS, fatores relacionados ao paciente, e relacionados aos apoiadores. Ainda, foi indicada a necessidade de ampliar as possibilidades de programas e rotinas a fim de melhorar a situação no sistema de saúde, bem como intervenções com populações-chave (ZUGE; PAULA; PADOIN, 2020).

O presente estudo revelou que a adesão ao regime terapêutico pelas pessoas que vivem com HIV/aids é permeada por contradições, porque se por um lado há benefícios comprovados e a supressão da carga viral contribui para a qualidade de vida dessas pessoas, além da existência das profilaxias pré e pós-exposição, por outro lado o abandono e a baixa adesão são uma realidade nos serviços de saúde, e remetem à necessidade de monitorar essa adesão. O monitoramento precisa ser no âmbito clínico das pessoas e científico dos dados com análise estatística de indicadores como os de prevalência e não adesão (SOUZA *et al.*, 2019). O uso de indicadores epidemiológicos pode ser considerado incipiente no cenário em estudo, limitação que está relacionada aos sistemas de informação que ainda não oferecem todos os dados em um formato que facilite a vigilância, monitoramento e avaliação caso a caso ou de modo consolidado.

A não adesão advém de várias causas como efeitos colaterais da terapia, questões socioeconômicas e culturais da própria pessoa, informações inadequadas ou falta de serviço social de apoio (SOUZA *et al.*, 2019). A não aceitação da soropositividade, presença de transtornos mentais, uso de drogas lícitas e ilícitas, medo da discriminação e exclusão social, a sensação de estar se sentindo bem, problemas na relação com algum profissional de saúde são aspectos que contribuem para a baixa adesão, requerem uma relação de diálogo para que possam ser reconhecidos e abordados precocemente (VALLORY *et al.*, 2018). O estigma e a discriminação envolvendo as pessoas que vivem com HIV/aids ainda é uma questão que necessita de atenção urgente (TRAN *et al.*, 2019).

A pessoa que vive com HIV/aids enfrenta o estigma relacionado ao vírus/doença, acarretando inseguranças e o sofrimento psíquico, que afeta todas as dimensões da sua vida,

principalmente os relacionamentos e estilo de vida, e pode interferir no tratamento e seus resultados. O tratamento ampliou a expectativa de vida, diminuindo o estigma de doença da morte, porém o estigma ainda é uma barreira para o cuidado dessas pessoas. Para um adequado enfrentamento dos fatores que podem interferir no viver com HIV/aids, na saúde mental, e na qualidade de vida, faz-se necessário uma assistência integral à saúde com abordagem interdisciplinar contínua e voltada a fatores biopsicossociais (ZEPEDA *et al.*, 2022).

As pessoas que vivem com HIV/aids experimentam altos níveis de estigma que podem dificultar o acesso aos cuidados de saúde, devido ao medo de rejeição, e afetar também a sua saúde mental (ARMON *et al.*, 2021). O estigma e a discriminação associados ao HIV/aids também são reconhecidos como existentes entre os profissionais pelos próprios profissionais. Antigamente, as pessoas eram rotuladas por grupo de risco, e mesmo com a evolução no enfrentamento da infecção, a estigmatização ainda está presente na sociedade (GUEDES *et al.*, 2021).

O medo das pessoas em receber um resultado diferente do esperado, medo das consequências de um diagnóstico positivo para a sua vida, aspectos envolvendo a cultura individual e interpessoal, comunitária e institucional constituem indicadores significativos de estigma e medo relacionado ao HIV/aids. O preconceito dos próprios pacientes que os impede de procurar os serviços de saúde para a realização dos testes e o medo do julgamento social interfere de modo negativo para o diagnóstico precoce do HIV, para o próprio estado psicológico da pessoa e sua evolução clínica. Os estigmas e a vergonha prejudicam a atuação profissional pertinente para que as pessoas recebam o atendimento de acordo com as suas necessidades (CAIXETA *et al.*, 2021), sendo parte dos dilemas e desafios enfrentados pelos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS 2

As práticas de saúde para o alcance das três metas para o controle da epidemia da aids até 2030, ou seja, 95-95-95, abrangem uma multiplicidade de ações no município em estudo. As ações relacionadas à primeira meta para o alcance de 95% das pessoas vivem com HIV/aids diagnosticadas, buscam a ampliação do diagnóstico precoce por meio da promoção do acesso em diferentes serviços de saúde, realizando o acolhimento, aconselhamento, a testagem rápida e/ou da solicitação da sorologia para HIV, inclusão dos testes rápidos no pré-natal do casal, e a testagem durante campanhas, mutirões e eventos, com ênfase nas medidas de prevenção e

promoção da saúde. Nesse sentido, emerge o protagonismo do enfermeiro no desenvolvimento dessas práticas na atenção primária em saúde.

Na segunda meta, 95% das pessoas diagnosticadas em tratamento antirretroviral, as práticas adotadas envolvem a importância de elos da rede de atenção, com o encaminhamento dessas pessoas para o SAE para início do tratamento o mais breve possível, tendo em vista que o regime terapêutico é realizado de modo centralizado no município onde foi realizado o estudo, bem como a busca ativa para os casos com baixa adesão ou abandono. Para a terceira meta consistente em atingir 95% das pessoas em tratamento com carga viral indetectável, o SAE realiza o monitoramento periódico dos exames laboratoriais, com agendamento e contato telefônico para todas as pessoas que utilizam o serviço.

Profissionais e gestores empenham esforços para promover a adesão ao regime terapêutico, entendendo que existem contradições para que essa adesão ocorra, as quais envolvem aspectos como o preconceito, tabu, estigma e discriminação que ainda estão fortemente impregnados na sociedade e acabam por interferir de modo negativo para que se avance mais em direção aos compromissos assumidos para o controle da epidemia de aids, no respeito à dignidade humana, e no alcance da qualidade de vida. Além disso, as limitações dos sistemas de informação impossibilitam um adequado monitoramento dos indicadores epidemiológicos com vistas a um fácil monitoramento das metas de controle da epidemia de aids.

Observou-se que as práticas envolvendo aspectos preventivos e clínicos do HIV/aids foram as mais desenvolvidas pelas equipes de saúde, e temas como estigma e preconceito são reconhecidos pelos profissionais, mas ainda trabalhados de modo indireto em meio às ações e práticas de saúde. Talvez uma das grandes provocações que o plano de metas e compromissos para a redução das equidades de 2025 apresente seja o estabelecimento de metas que sugiram o desenvolvimento de ações mais direcionadas ao enfrentamento das inequidades, as quais certamente não constituem responsabilidade exclusiva da saúde, mas podem ser compartilhadas intersetorialmente.

Entre as limitações do presente estudo que buscou uma aproximação entre as melhores práticas e as metas para o controle da epidemia de aids até 2030, estão a não apresentação de dados quantitativos, ou mesmo dos resultados quanto ao alcance das metas no contexto do estudo, e que poderiam constituir evidências objetivas sobre os avanços alcançados e subsidiar o direcionamento do aprofundamento de algum aspecto mais específico no estudo. Entre as contribuições, ressalta-se que foi observado o papel de referência do enfermeiro para as práticas de saúde em HIV/aids, especialmente na Atenção Primária, e que suscita a relevância da sua

atenção na gestão e cuidado direto à pessoa que vive com HIV/aids, na articulação na rede de atenção à saúde, e no reconhecimento da rede social dessas pessoas para a superação do estigma, do preconceito e da discriminação social, sobretudo nas relações familiares.

No presente estudo, acredita-se que o reconhecimento das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, a compreensão de alguns aspectos que envolvem a historicidade do HIV/aids, e a visualização das fragilidades que permeiam o contexto, podem contribuir para a soma dos múltiplos esforços que vêm sendo realizados em busca do controle da epidemia de aids.

REFERÊNCIAS 2

ARMOON, Bahram; HIGGS, Pedro; FLEURY, Marie-José; et al. Socio-demographic, clinical and service use determinants associated with HIV related stigma among people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. **BMC Health Serv Res.** v. 21, n. 1004, 2021. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06980-6> Access on: Jul. 28, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico. HIV / Aids, 2021.** 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021> Acesso em: 20 abr. 2022.

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos> Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** UNIC Rio. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf> Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Rio+20. Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável. **Declaração final da conferência das Nações Unidas sobre desenvolvimento sustentável (RIO + 20).** Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://riomais20sc.ufsc.br/files/2012/07/CNUDS-vers%C3%A3o-portugu%C3%AAs-COMIT%C3%8A-Pronto1.pdf> Acesso em: 04 ago., 2022.

CAIXETA, Elcimar dos Reis *et al.* Percepção dos enfermeiros quanto ao acolhimento às pessoas que realizam o teste rápido de HIV. **Rev enferm UERJ,** Rio de Janeiro, 29:e61479, p.1, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.61479> Acesso em: 17 mai. 2022.

CHAPECÓ (SC). Prefeitura de Chapecó. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Chapecó/SC Gestão 2022-2025.** Chapecó, 2021.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da teoria fundamentada**: Guia prático para análise qualitativa. Traduzido por Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COLAÇO, Aline Daiane *et al.* Care for the person who lives with hiv/aids in primary health care. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. v. 28, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0339> Acesso em: 11 mai. 2022.

CORBIN, Juliet; STRAUSS, Anselm. **Basics of qualitative research**. United States of America: SAGE Publications, 2015.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Declaração de Paris**. 1º de dezembro de 2014. Acabar com a epidemia da AIDS: cidades acelerando a resposta. Paris, 2014. Disponível em: <https://unids.org.br/wp-content/uploads/2015/12/Declara%C3%A7%C3%A3o-de-Paris-PORT-1.pdf> Acesso: em 04 ago. 2022.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2; p. 389-394, fev., 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020> Acesso em: 17 jun. 2021.

FREITAS, João Paulo de *et al.* Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/Aids. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. v. 31, n. 3, p. 327-333, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800046> Acesso em: 19 mai. 2022

GONÇALVES, Leandra Fagan Rodrigues *et al.* Caracterização epidemiológica e clínica do HIV/Aids: associações com a mortalidade. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5293, 8 jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5293.2021> Acesso em: 12 mai. 2022.

GUEDES, Haline Costa dos Santos *et al.* Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV. **Escola Anna Nery** [online]. v. 25, n. 1, e20190386, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0386> Acesso em: 16 mai. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. Santa Catarina. Chapecó. **População**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/chapeco/panorama> Acesso em: 03 dez. 2021.

KLEINUBING, Raquel Einloft *et al.* Construção de uma linha de cuidado para atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV. **Escola Anna Nery** [online]. v. 25, n. 5, e20210033, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0033> Acesso em: 17 mai. 2022.

MARANHÃO, Thatiana Araujo *et al.* Influence of the social determinants on the incidence of aids in Piauí: an ecological study. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. v. 29, e20190235, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0235> Acesso em: 21 mai. 2022.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 37, n. 12, e00344120, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00344120> Acesso em: 17 mai. 2022.

MELO, Eduardo Alves; MAKSUD, Ivía; AGOSTINI, Rafael. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Rev Panam Salud Publica**. n. 42, e151, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49508> Acesso em: 21 mai. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para as Américas. 59º Conselho Diretor 73ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas Sessão Virtual, 20 a 24 de setembro de 2021. **Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021: relatório final**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd59inf9-plano-acao-para-prevencao-e-controle-do-hiv-e-infeccoes-sexualmente> Acesso em: 11 mai. 2022.

PINHO, Clarissa Mourão *et al.* Avaliação das medidas de controle do HIV na Atenção Básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 12, n. 8, e 3462, p. 1-14. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3462.2020> Acesso em: 11 mai. 2022.

SANCA, Amiry Monteiro *et al.* Reality or utopia: eradication of the AIDS epidemic in Guinea-Bissau by 2030. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. v. 73, n. Suppl 5 e20190137, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0137-2019-0137> Acesso em: 12 mai. 2022.

SILVA, Marcelle Miranda da *et al.* Aspectos históricos e características metodológicas da teoria fundamentada nos dados. In: LACERDA, Maria Ribeiro; SANTOS, José Luís Guedes dos. **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Moriá, 2019.

SOLOMONS, Deborah J. *et al.* Factors influencing the confidence and knowledge of nurses prescribing antiretroviral treatment in a rural and urban district in the Western Cape province. **S Afr J HIV Med**. v. 20, n. 1, a9232019, 2019. Available at: <https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v20i1.923> Access on: Mai. 29, 2022.

SOUZA, Hélia Carla de *et al.* Analysis of compliance to antiretroviral treatment among patients with HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. v. 72, n. 5, p. 1295-1303, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0115> Acesso em: 12 mai. 2022.

SOUZA, Sabrina da Silva de. **Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais**. 2010. 258 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/93758> Acesso em: 26 mai. 2022.

STOVER, John *et al.* Modelagem do impacto epidemiológico das metas do UNAIDS 2025 para acabar com a AIDS como uma ameaça à saúde pública até 2030. **PLoS Med**. v. 18, n.

10, e1003831, 2021. Disponível em: [10.1371/journal.pmed.1003831](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003831) Acesso em: 22 mai. 2022.

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

TRAN, Bach Xuan *et al.* Understanding Global HIV Stigma and Discrimination: Are Contextual Factors Sufficiently Studied? **Int. J. Environ. Res. Public Health**. v. 16, n. 11, 2019. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph16111899> Access on: Mai. 24, 2022.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Estatísticas**. 2022. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/> Acesso em: 11 abr. 2022.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Global aids strategy 2021–2026. End inequalities. End aids**. 2021. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy> Acesso em: 22 mai. 2022.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Retrospectiva 2018**. 2018a. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/08/RetrospectivaUNAIDS_2018_Versao-Digital_com_links.pdf Acesso em: 04 ago. 2022.

VALLORY, Leticia Costa *et al.* Busca ativa de pessoas que vivem com HIV/Aids: uma estratégia para obter carga viral indetectável. **Ciência et Praxis**. V Congresso de Ecologia do Sudoeste Mineiro. v. 11, n. 21, 2018. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/3940/2263> Acesso em: 19 mai. 2022.

ZEPEDA, Karen Gisela Moraes *et al.* Meanings and significance attributed by people with HIV/aids to their lives with this virus/disease. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. v. 75, n. 3, e20201323, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1323> Acesso em: 24 mai. 2022.

ZUGE, Samuel Spiegelberg; PAULA, Cristiane Cardoso de; PADOIN, Stela Maris de Mello. Efetividade de intervenções para adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. v. 54, e03627, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019009803627> Acesso em: 23 mai. 2022.

6.3 MANUSCRITO 3 – COMPREENDENDO AS MELHORES PRÁTICAS DE SAÚDE PARA A GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

INTRODUÇÃO 3

As melhores práticas constituem uma fonte valiosa para intervenções eficazes em saúde pública, envolvem um conjunto de técnicas, processos e atividades identificadas como as melhores porque utilizam o recurso de modo eficiente, possuem confiabilidade no alcance de determinado resultado, são consideradas como bem-sucedidas na execução de uma tarefa, foram implementadas e provavelmente poderão ser replicada em outros contextos da vida real, podendo ser consideradas ferramentas úteis para disseminar inovações no cuidado. Evidências baseadas em práticas desenvolvidas em programas implementados na realidade podem ser uma fonte mais adequada para inspirar e orientar os tomadores de decisão em saúde pública. Contudo, a falta de consenso sobre a definição e critérios relacionados a evidências de melhores práticas baseadas na prática limita a sua aplicação (CELUPPI *et al.*, 2022^a; NG; COLOMBANI, 2015; OMS, 2008).

O HIV/aids continua sendo considerado um problema de saúde pública expressivo, devido a sua abrangência e transcendência (AMORIM; DUARTE, 2021; BRASIL, 2017c), e à ausência de um adequado regime terapêutico para as pessoas que vivem com esse vírus/doença desencadeia, entre outros problemas, uma grave disfunção do sistema imunológico, favorecendo o surgimento de doenças secundárias (BRASIL, 2017c). A pessoa que vive com HIV/aids requer um olhar multidimensional, que considere os diferentes aspectos de vida, relações e interações. O ser humano é um ser complexo que admite a ordem, a desordem, a ambiguidade e a incerteza, compreendendo que somos produzidos e produzimos, somos o reflexo e refletimos a sociedade (MORIN, 2014; 2015). As pessoas interagem o tempo todo no contexto em que estão inseridas, se relacionam, influenciam e são influenciadas, e por isso é preciso considerar a relação entre pessoa e ambiente, considerando também o tempo, como fatores determinantes para o desenvolvimento do indivíduo. Esse sistema de interação é chamado de rede social e pode ocorrer em um ambiente restrito onde as pessoas interagem o tempo todo, ou na interconexão entre ambientes, ou ainda, sentirem os resultados de interações sobre ambientes dos quais não participam diretamente (BRONFENBRENNER; EVANS, 2000; BHERING; SARKIS, 2009; MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

Em todo o mundo, no ano de 2020, aproximadamente 37,7 milhões de pessoas viviam com HIV, 1,5 milhões de pessoas foram infectadas, somente 73% tiveram acesso ao tratamento,

e 680 mil morreram por doenças relacionadas à aids (UNAIDS, 2022). A abrangência, magnitude e gravidade da situação ao longo dos anos fez com que o HIV/aids fosse reafirmado como uma séria preocupação global e incluído nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (BRASIL, 2015). As pessoas que vivem com a infecção causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) podem apresentar variações nas manifestações clínicas da doença, que vão desde a fase aguda até a fase avançada ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) ou se seguirem o regime terapêutico, poderão viver com o HIV como uma condição crônica (BRASIL, 2017c; 2017d; 2018a; COLAÇO *et al.*, 2019; GONÇALVES *et al.*, 2021). Assim, destaca-se a importância de compreender cada vez mais as práticas de saúde envolvidas no cuidado dessas pessoas, em busca de efetivar a saúde como um direito fundamental, e uma vida com dignidade e qualidade.

Uma revisão de escopo que buscou mapear as melhores práticas na gestão do HIV, identificou que existe uma escassez nas publicações analisadas envolvendo rigor científico ou padrões que definam um conceito estruturado sobre o que é uma melhor prática, e muitas vezes esse termo é utilizado sem a intenção de apresentar uma prática nova ou mesmo um modelo desejável, revelando uma lacuna acerca dessa temática (CELUPPI *et al.*, 2022b).

A pergunta de pesquisa que delinea o presente estudo é: Como as equipes multiprofissionais de saúde significam as melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids? O objetivo é construir um modelo teórico interpretativo a partir dos significados atribuídos pelas equipes multiprofissionais de saúde sobre as melhores práticas de saúde para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids.

MÉTODO 3

Foi desenvolvido um estudo qualitativo e interpretativo por meio do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista (TFDC), a qual possibilita que os dados e a teoria sejam construídos na interação e no envolvimento com as pessoas, sendo que as expressões dos participantes traduzem construções da realidade. A indução e dedução dos dados requer uma compreensão imaginativa do fenômeno em estudo, e considera a verdade como provisória, a vida social como processo, a existência de realidades múltiplas e emergentes, a indeterminação, e a associação entre fatos e valores (CHARMAZ, 2009; ZOCHE; ADAMY; LIMA, 2019).

O estudo foi realizado em um município do Oeste Catarinense, referência para mais de 200 municípios e é considerado polo agroindustrial no sul do Brasil, com uma população

estimada de 227.587 habitantes, cobertura populacional de 89,24% para saúde da família, e possui o Serviço de Atenção Especializada (SAE) referência para 36 municípios para o atendimento das pessoas que vivem com HIV/aids e seus parceiros sorodiferentes (CHAPECÓ, 2021; IBGE, 2021).

Os participantes do estudo foram convidados com base nos critérios de inclusão: atuar no serviço em que se encontravam no momento da coleta de dados há pelo menos seis meses, e realizar algum tipo de ação ou atendimento relacionado ao HIV/aids, ou coordenar/gerenciar os respectivos serviços. Como critérios de exclusão foram considerados: afastamento do serviço por qualquer motivo durante o período de realização da coleta de dados, ou não estar desenvolvendo suas atividades regularmente por um período superior a dois meses à data de coleta de dados, independente do motivo. No total, foram constituídos três grupos amostrais. O terceiro grupo amostral foi constituído por pessoas vivendo com HIV, maiores de 18 anos, com autonomia plena, que falassem o idioma português ou inglês, residissem no município onde foi desenvolvido o estudo, e já tivessem aderido ao tratamento e com regularidade do acompanhamento no serviço.

A amostragem inicial foi composta por 24 profissionais das equipes de saúde da família de 19 Centros de Saúde da Família. Os dados levaram a constituição do segundo grupo amostral composto por 11 profissionais da equipe multiprofissional que atua no SAE, e o terceiro grupo amostral foi composto por 10 pessoas que vivem com HIV.

Durante as entrevistas em profundidade realizadas com o auxílio de um instrumento semiestruturado, foram elaborados memorandos que também contribuíram com a análise dos dados. Para os profissionais de saúde do primeiro grupo amostral a pergunta inicial foi: “Conte sobre as tuas experiências envolvendo as ações, práticas de cuidado e/ou gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids”. A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2020 e novembro de 2021, de modo remoto ou presencial, a depender no momento da pandemia de COVID-19, da facilidade e do acesso para a sua utilização de diferentes ferramentas: videochamada via *Microsoft Teams*®; aplicativo de gravação de voz em meio a videochamada de *WhatsApp*® ou presencialmente; e gravação da ligação do celular. Após o aceite do participante, os dados foram gravados, transcritos com o auxílio do software *Microsoft Word*® 2013, e inseridos no software *Atlas.ti versão 9*® que permitiu o armazenamento, gerenciamento e recuperação os dados de modo a favorecer as comparações.

A análise dos dados foi realizada concomitantemente à coleta dos dados, sendo utilizadas as fases de codificação inicial, focalizada, axial, e teórica (CHARMAZ, 2009) até o momento em que os dados foram considerados saturados (Figura 13), momento em que as

principais categorias e categorias centrais estavam consolidadas (CHARMAZ, 2009; FONTANELLA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2019).

Figura 13 – Distribuição do número de novos códigos focais relacionados ao tema melhores práticas segundo a ordem das entrevistas. Chapecó/SC, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora.

Para a validação dos dados, foi utilizada a validação comunicativa, realizada em três etapas: (1) com os participantes - cada participante recebeu a transcrição da sua entrevista para conferência e possíveis ajustes; (2) entrevista com quatro avaliadores - uma pessoa que vive com HIV/aids, três profissionais de saúde (um da APS e um do SAE), e um profissional da gestão que não participou na etapa de coleta dos dados; e, (3) realização de entrevista com duas pesquisadoras *experts* em TFD (SOUZA, 2010; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Este estudo é oriundo de uma tese de doutorado intitulada “Melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção à saúde”, e respeitou todos os aspectos éticos preconizados pelas Resoluções nº 466/12, 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, bem como o OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS que trata dos procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer Consubstanciado número 3.956.203/2020, e CAAE número 29839720.1.0000.0121.

RESULTADOS 3

As melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde acontecem longitudinalmente em uma sequência temporal, se

entrecruzando atemporalmente em diferentes momentos, por meio de condições, ações e interações, e em consequências múltiplas e complementares. Os primeiros elementos a serem considerados para que as melhores práticas sejam desenvolvidas são os princípios e tecnologias cujo planejamento e organização precedem a chegada das pessoas nos serviços de saúde.

Os princípios e tecnologias acompanham as interações inerentes à longitudinalidade do cuidado, e se caracterizam pelo acesso, acolhimento, integralidade e a compreensão das articulações e dos fluxos de encaminhamento das pessoas entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde, as causas que levam à interrupções do vínculo entre as pessoas e a atenção primária à saúde, destacando, ao mesmo tempo, a importância da atenção especializada no cuidado, valorizando o regime terapêutico, incorporando tecnologias para a gestão do cuidado, e reconhecendo as suas limitações.

Então, assim oh: a gente não tem, é livre de preconceito, discriminação. Então isso faz com que ele se sintam mais acolhido, né? (GA2P5)

Aqui [APS] a gente perde, né? O controle um pouco de quem são os nossos pacientes HIV positivos, como eles estão, né? Ahm... a que pé anda o tratamento, como que está a real condição de saúde deles, né? Tu acabas perdendo o vínculo com esse paciente, porque ele acaba construindo um vínculo lá [SAE]. (GA1P7)

[...] eu acho que nós deveríamos receber uma capacitação, mas não uma capacitação de uma hora, é uma capacitação mais substanciada assim, uma mais profunda, para a gente chegar nesse paciente com um pouco mais de cuidado, um pouco mais de carinho, né? Porque esse paciente, dependendo de como ele ouve essa notícia de que ele está com o vírus, ou ele vai aderir ao tratamento, ou ele nem vai procurar o Hospital Dia [SAE], porque ele já vai achar que a vida dele está acabada. (GA1P20)

Os princípios e tecnologias favorecem as ações e interações que ocorrem no relacionamento entre profissionais, nas parcerias interinstitucionais, com as pessoas com HIV/aids e sua rede social constituída por parceiros, familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, equipe de saúde, em meio à multiplicidade de contextos do micro, meso, exo e macrossistema, onde se estabelecem as relações proximais. Essas relações refletem a realidade dinâmica e complexa da sociedade, e estão permeadas por contradições, pela omissão do diagnóstico perante a rede social, negação do HIV/aids, o sofrimento, a baixa adesão, abandono do tratamento, mas também pela valorização da atuação profissional e o envolvimento da equipe no apoio ao enfrentamento dos aspectos complexos do vírus e da doença, despontando uma relação fortalecida entre a pessoa e os profissionais de saúde.

Então, a gente insiste muito, a gente não... é uma questão que a gente sempre coloca: “Nós enquanto funcionários públicos, nós não podemos desistir do paciente, né? Ele desiste do tratamento, ele desiste de nós, ele pode desistir, é uma opção dele, agora nós não!” A gente dá um tempinho que ele precisa, mas de repente nós voltamos de novo, meio que “enchendo o saco”, né? “Olha, estamos aqui, teu medicamento tá aqui, o médico tá aqui, tem horário, quer agendar? Quer vir conversar?” Então a gente vai sempre insistindo com o paciente, né? (GA2P1)

Olha, pra mim no caso foi uma batalha mais que eu estou tentando levar a vida adiante. Então, não foi tão difícil porque a minha vida sempre foi meia sofrida, eu sempre tentei batalhar, tentei fazer as coisas. (GA3P10)

Eu acho que é o cuidado, né? Quando você vai entender porque esse paciente está querendo testar, né? Ahm, entender o contexto dele, que muitas vezes a gente atende profissional do sexo, a gente atende homossexuais, né? A gente tem que aceitar como que ele é, a gente não pode ter preconceito com isso, né? Porque ele deixou de usar preservativo ou porque teve relação sexual com muitas pessoas, né? Eu acho que esse é um cuidado bem importante, né? Não olhar para como isso aconteceu, olhar para o que precisa ser feito após esse diagnóstico. (GA1P18)

Porque eles [profissionais de saúde] torcem por mim, porque eles sabem! Eles tem o histórico da minha vida, né? (GA3P10)

O relacionamento entre profissionais, pessoas, família, equipe, parcerias e suporte social oportuniza a execução das práticas de saúde que contemplam a testagem rápida, estratégias para ampliar o diagnóstico precoce, o fortalecimento do cuidado, o acesso e a adesão ao regime terapêutico, ações educativas, preventivas e aos grupos, em meio ao enfrentamento de contradições, incertezas, tabus, estigma, discriminação, preconceito, medo e superação, esperança de que o estigma mude, insuficiência de relatórios nos sistemas de informação para o adequado monitoramento das pessoas, e os desafios inerentes à avaliação das práticas desenvolvidas. Cabe mencionar ainda que o enfermeiro foi considerado como o profissional de referência na APS para o aconselhamento, testagem e encaminhamento das pessoas soropositivas para o SAE e o protagonista na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids na APS.

E na comunidade também, volte e meia está no centro, em outros locais públicos para pegar todos os tipos de população de todas as faixas etárias, né? Então, a população que passa pelo local e que deseja fazer, o teste é feito o teste também, com o objetivo de atingir o maior número de pessoas, né? (GA2P3)

[...] Nós da equipe, ajudando com a família, então muitos nem, não querem contar para a família ainda, a gente respeita esse momento. (GA2P11)

Eu acho que a própria... bom... eu acho que dos dois lados, né? Tanto o... preconceito que a gente percebe que alguns profissionais tem, preconceito

não que fossem discriminar, mas que olham a pessoa que é soropositivo com olhos diferentes, né? Como se ela tivesse alguma coisa no cabelo ou na roupa. Enfim, né? só pelo fato de ser soropositivo. (GA1P19)

Até, ahm... não sabemos o número, o quantitativo de usuários nossos que convivem com o vírus, né? porque não temos essa informação, não é possível acessar essa informação no prontuário, nada. (GA1P13)

Ahm, um desafio que a gente tem também é a questão da religião, das crenças das pessoas, né? Ahm, tive uma paciente lá no [nome da Unidade] e tenho também uma paciente aqui no [nome da Unidade] que fala aquela coisa de que Deus curou, que ela não tem mais, né? E aí acaba confundindo às vezes um pouco porque como elas estão fazendo o tratamento certo e a carga viral começou a ficar indetectável. Elas acreditam na cura e acabam abandonando o tratamento, então é um desafio bem grande, sabe? (GA1P23)

As práticas de saúde são desenvolvidas a fim de obter a melhoria da qualidade de vida das pessoas com HIV/aids, entre outros resultados que convergem nessa direção. A qualidade de vida requer um atendimento multiprofissional qualificado, integral e longitudinal, com respeito à dignidade humana, voltado à pessoa e sua rede e suporte social, que promova a adesão ao regime terapêutico, e resulte na compreensão da importância do autocuidado contínuo e no cuidado do outro.

[...] Então, eu só estou citando esse paralelo pra dizer que é tão bom quando alguém entende a gente, quando alguém se importa, porque na verdade a gente percebe! Se tratando do SAE e do atendimento que eu tenho fora do SAE com relação a isso, é que as pessoas realmente se importam! Eu, realmente me faz muito bem! Eu me sinto seguro, tranquilo. (GA3P8)

Nossa! Não... é... sei lá, eu não sei mensurar em palavras, mas nossa! [Ser bem atendido] É tudo! Eu acho que todo mundo precisa disso! (GA3P8)

Ah, significa assim que a gente tem, que é um ser humano em primeiro lugar, né? (GA3P9)

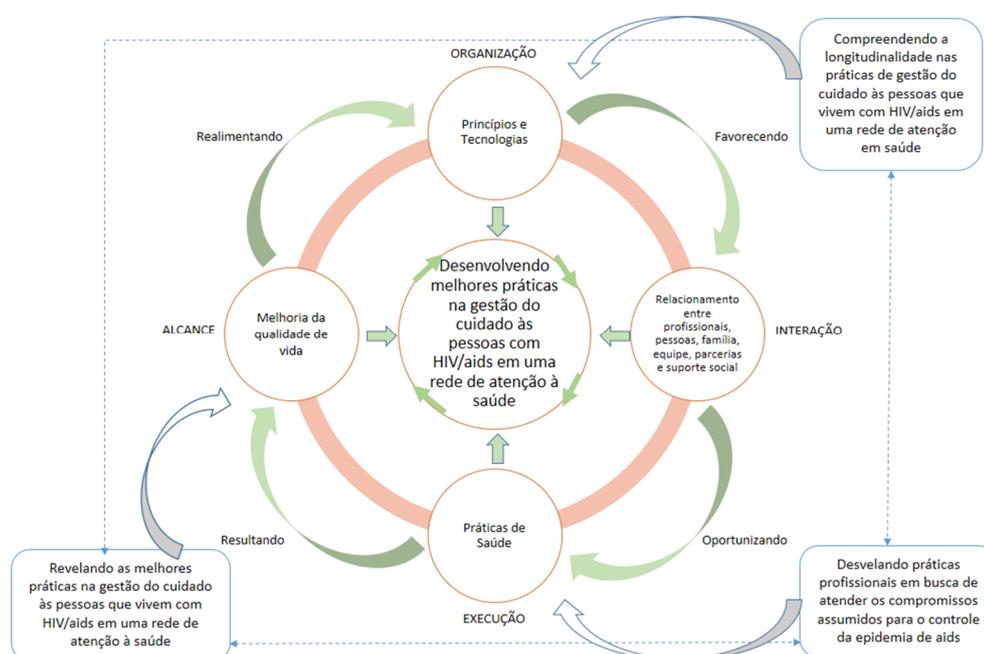
Então, antigamente, se assustou tanto, né? A gente não tinha o antirretroviral, se conhecia pouco desse diagnóstico... Então, hoje, a gente já avançou tanto, nós temos medicamentos com menos efeitos lipodistróficos. A qualidade de vida da pessoa vivendo com HIV/aids está muito boa. Então, é preciso que eles saibam disso! (GA2P11)

A qualidade de vida é praticamente 100%, a mesma qualidade de vida que se não tivesse doença alguma! (GA3P9)

É qualidade de vida que eles podem ter eu acho, né? Uma vida normal, né? Como... eu acho que eles tem um... essa é a qualidade de vida deles mesmo, essas práticas que a gente pode desenvolver, já que não tem a cura mas tem o tratamento bem adequado, né? Então, é só eles se cuidarem que eles vão conseguir ter uma qualidade de vida normal. (GA2P4)

Os significados atribuídos pelos participantes do estudo sobre as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids remetem à organização de princípios e tecnologias que constituem condições que favorecem as ações e a interação desenvolvida no relacionamento entre profissionais, pessoas e sua rede social, além de parcerias institucionais, oportunizando a execução das práticas de saúde que promovem a ampliação do diagnóstico e tratamento precoce, e tem como consequência o alcance da melhoria da qualidade de vida, a qual realimenta a organização de princípios e tecnologias, possibilitando a compreensão das melhores práticas em um movimento gerador que organiza, interage, executa e alcança, em constante aprimoramento, inseparáveis e interdependentes, como um circuito recursivo em que os produtos e efeitos são causadores daquilo que os produz. Assim, configura-se o fenômeno: “Desenvolvendo melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde” que está representado na Figura 9.

Figura 9 – Modelo teórico interpretativo das melhores práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

DISCUSSÃO 3

A organização de princípios e tecnologias necessários para as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids requer suportar as incertezas, a ambiguidade, a coexistência entre a ordem e a desordem, e olhar criticamente para a

necessidade de aprimoramento da linha de cuidado em HIV/aids, que contemple espaços de capacitação profissional, entendendo que é preciso interligar as diferentes dimensões do real, e considerar que somos reflexo e refletimos a sociedade (MORIN, 2014; 2015). A APS constitui o ponto da RAS preferencial para o início dessa linha de cuidado, e possui entre outros atributos a longitudinalidade que remete ao uso do serviço de saúde ao longo do tempo (STARFIELD, 2002). Esta condição é indispensável para o atendimento de pessoas que vivem com condições crônicas como o HIV, e precisam do constante monitoramento de sua condição de saúde, além de outras necessidades e demandas, advindas não só dos aspectos clínicos, mas de questões individuais, familiares, sociais, entre outras.

O acesso tem sido permeado pelo acolhimento à demanda espontânea, ações programáticas, e mais recentemente pelo acesso avançado. A ampliação do acesso ao diagnóstico e regime terapêutico subsidiam a organização de arranjos e ofertas de cuidado para as pessoas que vivem com HIV/aids (MELO *et al.*, 2021). A integralidade constitui um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e um dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), assim como a atenção ao primeiro contato, que envolve o acesso e o uso da APS a cada novo problema ou episódio de uma situação de saúde (STARFIELD, 2002; GUEDES *et al.*, 2021). A integralidade é abrangente e transcende o acesso aos serviços, sendo primordial para fornecer uma assistência contínua, e pode ser compreendida como uma construção coletiva para a organização das práticas de saúde em busca de efetivar o disposto nas políticas públicas de saúde, requerendo a transposição de barreiras que possam fragilizar ou distanciar a criação de vínculos e acolhimento com o usuário (GUEDES *et al.*, 2021).

As RAS estão organizadas como um sistema com vários serviços de saúde, e sua operacionalização depende da articulação de seus elementos constitutivos, ou seja, população ou região de saúde definidas, estrutura operacional, e sistema lógico de funcionamento (KLEINUBING *et al.*, 2021). As RAS buscam ofertar uma atenção integral e contínua, superando o modelo fragmentado da assistência, e são coordenadas pela APS por meio de linhas de cuidado (GUEDES *et al.*, 2021). A implantação da estratégia de linha de cuidado possibilita repensar a organização e a gestão do trabalho nos serviços de saúde, e potencializar a qualidade da atenção oferecida às pessoas vivendo com HIV, especialmente se houver participação efetiva dos profissionais dos diferentes pontos de acesso e gestores na construção da linha (KLEINUBING *et al.*, 2021). O HIV/aids como condição crônica são reafirmados por meio da implantação dessa linha de cuidado pelo Ministério da Saúde, no Brasil, em 2021, que tem por objetivo qualificar e ampliar o acesso ao diagnóstico, tratamento e cuidado contínuo (BRASIL, 2022b).

A troca de informação e os aprendizados informais podem ocasionar fragilidades na relação de vínculo com os usuários, e para evitar isso, sugere-se inserir o tema e a organização da linha de cuidado na formação e educação permanente voltada aos profissionais (KLEINUBING *et al.*, 2021). As capacitações e a educação permanente constituem instrumentos de mudança nas práticas sociais, e potencializam a integralidade e a execução de políticas (GUEDES *et al.*, 2021). Além do investimento nessas tecnologias leves, faz-se necessário o investimento em tecnologias diagnósticas e terapêuticas, assim como na articulação entre os serviços, possibilitando a condução das pessoas entre os diferentes pontos da RAS (KLEINUBING *et al.*, 2021).

As tecnologias em saúde são utilizadas para o atendimento da pessoa e podem ser procedimentos, medicamentos, protocolos e produtos (RODRIGUES; PEREIRA, 2021). O prontuário eletrônico também constitui uma tecnologia que tem trazido benefícios para o cuidado, como o aprimoramento dos sistemas de vigilância de doenças e gestão das informações de saúde dos pacientes, o que confere suporte à decisão clínica, mas também possui alguns desafios como necessidade de infraestrutura e suporte técnico, resistência de alguns profissionais, ou mesmo o distanciamento entre eles e os pacientes, além do custo elevado (ÁVILA *et al.*, 2022).

As tecnologias avançam na área da saúde integrando o espaço virtual ao mundo físico, tornando os serviços “inteligentes” uma vez que utilizam a inteligência artificial e a robótica. Essas tecnologias denominadas Saúde 4.0 otimizam o trabalho profissional e elevam a satisfação dos pacientes, e o prontuário eletrônico pode ser considerado um documento chave na evolução dos serviços de saúde (XAVIER; GOTTSCHALG-DUQUE, 2021) pois permite conectar, estar ciente de tudo o que se relaciona à demanda atual, contribuindo para a tomada de decisão, qualidade e segurança durante os atendimentos.

No sistema público de saúde, o prontuário eletrônico do paciente constitui um importante avanço no que se refere à gestão do cuidado na APS, uma vez que potencializa o planejamento do cuidado, favorecendo a construção de vínculos entre profissionais e pacientes, organização de fluxos, qualidade do atendimento, melhoria da comunicação entre a equipe e entre a APS e os diferentes pontos da RAS (ÁVILA *et al.*, 2022). Quanto mais um sistema desenvolve a sua complexidade, maior será a sua autonomia, e o ser humano, para desenvolver a sua autonomia individual e psicológica suporta a dependência ao sistema, porque não há autonomia sem dependência (MORIN, 2005).

As fragilidades relacionadas à vigilância em saúde, especialmente no monitoramento e avaliação relacionada ao HIV/aids, que pode estar relacionada com limitações nos sistemas

de informação ou nos dados disponibilizados pela gestão. Um exemplo é quando a equipe de saúde desconhece o número de pessoas vivendo com HIV/aids em seu território na APS, diferente do que acontece em outras condições já consagradas, como as gestantes. Para o atendimento, os protocolos clínicos são considerados ferramentas que orientam o manejo e estabelecem critérios para o encaminhamentos das pessoas que vivem com HIV/aids (MELO *et al.*, 2021). No Brasil, para o grupo “algumas doenças infecciosas e parasitárias”, o HIV obteve o maior número de incorporações de tecnologias voltadas ao seu tratamento no SUS no período de 2012 a 2019, devido à necessidade de controle da doença por tratar de um problema de saúde pública (RODRIGUES; PEREIRA, 2021). O mundo fenomênico é complexo e tudo está interligado. Para conhecer o todo, é preciso conhecer particularmente cada uma das partes, e estar ciente de que a parte está no todo, e o todo é mais do que a soma das partes. O movimento circular que permite ir da parte para o todo e do todo para a parte possibilita compreender o fenômeno (MORIN, 2014; 2015).

A falha nas medidas de prevenção da infecção pelo HIV, com as condutas sexuais de risco como o não uso de preservativo, relações com múltiplos parceiros e abuso de substâncias psicoativas ocasionam o aumento do contágio pelo HIV. As pessoas com maior chance de contrair o vírus são aquelas que não se sentem em risco e por isso não se previnem. Nesse contexto, a resiliência pode ser um construto utilizado tanto para a prevenção, diminuindo comportamentos de risco, quanto para viver com HIV com qualidade de vida. A resiliência se refere à capacidade de adaptação frente a um problema, ou superação de traumas, ou ainda, de lidar com situações estressantes, caracterizando um processo dinâmico em busca de uma adaptação positiva diante de uma grande adversidade, a qual possui propriedades individuais e nas expressões e interações interpessoais, sociais, históricas, genéticas e epigenéticas (ARAÚJO *et al.*, 2019).

A resiliência em pessoas vivendo com HIV pode ocorrer por motivações intrínsecas, como a espiritualidade e o desejo de viver, e por motivações extrínsecas, como o desejo de apoio psicossocial, e precisa ser valorizada para o enfrentamento das adversidades relacionadas a viver com HIV/aids, como os estereótipos negativos, preconceitos e a exclusão social. O medo do estigma e do preconceito faz com que as pessoas optem por não revelar sua condição sorológica e acabam não recebendo apoio social de familiares e de outras pessoas que também vivem com HIV (ARAÚJO *et al.*, 2019). A discriminação e estigmatização social são fatores relevantes a serem considerados nas políticas públicas (FONSECA *et al.*, 2020). A melhoria das redes de apoio social contribuem para o aumento da autoestima e bem estar entre jovens que vivem com HIV (MUWONGE, *et al.*, 2022).

A espiritualidade e religiosidade contribuem para os processos de resiliência e proteção à saúde, e influenciam na vida e na saúde mental das pessoas, constituindo um recurso de enfrentamento para as pessoas que vivem com HIV/aids (MONTEIRO *et al.*, 2020). Doenças crônicas como o HIV/aids interferem na dinâmica existencial de uma pessoa, envolvendo aspectos de âmbito social, financeiro, físico, e/ou cultural, uma vez que também acarretam impactos psicológicos. Entre as mudanças, surgem as questões espirituais e religiosas, que podem contribuir ou interferir no regime terapêutico (SANTOS *et al.*, 2020).

A espiritualidade foi reconhecida como uma estratégia terapêutica, e compreendida enquanto a busca de cada indivíduo para um sentido último, que pode ser através de uma crença em Deus ou em deuses, religiões, correntes filosóficas e artes. Contudo, a espiritualidade pode ter uma influência positiva quando a pessoa encontra suporte para a superação da condição crônica e suas adversidades, ou uma influência negativa quando reforça a culpa e sofrimento causando desestabilização emocional e psicológica. A espiritualidade afeta diretamente o comportamento da pessoa, e a melhora da qualidade de vida tem relação com a mesma uma vez que conferem fontes de apoio social (SANTOS *et al.*, 2020). A religiosidade e espiritualidade estão entre os elementos de apoio perante as fraquezas expostas pelo HIV/aids, e podem ser uma fonte de suporte e resiliência para o tratamento dessas pessoas (VALENTE; CAVALCANTI, 2021).

O diagnóstico do HIV acarreta impacto social e emocional que carrega também desafios frente às relações sociais no âmbito do trabalho, família, e na vida em comunidade, que interferem na adesão ao tratamento. Assim sendo, são necessários dispositivos que atentem para as condições de saúde e também para as relações sociais das pessoas (ANDRADE *et al.*, 2022). A rede social é o sistema de interação que ocorre tanto em ambientes restritos onde as pessoas interagem o tempo todo, como na interconexão entre os ambientes (LINARES *et al.*, 2002; MARTINS; SZYMANSKI, 2004), e possibilita a compreensão sobre como essas redes influenciam as atitudes das pessoas perante suas necessidades de saúde, uma vez que exercem função de apoio ou contenção frente às demandas sociais e pessoais.

Pessoas com uma maior rede social podem desenvolver mais resiliência e utilizar mais recursos psicológicos e de proteção diante dos aspectos que envolvem o HIV (ANDRADE *et al.*, 2022). O suporte social possui um impacto positivo para a adesão ao tratamento, e a família foi identificada como a principal fonte de apoio para as pessoas que vivem com HIV/aids. Assim, as estratégias de cuidado em saúde requerem o monitoramento precoce acerca de possíveis falhas na adesão, bem como uma comunicação eficiente entre a pessoa e os

profissionais de saúde, reconhecendo a sua rede social a fim de melhorar as condições promotoras da adesão (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O apoio ou suporte social está diretamente relacionado com a saúde, e trata-se de um construto multidimensional que envolve o pertencer a uma rede social, o apoio emocional entendido como empatia, carinho e confiança, e o apoio instrumental, ou seja, o compartilhamento de tarefas. Pessoas com alta qualidade de relacionamentos sociais têm menor risco de mortalidade ou de resultados negativos de saúde. Sentir-se integrante e valorizado nos relacionamentos promove melhores resultados de saúde com aumento da auto eficácia do tratamento. Contudo, o suporte social nem sempre pode ser positivo porque algumas pessoas, particularmente mulheres, podem estar envolvidas em relações sociais em que o estigma em relação a soropositividade pode desencadear turbulências em relações com indivíduos que normalmente são uma fonte de apoio, sendo uma barreira para o tratamento (CHANDRAN *et al.*, 2019). É preciso considerar uma visão plural para compreender o ser humano complexo e multidimensional, que está inserido em um meio com interações, retroações, determinações e acasos, sendo capaz de lidar, dialogar e até mesmo negociar com o mundo real, em busca de uma compreensão sobre os motivos que levam as pessoas a agir de determinado modo (MORIN, 2014; 2015; MORIN; ANDRADE, 2014).

No estudo de Andrade *et al.* (2022), a revelação do diagnóstico aconteceu para alguns membros da família, e os laços foram fortalecidos na atenção secundária em virtude do cuidado específico, fato que corrobora com o presente estudo em que emergiram as relações entre pessoas que vivem com HIV/aids e os profissionais de saúde de modo mais fortalecido e com vinculação de reciprocidade e confiança na atenção especializada, sobrepondo, em muitos casos, a vinculação existente com familiares, amigos ou colegas de trabalho.

A desinformação gera exclusão e vergonha. O conhecimento sobre questões envolvendo o contágio e a prevenção do HIV têm um potencial de transformação, transmitindo esperança e fortalecendo vínculos entre pessoas e profissionais, bem como uma visão positiva dos profissionais de saúde. A ética e a humanização no cuidado ultrapassam a racionalidade técnico-científica enquanto potencial para o desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida para as pessoas com HIV (MELO; MELLO, 2021). Além disso, é preciso considerar que a baixa literacia em saúde para o HIV constitui um desafio porque pode levar a não adesão ao regime terapêutico. Uma comunicação clara entre paciente e profissional contribui para que as pessoas que vivem com HIV/aids possam tomar decisões informadas sobre o autocuidado e gerenciem efetivamente as próprias condições de saúde (REYNOLDS *et al.*, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua qualidade de vida como a percepção que cada indivíduo possui acerca da sua posição na vida, seus objetivos, expectativas, padrões e preocupação dentro do contexto cultural com sistemas de valores (ORLEY; KUYKEN, 1994). A qualidade de vida, considera a subjetividade inerente à percepção e atitudes diante de enfermidades e doenças de cada pessoa, com base nas necessidades humanas essenciais, espirituais, materiais, e de promoção da saúde. O HIV/aids é uma condição crônica que gera várias consequências biopsicossociais que podem impactar na qualidade de vida, por isso, a preocupação das pessoas que vivem com HIV/aids vai além da eficácia dos tratamentos que prolonguem a vida, mas inclui as esferas pessoais e sociais, e as relações interpessoais (DOMINGUES; OLIVEIRA; MARQUES, 2018). Assim, o autocuidado constitui um aspecto que precisa ser considerado para que as pessoas que vivem com HIV/aids alcancem a qualidade de vida. Estratégias de autocuidado como o uso de tecnologias em aplicativos por meio de dispositivos móveis possibilitam o compartilhamento de informações em tempo real e a interação das pessoas que vivem com HIV/aids (CUNHA *et al.*, 2022).

A qualidade de vida requer mudanças de estilo de vida e a incorporação do regime terapêutico no cotidiano da pessoas que vivem com HIV/aids, e a compreensão sobre quais fatores da qualidade de vida podem ser modificados contribui para a tomada de decisão, efetivar estratégias de cuidado, otimizar recursos, e promover o bem-estar dessas pessoas. Corroborando com os aspectos emergentes no presente estudo, a qualidade de vida contempla o cuidado com a própria saúde, e também com o outro, especialmente na dimensão físico-corporal, com realce para a alimentação saudável, a atividade física, e outras práticas de promoção da saúde, com o cuidado medicamentoso, e o cuidado psicossocial (DOMINGUES; OLIVEIRA; MARQUES, 2018).

Existe uma relação entre qualidade de vida e adesão ao tratamento. Entre os aspectos que comprometem a qualidade de vida das pessoas com HIV/aids estão a preocupação com o sigilo, e situação financeira, além de uma carga viral acima de 50 cópias por decímetro cúbico de sangue, ao passo que a confiança no profissional de saúde promove a adesão ao tratamento e à condição de vida das pessoas com HIV/aids (PRIMEIRA *et al.*, 2020). A qualidade de vida pode ser compreendida com base em fatores que influenciam a vida positivamente, como os hábitos de vida saudável, ou negativamente, como o estigma, preconceito e dificuldade de adesão ao tratamento, tendo em vista aquilo que se considera desejável (ALMEIDA-CRUZ *et al.*, 2021).

As melhores práticas são desenvolvidas em meio a interações e retroações múltiplas, complementares e interdependentes que constituem a complexidade do mundo fenomênico,

admitindo a coexistência de contrariedades que possibilitam refletir criticamente sobre a realidade plural e multidimensional, e ao mesmo tempo abrem espaço para o novo, em um movimento contínuo de ordem, desordem, interação e organização, o qual nos permite compreender que jamais poderemos escapar da incerteza porque não é possível atingir um saber total (MORIN, 1996, 2005, 2014; 2015; MORIN; ANDRADE, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS 3

O modelo teórico interpretativo do fenômeno “Desenvolvendo melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde” apresenta-se como um circuito recursivo que contempla a organização de princípios e tecnologias favorecendo as ações e interações entre profissionais, pessoas e sua rede social, com parcerias interinstitucionais, oportunizando a execução de melhores práticas de saúde, e resultando no alcance da melhoria da qualidade de vida que retroalimentam os princípios e tecnologias.

Os princípios e tecnologias que emergem no estudo constituem condições iniciais para que as melhores práticas sejam desenvolvidas, um ponto de partida que não desvaloriza quaisquer outros princípios expressos nas políticas públicas ou valorizados em diferentes referenciais. As ações e interações revelam a dualidade presente no cotidiano de vida das pessoas com HIV/aids, bem como nos diferentes serviços de saúde, que possibilita a organização e a reorganização das ações e práticas de saúde, bem como o reconhecimento dos aspectos potencializadores do cuidado em saúde. As consequências expressam os resultados esperados para a vida das pessoas frente às práticas de gestão do cuidado em HIV/aids e que provêm o autocuidado e o alcance da qualidade de vida.

Entre as limitações do presente estudo pontua-se o desenvolvimento da pesquisa em apenas um município em que o cuidado está centralizado na Atenção Especializada, não permitindo a generalização dos resultados. As principais contribuições do estudo consistem no desenvolvimento de um modelo teórico interpretativo validado e com potencial de replicabilidade em investigações em outras realidades, e na sinalização do enfermeiro como protagonista da gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids na Atenção Primária.

Espera-se que a elaboração de um modelo teórico interpretativo, bem como a compreensão sobre as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde possam contribuir para o cuidado oferecido a essas pessoas, e com a prática profissional, sob um aspecto que transcende as questões clínicas do

HIV/aids, mas que reconhece a complexidade do cuidado em saúde que é permeada por inúmeras ações e interações com consequências múltiplas e complementares e que requerem a participação ativa dessas pessoas.

REFERÊNCIAS 3

ALMEIDA-CRUZ, Maria Cristina Mendes *et al.* Percepções acerca da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV. **Escola Anna Nery** [online]. v. 25, n. 2, e20200129, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0129> Acesso em: 24 mai. 2022.

AMORIM, Thaynara Ferreira de; DUARTE, Lucélia da Silva. Perfil Epidemiológico de casos notificados de HIV no estado de Goiás. **Rev Cient Esc Estadual de Saúde Pública "Cândido Santiago"**. v. 7, 2021. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/326> Acesso em: 11 abr. 2022.

ANDRADE, Séfora Luana Evangelista de *et al.* Structure of social networks of people living with HIV and AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. v. 56, e20210525, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0525> Acesso em: 24 mai. 2022.

ARAÚJO, Ludgleyson Fernandes de *et al.* Análise da Resiliência entre Pessoas que Vivem com HIV/AIDS: Um Estudo Psicossocial. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [online]. v. 35, e35416, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35416> Acesso em: 23 mai. 2022.

ÁVILA, Grazielly Soares *et al.* Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em equipes de saúde da família. **Cogitare Enferm.** [Internet]. n. 27. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.79641> Acesso em: 24 mai. 2022.

BHERING, Eliana; SARKIS, Alessandra. Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil. **Horizontes**. v. 27, n. 2, p. 7-20, jul./dez. 2009. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://lyceumononline.usf.edu.br/webp/portalUSF/itatiba/mestrado/educacao/uploadAddress/RevistaHorizontes_web\[16555\].pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://lyceumononline.usf.edu.br/webp/portalUSF/itatiba/mestrado/educacao/uploadAddress/RevistaHorizontes_web[16555].pdf) Acesso em: 13 mai. 2022.

BRONFENBRENNER, Urie; EVANS, Gary W. Developmental Science in the 21st Century: Emerging Questions, Theoretical Models, Research Designs and Empirical Findings. **Social Development**. v. 9, p. 115-125. 2002. Disponível em: <https://doi.org.ez46.periodicos.capes.gov.br/10.1111/1467-9507.00114> Acesso em: 16 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Saúde lança Linha de Cuidado HIV/Aids para profissionais da área, gestores e cidadãos**. 2022b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha> Acesso em: 23 mai. 2022.

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos> Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de vigilância em saúde**. Volume único [recurso eletrônico]. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf> Acesso em: 13 nov. 2020.

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. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadoresas-e-gestores> Acesso em: 13 nov. 2020.

BRASIL. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. UNIC Rio. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf> Acesso em: 04 ago. 2022.

CELUPPI, Ianka C. *et al.* Gestão no cuidado às pessoas com HIV na Atenção Primária à Saúde em tempos do novo coronavírus. **Rev Saude Publica**. v. 56, n. 13, 2022a. <https://doi.org/10.11606/s15188787.2022056003876> Acesso em: 16 mai. 2022.

CELUPPI, Ianka C. *et al.* Melhores práticas de gestão no cuidado ao HIV: scoping review. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 46, n. 133, p. 571-584, abr-jun 2022b. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/54/94> Acesso em: 23 mai. 2022

CHANDRAN, Aruna; BENNING, Lorie; MUSCI, Rashelle J., *et al.* The Longitudinal Association between Social Support on HIV Medication Adherence and Healthcare Utilization in the Women's Interagency HIV Study. **AIDS Behav**. n. 23, p. 2014–2024, 2019. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2308-x> Access on: Jul. 28, 2022.

CHAPECÓ (SC). Prefeitura de Chapecó. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Chapecó/SC Gestão 2022-2025**. Chapecó, 2021.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da teoria fundamentada**: Guia prático para análise qualitativa. Traduzido por Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COLAÇO, Aline Daiane *et al.* O cuidado à pessoa que vive com HIV/AIDS na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 28, e201703392019, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0339> Acesso em: 04 ago. 2022.

CORBIN, Juliet; STRAUSS, Anselm. **Basics of qualitative research**. United States of America: SAGE Publications, 2015.

CUNHA, Maria da Conceição dos Santos Oliveira *et al.* Uso de tecnologias e aplicativos móveis no autocuidado de pessoas vivendo com HIV/aids: revisão integrativa de literatura. **Recima21 - Revista Científica Multidisciplinar**. v. 3, v. 6, p. E361522, 2022. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1522> Acesso em: 28 jul. 2022.

DOMINGUES, Juliana Pereira; OLIVEIRA, Denize Cristina de; MARQUES, Sergio Correa. Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. v. 27, n. 2, e14600172018, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180001460017> Acesso em: 24 mai. 2022.

FONSECA, Luciana Kelly da Silva *et al.* Análise da estigmatização no contexto do HIV/AIDS: Concepções de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.** Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 1-15, ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202013e14757> Acesso em: 23 mai. 2022.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2; p. 389-394, fev., 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020> Acesso em: 17 jun. 2021.

GUEDES, Haline Costa dos Santos *et al.* Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV. **Escola Anna Nery** [online]. v. 25, n. 1, e20190386, 2021. Acesso em 16 mai. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0386>

GONÇALVES, Leandra Fagan Rodrigues *et al.* Caracterização epidemiológica e clínica do HIV/Aids: associações com a mortalidade. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5293, 8 jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5293.2021> Acesso em: 12 mai. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. Santa Catarina. Chapecó. **População**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/chapeco/panorama> Acesso em: 03 dez. 2021.

KLEINUBING, Raquel Einloft *et al.* Construção de uma linha de cuidado para atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV. **Escola Anna Nery** [online]. v. 25, n. 5, e20210033, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0033> Acesso em: 17 mai. 2022.

LINARES, Esperanza Torrico *et al.* El modelo ecológico de bronfenbrenner como marco teórico de la psicooncología. **Anales de Psicología**. n. 18, v. 1, p. 45-59, 2002. Disponível em: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28601> Acesso em: 13 mai. 2022.

MARTINS, Edna; SZYMANSKI, Heloisa. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. **Estud. pesqui. psicol.** Rio de Janeiro. v. 4, n. 1, jun. 2004.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812004000100006&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 13 mai. 2022.

MELO, Dayana Souza de; MELLO, Rosâne. Representações sociais de pessoas vivendo com HIV: autopercepção da identidade egoecológica. **Saúde em Debate** [online]. v. 45, n. 131, p. 1101-1110. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113112> Acesso em: 8 jun. 2022.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 37, n. 12, e00344120, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00344120> Acesso em: 17 mai. 2022.

MONTEIRO, Daiane Daitx *et al.* Espiritualidade / religiosidade e saúde mental no brasil: uma revisão. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 40, n. 98, p. 129-139, jun. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 25 mai. 2022.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução Eliane Lisboa. 5 ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

MORIN, Edgar; ANDRADE, José Maria Tavares de. **Iniciação ao pensamento complexo**. Centro Edgar Morin - IIAC/EHESS/CNRS. Edição do Kindle. Paris, 2014.

MUWONGE, C. M. *et al.* Psychological well-being among young people living with HIV: role of social support, self-esteem and socio-demographic variables. In: Schutte, L., Guse, T., Wissing, M.P. (eds) **Embracing Well-Being in Diverse African Contexts: Research Perspectives**. Cross-Cultural Advancements in Positive Psychology. V. 16. Springer, Cham. 2022. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-030-85924-4_8 Access on: Jul. 28, 2022.

NG, Eileen; COLOMBANI, Pierpaolo de. Framework for selecting best practices in public health: a systematic literature review. **Journal of public health research**. vol. 4, n. 3, p. 157-170, 2015. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693338/> Access on: Ago. 04, 2022.

OLIVEIRA, Rafael da Silva *et al.* Association between social support and adherence to anti-retroviral treatment in people living with HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 41, e20190290, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190290> Acesso em: 28 jul. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional Africano. **Guia para documentação e partilha das melhores práticas em programas de saúde**. Brazzaville, 2008.

ORLEY, John; KUYKEN, Willen. Division of Mental Health. World Health Organization. **Quality of Life Assessment: International Perspectives**. Springer-Verlag: Geneva, Switzerland. 1994. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-79123-9_4 Acesso em: 24 mai. 2022.

PRIMEIRA, Marcelo Ribeiro *et al.* Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. v. 33, eAPE20190141, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0141>. Acesso em: 24 mai. 2022.

REYNOLDS, Raquel *et al.* Health literacy and health outcomes in persons living with HIV disease: a systematic review. **AIDS Behav.** n. 23, p. 3024–3043, 2019. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02432-9> Access on: Jul. 28, 2022.

RODRIGUES, Francisco José; PEREIRA, Michelly Cristiny. O perfil das tecnologias em saúde incorporadas no SUS de 2012 a 2019: quem são os principais demandantes? **Saúde em Debate** [online]. v. 45, n. 130, p. 707-719, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113011> Acesso em: 23 mai. 2022.

SANTOS, Lucas Antonio de Oliveira *et al.* A espiritualidade como ferramenta no enfrentamento do HIV/AIDS. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health.** v. 12, n. 10, e4513, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4513.2020> Acesso em: 25 mai. 2022.

SILVA, Marcelle Miranda da *et al.* Aspectos históricos e características metodológicas da teoria fundamentada nos dados. In: LACERDA, Maria Ribeiro; SANTOS, José Luís Guedes dos. **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas.** Porto Alegre: Moriá, 2019.

SOUZA, Sabrina da Silva de. **Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais.** 2010. 258 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/93758> Acesso em: 26 mai. 2022.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf> Acesso em: 04 ago. 2022. STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

VALENTE, Tânia Cristina de Oliveira; CAVALCANTI, Ana Paula Rodrigues. Spiritual needs of HIV-infected persons from Brazil. In: BÜSSING, Arndt (Ed). **Spiritual needs in research and practice.** Palgrave Macmillan: Switzerland, 2021.

XAVIER, Andréia Castro Costa; GOTTSCHALG-DUQUE, C. Prontuário eletrônico do paciente: qual a contribuição da arquivística e do Smart Contracts para a sua gestão na Era da Saúde 4.0? **AtoZ: novas práticas em informação e conhecimento** [online]. v. 10, n. 3, p. 1–10, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/atoz.v10i3.81267> Acesso em: 26 jul. 2022.

ZOCHE, Denise Antunes de Azambuja; ADAMY, Edlamar Katia; LIMA, Claudia Feio da Maia. Perspectiva construtivista da Teoria Fundamentada nos Dados. In: LACERDA, Maria Ribeiro; SANTOS, José Luís Guedes dos. **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas.** Porto Alegre: Moriá, 2019. p. 105-127.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender o significado das melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids sob a perspectiva das equipes multiprofissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde e no serviço especializado para esta população no município de Chapecó/SC. Além deste objetivo primário, foram delineados três objetivos secundários, os quais deram origem a três categorias centrais que culminaram com a eclosão do fenômeno “Desenvolvendo melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids”.

No total, foram realizada 45 entrevistas em profundidade com 24 profissionais que atuam na atenção primária de 19 Centros de Saúde da Família de Chapecó, 11 profissionais que atuam no SAE, e 10 pessoas que vivem com HIV/aids. As entrevistas deram origem a 2.330 códigos iniciais, 429 códigos focais que foram organizados a fim de atender aos três objetivos do estudo, sendo utilizados 240 códigos focais que deram origem as subcategorias, e foram organizadas 24 categorias e três categorias centrais. A análise dos dados seguiu um rigoroso processo ancorado na Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista, a qual tem como prioridade o fenômeno em estudo e admite que dados e teorias são cocriados em meio à interação e relações estabelecidas com os participantes. A organização das categorias foi permeada pelo Pensamento Complexo, o qual abarca a diversidade para atingir a complexidade do todo, admitindo a ordem, a desordem, a ambiguidade e a incerteza, compreendendo que somos produzidos e produzimos, somos o reflexo e refletimos a sociedade. O pensamento complexo contempla uma visão plural para interpretar o ser humano e o mundo fenomênico.

A primeira categoria central “Compreendendo a longitudinalidade nas práticas de gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde”, está sustentada por oito categorias e 54 subcategorias. As categorias são: Contemplando o acesso das pessoas que vivem com HIV/aids na RAS; Considerando o acolhimento como um momento único; Compreendendo os fluxos de encaminhamento da pessoa com HIV/aids na atenção primária à saúde; Conhecendo os fluxos e articulações do SAE para o atendimento das pessoas que vivem com HIV/aids; Percebendo a interrupção do vínculo da pessoa com HIV/aids com a atenção primária à saúde; Evidenciando que o acompanhamento da pessoa com HIV/aids na APS depende da iniciativa desses profissionais; Reconhecendo o SAE como uma referência e sua qualidade no atendimento; Conferindo importância ao regime terapêutico da pessoa com HIV/aids. As categorias foram elaboradas à luz dos pressupostos teóricos estabelecidos na Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista, e portanto não foram pré-selecionadas.

A articulação entre essas categorias revelou um cuidado com duas principais portas e entrada, a APS e o SAE. Quando o cuidado inicia na atenção primária à saúde, geralmente ocorre uma interrupção no vínculo entre a pessoa e o profissional da APS no que se refere ao cuidado em HIV/aids, mas quando inicia no SAE a pessoa se mantém nesse serviço, haja vista a organização ser realizada de modo centralizado. Apesar de o HIV/aids ser considerada uma condição crônica, o cuidado é ordenado pelo serviço especializado. Existem esforços pontuais dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde para manter o seguimento do regime terapêutico dessas pessoas, mas questões como a necessidade de aprimoramento da linha de cuidado, reduzido número de capacitações em função do grande número de profissionais na atenção primária, e falta de integração do prontuário eletrônico, acabam por fragilizar a continuidade das iniciativas. A atuação do SAE é reconhecida como referência e valorizada tanto pela atenção primária à saúde quanto pelas pessoas que vivem com HIV/aids, bem como a importância atribuída ao regime terapêutico.

A segunda categoria central “Desvelando práticas profissionais em busca de atender os compromissos assumidos para o controle da epidemia de aids” está sustentada por 58 subcategorias e sete categorias. As categorias são: Realizando os testes rápidos; Ampliando o diagnóstico precoce; Promovendo a adesão ao regime terapêutico; Entendendo as contradições que envolvem a adesão ao regime terapêutico; Desvelando o tabu, preconceito, discriminação e estigma; Vivenciando o medo e a superação profissional frente ao HIV/aids; e, Utilizando sistemas de informação e alguns indicadores.

A organização dessas categorias revelou que os testes rápidos estão amplamente distribuídos na atenção primária à saúde, o que favorece a ampliação o diagnóstico precoce, e os profissionais realizam o acolhimento, aconselhamento, solicitação de sorologias, testagem rápida como rotina no pré-natal do casal, nas campanhas, mutirões e eventos, além de outras práticas de promoção da saúde e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. O acolhimento e o aconselhamento são considerados momentos importantes na vinculação com o paciente para promover a adesão ao regime terapêutico, mas existem outros aspectos que podem interferir na adesão, desencadeando a necessidade de busca ativa e a escuta atenta para compreender os motivos que levam as pessoas a não adesão ou ao abandono.

Entre os aspectos que interferem na adesão, estão o estigma, o preconceito, e o medo da discriminação de outras pessoas. Desvelou-se a forte presença do estigma e do preconceito das próprias pessoas que vivem com HIV/aids, que encontram em sua nova condição uma oportunidade para rever os próprios paradigmas, o preconceito entre familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho. O preconceito e a discriminação também foram reconhecidos

pelos profissionais de saúde como algo que ainda está presente nos serviços de saúde. Além disso, o monitoramento da adesão ao regime terapêutico é trabalhoso porque os sistemas de informação são limitados para a geração de relatórios e indicadores de saúde, e não favorecem um controle mais fidedigno dos casos, acarretando a elaboração manual de alguns relatórios de maior interesse.

A terceira categoria central “Revelando as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde” está sustentada por nove categorias e 96 subcategorias. As categorias são: Considerando essenciais o acesso, a integralidade, o fluxo definido, e a necessidade de aprimoramento da linha de cuidado em HIV/aids; Incorporando as tecnologias e reconhecendo as limitações no seu uso para o adequado acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids; Desvelando a contradição no trabalho com parcerias, rede social, com a omissão do diagnóstico e negação do HIV/aids; Desenvolvendo práticas de diagnóstico precoce, cuidado, educativas e grupos em meio a desafios, interrupções e ausência de critérios objetivos para avaliar uma prática como melhor; Valorizando a atuação profissional acolhedora no trabalho e no envolvimento com a equipe; Enfrentando os aspectos complexos do HIV/aids; Reconhecendo a relação fortalecida do profissional com a pessoa que vive com HIV/aids; Relacionando o atendimento multiprofissional e a melhoria da qualidade de vida para as pessoas com HIV/aids; Alcançando a compreensão da importância do cuidado contínuo de si e do outro.

A categoria central integra as condições, ações e interações, bem como as consequências para que as melhores práticas sejam desenvolvidas. As condições envolvem considerar essencial o acesso, a integralidade, o fluxo definido, a necessidade de aprimoramento da linha de cuidado em HIV/aids, bem como a incorporação de tecnologias, apesar das suas limitações. As ações e interações desvelam a contradição presente no trabalho com parcerias, rede social, a omissão do diagnóstico e negação do HIV/aids, as práticas de diagnóstico precoce, cuidado, educativas e grupos, em meio a desafios, interrupções, ausência de critérios para avaliar as práticas com melhores, a valorização da atuação profissional no trabalho e no envolvimento com a equipe, o enfrentamento de aspectos complexos do HIV/aids, e o reconhecimento da relação fortalecida entre profissional e pessoa. As consequências relacionam o atendimento, a melhoria da qualidade de vida e o alcance da compreensão da importância do cuidado de si e do outro.

Finalmente, desvela-se o fenômeno “Desenvolvendo melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde”. Estas, acontecem em uma linearidade ou sequência temporal e se entrecruzam atemporalmente e em

momentos diversos, em condições, ações e interações, e em consequências múltiplas e complementares. Assim, o modelo teórico interpretativo concretiza os significados atribuídos pelos participantes do estudo sobre as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids.

A organização de princípios e tecnologias que constituem condições que favorecem as ações e a interação desenvolvida no relacionamento entre profissionais, pessoas e sua rede social, e parcerias institucionais, oportunizando a execução das práticas de saúde, resultando no alcance da melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids, e realimentam a organização de princípios e tecnologias, materializando a compreensão das melhores práticas nas gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids enquanto movimento gerador que organiza, interage, executa e alcança, em um movimento de constante aprimoramento, que favorece, oportuniza, resulta e retroalimenta o circuito recursivo alicerçado em: princípios e tecnologias; no relacionamento entre profissionais, pessoas com HIV/aids e sua rede social constituída por companheiro(a), família, amigos, vizinhos e colegas de trabalho, em diferentes contextos do micro, meso e exossistema, e sendo influenciada pelo macrossistema por meio das políticas de saúde e direitos a dignidade humana para a melhoria da qualidade de vida; nas práticas de saúde; e, na melhoria da qualidade de vida. O modelo teórico interpretativo elaborado releva que as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde constitui-se como um circuito recursivo em que os produtos e efeitos são causadores daquilo que os produz.

Assim, ao compreender os significados atribuídos por profissionais de saúde e gestores que atuam na atenção primária à saúde e no SAE, e pessoas que vivem com HIV/aids, sustenta-se a TESE: **A adoção de melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde requer a organização de princípios e tecnologias, favorecendo as ações e interações que envolvem o relacionamento entre profissionais, pessoas e sua rede social, e parcerias intersetoriais em diferentes contextos, e oportunizam a execução de práticas voltadas à complexa gestão do cuidado com respeito à dignidade humana, contribuindo para o alcance da melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids.**

Antes de finalizar, cabe declarar que este estudo apresentou algumas limitações, mas também contribuições e recomendações.

Entre as limitações, a primeira limitação pode ser considerada o pequeno número de participantes profissionais não enfermeiros na Atenção Primária. Por outro lado, esse aspecto revela ser o profissional enfermeiro o protagonista da gestão do cuidado às pessoas que vivem

com HIV/aids nesse cenário, justificando a grande representatividade desse profissional no estudo. Outra limitação diz respeito às características da pesquisa qualitativa, que devido ao alcance localizado do estudo, no caso em apenas um município, não possibilita a generalização dos resultados, mas contribui para que futuros estudos possam ter um alcance maior.

Uma das contribuições do presente estudo é apresentação de um modelo teórico interpretativo validado, que permite afirmar que esse modelo pode ser utilizado para investigações em outras realidades. Para a construção de um mundo capaz de dar apoio e promover as melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids, é preciso conhecer bem a realidade que elas vivenciam. Outra contribuição diz respeito aos resultados apresentados, que descortinam fragilidades a serem enfrentadas, e também valorizam as potencialidades que transpassam diferentes cenários, serviços e categorias profissionais.

Cabe mencionar ainda que o cenário da pandemia de COVID-19 suscitou respostas rápidas e assertivas pelos profissionais e gestores, desencadeando adaptações nas práticas de saúde, reorganização nos processos de trabalho e necessidade de apoio mútuo entre a equipe e para com os usuários, especialmente as pessoas que vivem com HIV/aids devido à sindemia HIV/aids e COVID-19 que acarreta a carga excessiva de doenças. Assim, foram apresentadas seis categorias que se inter-relacionaram em busca de uma maior compreensão das repercussões decorrentes da COVID-19 sobre as pessoas que vivem com HIV, sendo elas: “Antes da pandemia”; “Deflagrando a descontinuidade na atenção à saúde e redução da detecção do HIV”; “Reconhecendo alguns aspectos positivos da pandemia”; “Vivenciando a adaptação nos processos de trabalho”; “Percebendo o distanciamento dos usuários e o sofrimento dos profissionais”; e “Retomando as práticas em meio a pandemia”.

Os dados apresentados neste estudo atenderam aos objetivos específicos propostos, mas ainda há outros dados que serão explorados posteriormente. No entanto, considerando a relevância das questões que emergiram durante a pesquisa, optou-se em apresentar aqui recomendações para aprofundar o estudo sobre as melhores práticas. Em relação à gestão do cuidado em HIV/aids desenvolvida nos serviços de saúde da Atenção Primária e Especializada, e com o apoio das coordenações e gestão municipal:

- As atividades de capacitação, educação permanente e apoio matricial são valorizadas pelos profissionais de saúde enquanto dispositivos promotores de melhoria e mudanças em suas práticas de saúde, o que sinaliza a receptividade dessas estratégias;

- A linha de cuidado em HIV/aids carece de ampla discussão que ultrapasse as inserções pontuais do tema em outros protocolos clínicos instituídos e linhas de cuidado organizadas, de modo a estruturar mecanismos de monitoramento e avaliação de casos e indicadores de saúde que possam ser amplamente utilizados nos serviços de saúde;
- O aconselhamento e entrega do resultado positivo dos testes rápidos e sorologia para o HIV mobilizam sentimentos e certo grau de sofrimento em alguns profissionais, fato que anuncia a necessidade de ações educativas somadas ao apoio de saúde mental para os profissionais;
- A realização dos testes rápidos demanda certo tempo dos profissionais, especialmente quando o resultado é positivo, o que transparece a necessidade de adoção de estratégias que contribuam com a organização das práticas de saúde de modo a ampliar o diagnóstico precoce.
- O estigma, preconceito e discriminação presentes na sociedade permeiam as relações no meio profissional, sendo refletida nos profissionais de saúde que também são reflexos da sociedade. Essa questão prenuncia a necessidade de debates e outros movimentos coletivos dialógico reflexivos em busca desenvolver novas compreensões para superar a problemática;
- O diagnóstico positivo para HIV, desde os registros em prontuário ou em encaminhamentos a outros profissionais/serviços, foi mencionado como algo desafiador, permeado por questões envolvendo a ética profissional e o receio da quebra do sigilo, fato que revela a necessidade de instituição de normas orientadoras específicas para essa conduta profissional;
- A importância dos registros, com interligação entre o prontuário eletrônico da Atenção Primária e Especializada no que se refere ao HIV/aids foi revelada como uma necessidade para a promoção da continuidade do cuidado com qualidade e um melhor seguimento do regime terapêutico da pessoa com HIV/aids nos serviços de saúde;
- As fragilidades relacionadas aos sistemas de comunicação, via telefone ou conexão de internet, interferem de modo negativo para a gestão do cuidado nos serviços de saúde, especialmente para o início precoce do regime terapêutico, o que expõe a necessidade de investimentos públicos para superar o problema;

- A pandemia de COVID-19 impôs várias restrições diante da necessidade do distanciamento social, mas oportunizou o desenvolvimento de diferentes estratégias e tecnologias para a continuidade do cuidado em HIV/aids que merecem ser discutidas para que se avalie a possibilidade de manter e/ou aprimorar a sua execução.

O ensino, a pesquisa e a extensão requerem um olhar atento para a realidade, em busca de subsídios para a prática profissional baseada na ética e em fundamentos técnico-científicos. O cenário decorrente da pandemia revelou a importância do trabalho do enfermeiro em meio a uma tendência de mudanças significativas e em curto prazo, que instigam o olhar para a formação do enfermeiro, o seu domínio clínico e práticas avançadas, aliadas ao avanço rápido de tecnologias no contexto da profissão, e vislumbram um diferencial nas novas tendências de atuação no campo do HIV/aids.

Desse modo, recomenda-se:

- Desenvolver estudos utilizando o modelo teórico interpretativo das melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids;
- Desenvolver estudos que promovam maior compreensão sobre saúde mental e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids;
- Incluir o tema aconselhamento para IST/HIV/aids no ensino, pesquisa e extensão, sendo no ensino tanto nas disciplinas técnicas quanto naquelas voltadas ao campo da psicologia humana, em diferentes cursos técnico-profissionais e de graduação;
- Promover debates sobre as políticas públicas voltadas ao HIV/aids e os desafios para a sua implementação em diferentes cenários;
- Fomentar ações e debates que visem a superação do estigma, preconceito e discriminação, e promovam o respeito à dignidade humana.
- Inserir conteúdos acerca do domínio clínico e práticas avançadas em HIV/aids tanto no ensino quando no desenvolvimento de ações de extensão junto aos serviços de saúde.
- Promover pesquisas e desenvolvimento de tecnologias para apoio às pessoas que vivem com HIV/aids no autocuidado e valorizem a sua rede social.

Dentre as contribuições para a enfermagem, o estudo evidencia o protagonismo do enfermeiro na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids, principalmente na APS,

sobretudo nas ações de testagem rápida, solicitação de sorologias, desenvolvimento de estratégias para a ampliação do diagnóstico, ações de educação em saúde, e encaminhamento das pessoas para o SAE, fato que remete para a necessidade de que o profissional busque continuamente por conhecimento. Soma-se a isso, a gestão do regime terapêutico, a gestão de sinais e sintomas, a promoção do autocuidado, e as práticas colaborativas multiprofissionais, uma vez que a realidade contempla um conjunto de saberes e fazeres multidisciplinares.

Na APS, os enfermeiros despendem vários esforços na tentativa de monitorar se essas pessoas estão seguindo adequadamente o regime terapêutico. Mesmo diante da invisibilidade da sua atitude, do uso de instrumentos não padronizados ou validados, da necessidade de aprimoramento da linha de cuidado e interligação do prontuário eletrônico com o SAE, de ações de atualização de seus conhecimentos em HIV/aids, e em meio as diferentes emoções com as quais precisam lidar envolvendo o medo, o estigma, o preconceito e a discriminação, seu trabalho é essencial na gestão do cuidado. Desse modo, os instrumentos que desenvolvem podem ser debatidos junto com a gestão local da APS, SAE, coordenações, gerências e gestão municipal, ser aperfeiçoados e padronizados, e assim fomentar o aprimoramento da linha de cuidado.

A consulta do enfermeiro em HIV/aids no SAE é realizada de modo detalhado e cuidadoso, tem qualificado o cuidado livre de preconceitos, favorecendo o vínculo e o sentimento de realização, tanto para o profissional quanto para as pessoas que vivem com HIV/aids, e, somada ao trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional, tem contribuído para a ampliação da adesão ao regime terapêutico. O próximo passo para o fortalecimento na consulta do enfermeiro na atenção especializada em HIV/aids consiste na implementação do uso de linguagem padronizada para os diagnósticos de enfermagem, para avançar em direção à implantação de todas as etapas da consulta do enfermeiro na atenção ao HIV/aids.

Os enfermeiros precisam dominar mais as relações de cuidado, a ciência, as diferentes bases teórico-filosóficas, as tecnologias inerentes ao campo de atuação da profissão, e as evidências científicas para desenvolver seu raciocínio clínico junto a práticas de saúde com a pessoa que vive com HIV/aids, sendo capazes de responder pelos possíveis riscos caso não se tenha competência para dominar o conhecimento. O domínio de todos esses aspectos contribui para o desenvolvimento da autonomia profissional e para o êxito nas relações, interações e nas práticas de cuidado desenvolvidas em conjunto com a pessoa e sua rede social, bem como em relação à equipe de saúde.

Cabe destacar o protagonismo do enfermeiro na gestão do cuidado às pessoas com HIV/aids, o que torna essencial a sua participação em diferentes processos decisórios, bem

como na elaboração de políticas institucionais e públicas de saúde, além do seu envolvimento em espaços de liderança e gestão do serviço e sistema de saúde. Ainda, a participação do enfermeiro na elaboração de estudos, desenvolvimento e implementação de modelos para a gestão, educação e assistência, enfrentando desafios e impulsionando a ciência enfermagem.

Em relação às políticas públicas, espera-se contribuições deste estudo em sinalizar os desafios para o avanço da descentralização da atenção ao HIV/aids, bem como para a longitudinalidade do cuidado proposta pelo SUS, o desenvolvimento de melhores práticas na gestão do cuidado, e o alcance das metas 95-95-95 para o controle da epidemia de aids até o ano de 2030, conforme os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

O estigma, o preconceito e a discriminação são questões que ainda perduram na sociedade e necessitam do desenvolvimento de ações direcionadas e comprometidas com a sua superação, ponderando que causam tanto sofrimento para as pessoas. Alcançar o pleno respeito às diferenças, à diversidade e à dignidade humana requer considerar que paradigmas socialmente construídos precisam ser enfrentados e desmontados. Investimentos em saúde mental, entre outros, podem ser um aspecto preponderante para a construção de novas compreensões acerca do HIV/aids.

Aliado a isso, a formação, capacitação, especialização, educação permanente e matriciamento, são dispositivos promotores de aprimoramento e fortalecimento das práticas profissionais, que somados a condições adequadas de trabalho, seja insumos, materiais, tecnologia, prontuário eletrônico interligado, dimensionamento profissional e territorial, e estrutura física, e, também, o fortalecimento dos espaços de debate como reuniões, comissões e conselhos, com pautas que valorizem as demandas dos profissionais, gestores locais, e pessoas que vivem com HIV/aids, bem como as evidências científicas, além da garantia de inclusão dessas demandas em instrumentos de planejamento e gestão em saúde, constituem elementos importantes para a promoção de melhores práticas de gestão do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, Willyane de Andrade *et al.* Mães vivendo com HIV: a substituição do aleitamento por fórmula láctea infantil. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 72, n. 5, p. 1153-1160, out. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501153&lng=en&nrm=iso Acesso em: 04 ago. 2022.
- ALVES, Grasielly Cristina; MAZON, Luciana Maria. Avaliação da implantação dos testes rápidos para diagnóstico do HIV/AIDS e hepatites virais em municípios do planalto norte catarinense. **Enfermagem Revista.** v. 19, n. 2, 2016. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13144> Acesso em: 04 ago. 2022.
- AMORIM, Thaynara Ferreira de; DUARTE, Lucélia da Silva. Perfil Epidemiológico de casos notificados de HIV no estado de Goiás. **Rev Cient Esc Estadual de Saúde Pública "Cândido Santiago"**. v. 7, 2021. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/326> Acesso em 11 abr. 2022.
- ANDRADE, Selma Regina de *et al.* Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. **Esc Anna Nery.** v. 17, n. 4, p. 620 – 627, out./dez., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0620.pdf> Acesso em: 04 ago. 2022.
- AOYAMA, Elisângela de Andrade *et al.* O papel da enfermagem no auxílio à mães soropositivas em relação ao aleitamento materno. **Brazilian Journal of Health Review.** Curitiba, v. 2, n. 1, p. 469-479, jan./fev. 2019. Disponível em: <http://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1025/895> Acesso em: 04 ago. 2022.
- ATLAS.ti. Qualitative Data Analysis. **About Atlas.ti.** 2021a. Disponível em: <https://atlasti.com/about-atlas-ti/> Acesso em: 07 dez. 2021.
- ATLAS.ti. Qualitative Data Analysis. **What is Atlas.ti?** 2021b. Disponível em: <https://atlasti.com/about-atlas-ti/> Acesso em: 06 dez. 2021.
- BACKES, Dirce Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BÜSCHER, Andreas. Evidenciando o cuidado de enfermagem como prática social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v. 17, n. 6, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421912010> Acesso em: 04 ago. 2022.
- BARBIANI, Rosângela; NORA, Carlise Rigon Dalla; SCHAEFER, Rafaela. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 24, e2721, 2016. Available at: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02721.pdf Access on: Ago. 04, 2022.
- BHERING, Eliana; SARKIS, Alessandra. Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil. **Horizontes.** v. 27, n. 2, p. 7-20, jul./dez. 2009. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglcfindmkaj/http://lyceumonline.usf.edu.br/webp/portalUS

F/itatiba/mestrado/educacao/uploadAddress/RevistaHorizontes_web[16555].pdf Acesso em: 13 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Direito das PVHIV**. 2022a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha> Acesso em: 23 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico. HIV / Aids, 2021**. 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-2021> Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **OFÍCIO CIRCULAR Nº 2 /2021 /CONEP /SECNS /MS**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, 24 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv> Acesso em: 04 ago. 2022.

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos> Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fo_rtalecimento.pdf Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil [recurso eletrônico]. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2017a. 514 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de vigilância em saúde**. Volume único [recurso eletrônico]. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

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. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadoras-e-gestores> Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5 passos para a implementação e manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica.** Guia para gestores. 2014a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica> Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** UNIC Rio. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf> Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Rio+20. Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável. **Declaração final da conferência das Nações Unidas sobre desenvolvimento sustentável (RIO + 20).** Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://riomais20sc.ufsc.br/files/2012/07/CNUDS-vers%C3%A3o-portugu%C3%AAs-COMIT%C3%8A-Pronto1.pdf> Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Câmara Dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-atualizada-pl.pdf> Acesso em: 04 ago. 2022.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação.** v. 15, n. 37, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf> Acesso em: 04 ago. 2022.

CHAPECÓ (SC). Prefeitura de Chapecó. Secretaria de Saúde. **Boletim Epidemiológico COVID-19.** Disponível em: <https://www.chapeco.sc.gov.br/documentos/54/documentoCategoria> Acesso em: 15 mar. 2022.

CHAPECÓ (SC). Prefeitura de Chapecó. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Chapecó/SC Gestão 2022-2025.** Chapecó, 2021.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da teoria fundamentada**: Guia prático para análise qualitativa. Traduzido por Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CINTESIS. **Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde**. Disponível em: <http://cintesis.eu/pt/grupo-nursid-do-cintesis-impulsiona-investigacao-enfermagem/> Acesso em: 04 ago. 2022.

CELUPPI, Ianka C. *et al.* Gestão no cuidado às pessoas com HIV na Atenção Primária à Saúde em tempos do novo coronavírus. **Rev Saude Publica**. v. 56, n. 13, 2022a. <https://doi.org/10.11606/s15188787.2022056003876> Acesso em: 16 mai. 2022.

CELUPPI, Ianka C. *et al.* Melhores práticas de gestão no cuidado ao HIV: scoping review. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 46, n. 133, p. 571-584, abr-jun 2022b. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/54/94> Acesso em: 23 mai. 2022

COLAÇO, Aline Daiane *et al.* O cuidado à pessoa que vive com HIV/AIDS na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 28, e201703392019, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0339> Acesso em: 04 ago. 2022.

COPELLI, Fernanda Hannah da Silva *et al.* O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde. **Aquichan**, Bogotá, v. 16, n. 4, p. 501-512, out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000400501&lng=en&nrm=iso Acesso em: 04 ago. 2022.

CORBIN, Juliet; STRAUSS, Anselm. **Basics of qualitative research**. United States of America: SAGE Publications, 2015.

COSTA, Veridiana Tavares; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 5, set./out., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf Acesso em: 04 ago. 2022.

ENGLAND. Ministry of Health. Consultative council on medical and allied services. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, 1920. Available at: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/> Access on: Ago 4, 2022.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 1-8, jan./fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf Acesso em: 13 nov. 2020.

ESCALDA, Patrícia; PARREIRA, Clélia Maria de Sousa Ferreira. Práticas Colaborativas em Saúde: Tipologias e estratégias de cuidados centrados no paciente. **Atas CIAIQ2019**. Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2. 2019. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2132/2059> Acesso em: 13 nov. 2020.

ESEP. **Escola Superior de Enfermagem do Porto**. Disponível em: <https://www.esenf.pt/pt/>
Acesso em: 10 mai. 2022.

EW, Raquel de Andrade Souza *et al.* Estigma e teste rápido na atenção básica: percepção de usuários e profissionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 31, n. 3, p. 1-11, jul./set., 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7463/pdf>
Acesso em: 13 nov. 2020.

FELLI, Vanda Elisa Andres *et al.* Trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 21-31.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki *et al.* A hermenêutica e o software Atlas.ti: união promissora. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2017, v. 26, n. 4 e0350017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000350017> Acesso em: 06 dez. 2021.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2; p. 389-394, fev, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020> Acesso em: 17 jun. 2021.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos, *et al.* Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
Acesso em: 17 jun. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. Santa Catarina. Chapecó. **População**. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/chapeco/panorama>
Acesso em: 03 dez. 2021.

KNYAZEVA, Helena. O pensamento complexo não linear e sua aplicação nas atividades de gestão. In: CARVALHO, Edgard de Assis; MENDONÇA, Terezinha. (Orgs.) **Ensaio de Complexidade 2**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

LACERDA, Maria Ribeiro *et al.* Construção da teoria fundamentada nos dados: da elaboração de conceitos à validação. In: LACERDA, Maria Ribeiro; SANTOS, José Luís Guedes (Orgs.). **Teoria fundamentada nos dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Moriá, 2019. 408 p.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. **Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da Atenção Básica à Saúde**. 2013. 295 p. Tese (Doutorado em Enfermagem Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: Acesso em: 26 mai. 2022.

LINARES, Esperanza Torrico *et al.* El modelo ecológico de bronfenbrenner como marco teórico de la psicooncología. **Anales de Psicología**. n. 18, v. 1, p. 45–59, 2002. Disponível em: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28601> Acesso em 13 mai. 2022.

LÓPEZ, Ángela Ortega *et al.* Incremento de la participación de Atención Primaria en la asistencia al virus de la inmunodeficiencia humana: opinan los profesionales de las unidades

hospitalarias. **Atención Primaria**, n. 46, v. 4, p. 204-13, abr. 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.09.006> Acesso em: 13 nov. 2020.

MARANHÃO, Thatiana Araújo *et al.* Mortality due to acquired immunodeficiency syndrome and associated social factors: a spatial analysis. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. v. 73, suppl 5, e20200002, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0002> Acesso em: 20 abr. 2022.

MELO, Eduardo Alves; MAKSUD Ivia; AGOSTINI Rafael. Cuidado, HIV/aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Rev Panam Salud Publica**, n. 42, e151, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49508> Acesso em: 13 nov. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965 Acesso em 13 nov. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf> Acesso em: 13 nov. 2020.

METELSKI, Fernanda Karla; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein. COVID-19 e o cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids. **Anais**. 81^a. Semana Brasileira de Enfermagem e 16^a. Semana de Enfermagem UDESC; 12 a 20 de maio de 2020 em Chapecó, SC.– Florianópolis: Ed. UDESC, 2020.

METELSKI, Fernanda Karla *et al.* Constructivist Grounded Theory: characteristics and operational aspects for nursing research. **Rev Esc Enferm USP**. v.55, p.e03776, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020051103776> Acesso em: 29 jan. 2022.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução Eliane Lisboa. 5 ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

MORIN, Edgar; ANDRADE, José Maria Tavares de. **Iniciação ao pensamento complexo**. Centro Edgar Morin - IIAC/EHESS/CNRS. Edição do Kindle. Paris, 2014.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. Tradução de Maria D. Alexandre, e Maria Alice Sampaio. Ed. revisada e modificada pelo autor. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

MORIN, Edgar. **Introducción al pensamiento complejo**. Barcelona: Gedisa, 1996.

NG, Eileen; COLOMBANI, Pierpaolo de. Framework for selecting best practices in public health: a systematic literature review. **Journal of public health research**. vol. 4, n. 3, p. 157-170, 2015. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693338/> Access on: Ago. 04, 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional Africano. **Guia para documentação e partilha das melhores práticas em programas de saúde**. Brazzaville, 2008.

PAHO. Pan American Health Organization. **Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata**. Report of the High-Level Commission. Revised edition. Washington, D.C.: PAHO; 2019. Available at: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50960> Access on: Nov. 13, 2020.

PEDUZZI, Marina; LEONELLO, Valéria Marli; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Trabalho em equipe e prática colaborativa. *In*: KURCGANT, Paulina (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 103-13.

PEREIRA, Juliana Guisardi; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Acta Paul Enferm**. v. 31, n. 6, p. 627-35, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n6/1982-0194-ape-31-06-0627.pdf> Acesso em: 13 nov. 2020.

PINHO, Clarissa Mourão *et al.* Avaliação das medidas de controle do HIV na Atenção Básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 12, n. 8, e 3462, p. 1-14. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3462.2020> Acesso em: 11 mai. 2022.

PINTO, Vitor Menoita; CAPELETTI, Nuno de Mattos. 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**, n. 14, v. 41, p. 1710, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1710](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1710) Acesso em: 13 nov. 2020.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n2/1809-4481-physis-27-02-00255.pdf> Acesso em: 13 nov. 2020.

CHAPECÓ. Serviço de Atendimento Especializado em HIV/aids de Chapecó. **Casos de HIV/aids**. Chapecó, 2022.

SANTA CATARINA. Governo de Santa Catarina. **Prefeitos de Santa Catarina assinam a Declaração de Paris**. 14 de Junho de 2018. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/noticias/temas/saude/prefeitos-de-santa-catarina-assinam-a-declaracao-de-paris> Acesso em: 11 jan. 2022.

SANTOS, José Luís Guedes dos *et al.* Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. v. 52, e03303. 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017021803303> Acesso em: 2 dez. 2021.

SANTOS, José Luís Guedes dos. Novas possibilidades da teoria fundamentada nos dados para a pesquisa em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Abr./Jun.;8(2): 206-

208. 2018b. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/31767> Acesso em: 02 dez. 2021.

SILVA, Marcelle Miranda da *et al.* Aspectos históricos e características metodológicas da teoria fundamentada nos dados. In: LACERDA, Maria Ribeiro; SANTOS, José Luís Guedes dos. **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Moriá, 2019.

SOUZA, Sabrina da Silva de. **Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais**. 2010. 258 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/93758> Acesso em: 26 mai. 2022.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf> Acesso em: 04 ago. 2022.

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

TONNERA, Liliam Cristiana Júlio; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein. Potencialidades e fragilidades da rede de cuidado da pessoa com HIV/aids. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 438-444, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300438&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 04 ago. 2022.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Estatísticas**. 2022. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/> Acesso em: 11 abr. 2022.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **AIDS pelos números**. 2019a. Disponível em: <https://www.unaids.org/en> Acesso em: 04 ago. 2022.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **HIV Prevention 2020 Road Map**. Accelerating HIV prevention to reduce new infections by 75%. 2019b. Available at: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_en.pdf Access on: Ago. 04, 2022.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Retrospectiva 2018**. 2018a. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/08/RetrospectivaUNAIDS_2018_Versao-Digital_com_links.pdf Acesso em: 04 ago. 2022.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **SC e outras 12 cidades catarinenses assinam a Declaração de Paris e se comprometem a acabar com a epidemia de AIDS até 2030**. 2018b. Disponível em: <https://unaids.org.br/2018/06/sc-e-outras-12-cidades-catarinenses-assinam-a-declaracao-de-paris-e-se-comprometem-a-acabar-com-a-epidemia-de-aids-ate-2030/> Acesso em: 11 jan. 2021.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Declaração de Paris**. 1º de dezembro de 2014. Acabar com a epidemia da AIDS: cidades acelerando a resposta. Paris,

2014. Disponível em: <https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/12/Declara%C3%A7%C3%A3o-de-Paris-PORT-1.pdf> Acesso: em 04 ago. 2022.

WHO. World Health Organization. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). **Declaration of Astana**. Global Conference on Primary Health Care. From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> Access on: Ago. 04, 2022.

WHO. World Health Organization. **The Ljubljana Charter on Reforming Health Care**. Geneva: WHO, 1996. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf Access on: Ago. 04, 2022.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 785-806, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000300785&lng=en&nrm=iso Acesso em: 04 ago. 2022.

ZOCHE, Denise Antunes de Azambuja; ADAMY, Edlamar Katia; LIMA, Claudia Feio da Maia. Perspectiva construtivista da Teoria Fundamentada nos Dados. *In*: LACERDA, Maria Ribeiro; SANTOS, José Luís Guedes dos. **Teoria Fundamentada nos Dados**: bases teóricas e metodológicas. Porto Alegre: Moriá, 2019. p. 105-127.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de uma pesquisa intitulada *Melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção à saúde*, que eu, Fernanda Karla Metelski, integrante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estou realizando para a elaboração da minha tese de doutorado, sob orientação da Doutora Betina Hörner Schindwein Meirelles.

Esta pesquisa tem como objetivo primário “compreender o significado das melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids sob a perspectiva das equipes multiprofissionais de saúde que atuam na rede de atenção à saúde”, buscando construir um modelo teórico interpretativo a partir dos significados atribuídos pelos participantes do estudo sobre as melhores práticas de saúde na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids na Rede de Atenção à Saúde.

A pesquisa se justifica por contribuir com a construção do conhecimento e reflexões envolvendo a construção teórica do conceito de melhores práticas na gestão do cuidado que é oferecido às pessoas que vivem com HIV/aids, tendo em vista o grande número de pessoas que são acometidas por essa doença, e as repercussões que trazem para suas vidas.

Como critério de inclusão dos participantes do estudo, para os profissionais e gestores, serão considerados aptos a participar aqueles que atuam no serviço em que se encontram no momento da pesquisa há pelo menos seis meses e que realizam algum tipo de ação ou atendimento relacionado ao HIV/aids, ou coordenam/gerenciam os respectivos serviços. Para as pessoas que vivem com HIV/aids os critérios de inclusão são possuir mais de 18 anos, possuir autonomia plena, falar o idioma português ou inglês, residir em Chapecó/SC, e ter aderido ao tratamento ou estar em acompanhamento regular no serviço.

As pessoas que vivem com HIV/aids serão convidadas pelos profissionais de saúde a participar ou mediante indicação dos Coordenadores dos serviços de saúde, e somente após esse aceite poderão participar da entrevista, garantindo deste modo o anonimato daqueles que não desejarem participar do estudo.

Para a validação da pesquisa, além dos critérios de inclusão dos participantes, é considerado apto a participar a pessoa que vive com HIV que tem pelo menos o ensino médio completo, sendo participante do estudo, e para os profissionais de saúde, estar há pelo menos um ano no serviço relacionado ao cuidado a pessoas com HIV/aids, ou APS ou Gestão. Para a validação teórico metodológica, é considerado apto a participar um *expert* em TFD.

Como critérios de exclusão serão considerados os profissionais afastados do serviço por qualquer motivo durante o período de realização da pesquisa, ou que não estejam desenvolvendo suas atividades regularmente por um período superior a dois meses à data de coleta de dados, independente do motivo.

A coleta de dados para a qual você está sendo convidado(a) a participar, será realizada por meio de entrevista semiestruturada, que diante do distanciamento social imposto pela pandemia de COVID19, será online, a depender da pandemia, com duração aproximada de 30 minutos, podendo ser agendados outros encontros para esclarecer eventuais dúvidas. As entrevistas por videochamada serão agendadas de acordo com a sua disponibilidade e gravadas, a fim de obter maior fidedignidade na transcrição das informações. A plataforma utilizada para entrevista será a *Microsoft Teams* ou outra a ser definida em conjunto contigo. Durante a entrevista, poderão ser realizadas anotações em memorandos da pesquisadora para posterior análise.

Após a transcrição na íntegra das entrevistas pela pesquisadora, você poderá receber cópia da mesma, por via digital, para ler e verificar se gostaria de modificar, acrescentar ou retirar alguma informação. Os dados da pesquisa serão mantidos sob sigilo, pela pesquisadora, por um período de cinco anos após o término do estudo, e após isso serão destruídos.

Os riscos da sua participação são considerados mínimos, por ser através de uma entrevista, na qual não serão desenvolvidos procedimento de qualquer tipo. Durante a entrevista você poderá eventualmente sentir-se cansado, aborrecido, ou desconfortável em responder às questões ou com a recordação de alguma lembrança, ou ainda constrangido com a gravação, e caso você não queira responder a alguma pergunta o seu direito será garantido e respeitado.

Você não terá nenhum benefício direto ao participar da pesquisa, mas a tua participação poderá contribuir para a compreensão sobre as melhores práticas de saúde, ou seja, aquelas que tem resultados positivos e potencial para serem replicadas em outros contextos, sendo portanto de relevância social para todos os envolvidos, e com potencial de contribuir em outros contextos em que se busca melhorar o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids. É garantido o seu livre acesso às informações desta pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você receba qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa, mas você também não terá ônus. Ressalta-se que a sua participação é voluntária, e é garantida a sua liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem que esta decisão tenha qualquer prejuízo. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa, mas caso isso ocorra, despesas como transporte e alimentação serão ressarcidas pelas pesquisadoras nos termos da lei.

Garantimos que danos previsíveis já foram evitados, mas caso você tenha algum prejuízo material ou imateriais em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização a fim de repará-lo, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. Garantimos o seu bem-estar durante a participação na pesquisa, tendo em vista que somos da área da saúde, e pesquisadoras com experiência e capacidade profissional adequada para desenvolver o estudo. Caso você necessite de algum acompanhamento, assistência ou orientação decorrente de dano ocasionado pela pesquisa e ao longo desta, os mesmos serão oferecidos pelas pesquisadoras e instituições envolvidas, e de acordo com a sua necessidade.

Você está recebendo cópia deste documento por via digital, e por se tratar de um momento de pandemia da COVID-19, o seu aceite em participar da pesquisa, clicando no link ao final deste documento, significa que você está de acordo com o que foi exposto neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o envio deste documento pela pesquisadora por via digital confere o mesmo compromisso que a assinatura em papel impresso. Guarde este documento, pois traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. Os procedimentos adotados neste TCLE atendem aos critérios de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012, e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa, e nós pesquisadoras nos comprometemos a cumprir essas resoluções.

Esta pesquisa tem a aprovação e acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CESPH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob parecer número 3.956.203 de 06 de abril de 2020, e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 29839720.1.0000.0121. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, 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.

Caso você aceite participar desta pesquisa, garantiremos o sigilo e a privacidade das suas informações durante todo o estudo e após o término do mesmo. As pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados desta pesquisa, e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade de quebra do sigilo, mesmo que involuntário ou não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição, sendo de seu livre acesso, e serão apresentados junto à: Secretaria de Saúde de Chapecó, por se tratar do local do estudo; Conselho Municipal de Saúde de Chapecó, por ser o órgão legitimado de controle social do município; Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC Oeste, por ser a instituição que autorizou o afastamento de uma das pesquisadoras para cursar o doutorado; em eventos científicos, a fim de divulgar os resultados do estudo; e, serão utilizados pela pesquisadora para fins acadêmicos como publicações em revistas científicas, apresentações em congressos e eventos científicos nacionais e/ou internacionais, permanecendo confidencial o seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada a sua privacidade, de modo a preservar a sua imagem. Para isso, você receberá um código composto por letras e números.

Em caso de dúvidas relacionadas aos procedimentos éticos da pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br, ou ainda, com as pesquisadoras através do endereço: Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Campus Reitor João David Ferreira Lima. Bairro Trindade / Florianópolis/SC - CEP 88040-900, Doutora Betina Hörner Schindwein Meirelles - (48) 3721-2207 – e-mail: betina.hsm@ufsc.br, ou, Doutoranda Pesquisadora Fernanda Karla Metelski - (49) 99815-3245, endereço *Rua Sete de Setembro*, 91D, sala 2, Centro. Chapecó, SC. Brasil. CEP 89.801-140, e-mail: fernanda.metelski@gmail.com

Declaro que li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Concordo que os dados provenientes da entrevista concedida por mim sejam utilizados para fins acadêmicos. Declaro ainda que, recebi uma cópia deste TCLE por via digital, que me foi enviado pela Doutoranda Pesquisadora Fernanda Karla Metelski, sendo as páginas numeradas, e estou ciente de que este documento traz importantes informações de contato e garante os meus direitos como participante da pesquisa.

Ao clicar no link da caracterização dos participantes da pesquisa ou aceitar verbalmente participar voluntariamente na pesquisa será iniciada a entrevista. Ao iniciar a gravação você será questionado novamente se aceita participar voluntariamente da pesquisa para que o seu aceite fique registrado. O link mencionado dará acesso a um formulário com perguntas gerais de caracterização dos participantes, com tempo estimado de resposta de até 2 minutos, ou ainda as perguntas poderão ser feitas verbalmente no início da gravação da entrevista.

Agradecemos a tua participação!

APÊNDICE B – Roteiro para a coleta de dados

ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DA APS

CARACTERIZAÇÃO (coleta via *Google forms* ao aceitar TCLE ou verbalmente no início da entrevista)

- 1) Qual é a tua idade? _____
- 2) Qual é o teu gênero? _____
- 3) Qual é a tua profissão? _____
- 4) Há quanto tempo você está formado? _____
- 5) Qual é a tua maior titulação acadêmica? Em qual área? _____
- 6) Qual é a tua função no serviço onde você atua no momento? _____
- 7) Há quanto tempo você desenvolve essa função? _____
- 8) Há quanto tempo você desenvolve ações voltadas ao HIV/aids? _____

QUESTÕES DE PESQUISA

- 1) Conte sobre as tuas experiências envolvendo as ações, práticas de cuidado e/ou gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids.
- 2) Você poderia me contar sobre os momentos que mais marcaram, os mais significativos para você relacionados as questões do HIV/aids na Atenção Básica em Chapecó?
- 3) E lembrando dessas experiências, você poderia dizer que algumas delas podem ser consideradas melhores práticas? E, qual o significado de melhores práticas para você?
- 4) E você utilizaria algum critério ou indicador para avaliar essas práticas como as melhores?
- 5) Você poderia descrever as práticas que você desenvolve nesse serviço e que considera que promovem a ampliação do diagnóstico, o acesso e a adesão ao tratamento aos soropositivos; e como essas práticas se mantêm ao longo do tempo?
- 6) E sobre a pandemia, houve alguma interferência? Se sim, você poderia me contar como a pandemia interferiu nas suas práticas de cuidado e na gestão ao HIV/aids? E sobre o momento mais marcante para você?
- 7) Você poderia descrever como as pessoas com HIV/aids utilizam os diferentes serviços da rede de atenção à saúde ao longo do tempo?
- 8) Ao pensar nisso, você acredita que há algo que poderia melhorar?
- 9) Qual é a sua opinião sobre a descentralização do cuidado do HIV/aids para a Atenção Básica?
- 10) Como você vê a possibilidade do manejo clínico pelo enfermeiro para o HIV/aids na Atenção Básica?
- 11) Quais caminhos [o que] você considera mais importante para promover o cuidado as PVHA e a gestão ao HIV/aids?
- 12) Há algo que você gostaria de acrescentar ou considere que eu deva compreender melhor?

ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DO SAE

CARACTERIZAÇÃO

- 1) Qual é a tua idade? _____
- 2) Qual é o teu gênero? _____
- 3) Qual é a tua profissão? _____
- 4) Há quanto tempo você está formado? _____
- 5) Qual é a tua maior titulação acadêmica? Em qual área? _____
- 6) Qual é a tua função no serviço onde você atua no momento? _____
- 7) Há quanto tempo você desenvolve essa função? _____
- 8) Há quanto tempo você desenvolve ações voltadas ao HIV/Aids? _____

QUESTÕES DE PESQUISA

- 1) Você poderia me contar sobre as práticas que você desenvolve para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids?
- 2) Você considera que essas práticas promovem a ampliação do diagnóstico, o acesso e a adesão ao tratamento as PVHA (longitudinalidade)? Poderia exemplificar?
- 3) Como acontece a coordenação do cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids na Rede de Atenção à Saúde de Chapecó?
- 4) Vocês utilizam indicadores, critérios ou alguma forma de avaliação das práticas desenvolvidas?
- 5) E pensando sobre os compromissos assumidos por Chapecó no que se refere as metas 90-90-90 e 95-95-95, você poderia me contar o que vem sendo desenvolvido?
- 6) E pensando na expressão “melhores práticas para gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids”, o que “melhores práticas” significa para você?
- 7) A pandemia interferiu nas suas práticas de cuidado e na gestão ao HIV/aids? Como foi?
- 8) Qual é a sua opinião sobre a descentralização do cuidado e o manejo clínico pelo enfermeiro para o HIV/aids na Atenção Básica?
- 9) O que você considera mais importante para promover o cuidado as PVHA e a gestão ao HIV/aids?
- 10) Há algo que você gostaria de acrescentar ou considere que eu deva compreender melhor?

ENTREVISTA COM AS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

CARACTERIZAÇÃO

- 1) Qual é a tua idade? _____
- 2) Qual o seu estado civil? _____
- 3) Você possui filhos? _____ Quantos? _____
- 4) Qual é o teu gênero? _____
- 5) Qual é a tua profissão / ocupação? _____
- 6) Qual sua religião? _____
- 7) Qual é a sua escolaridade? _____
- 8) Há quanto tempo você vive com o HIV? _____

QUESTÕES DE PESQUISA

- 1) Você poderia me contar sobre como é viver com HIV?
- 2) O que é importante para você se sentir bem atendido nos serviços de saúde?
- 3) O que significa para você ser bem atendido nos serviços de saúde?
- 4) O que você considera importante para promover o cuidado das pessoas que vivem com HIV?
- 5) Gostaria de comentar algo a mais?

O1.15: Utilizando protocolos para outras situações na APS Gr=4; GS=4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
O1.16: Monitorando as pessoas como HIV Gr=3; GS=3	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
O1.16: Realizando busca ativa de faltosos e abandonos Gr=7; GS=6	0	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
O1.16: Relatando o contato esporádico ou o não contato pelo SAE para a busca ativa na APS Gr=4; GS=4	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Total de códigos	13	93	23	10	13	18	38	18	15	24	10	14	13	57	75	75	57	17	79	11	41	13	62	99	10	11	13	08	33	00	51	10	13	22	33	10	14	60	37	44			
Total de grupos de códigos novos para cada entrevista	6	4	9	7	4	3	0	3	1	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			

TR*: Total de Recorrências (citações). OBS: Os campos em cor cinza correspondem a primeira identificação de um grupo de códigos novos.

Fonte: Elaborado pela autora via *Atlas.ti*®

O1b2: Cuidando do seu corpo e do corpo das outras pessoas Gr=3; GS=3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	3												
O1b2: Cuidando sempre da própria saúde Gr=5; GS=5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5									
O1b2: Enfatizando a necessidade de tomar a medicação Gr=10; GS=10	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	2	0	1	0	1	0								
O1b2: Motivando-se para o autocuidado Gr=3; GS=3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3			
O1b2: Orientando as pessoas que tiveram um comportamento de risco sobre o autocuidado Gr=5; GS=5	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5								
O1b2: Reconhecendo a importância de usar preservativo Gr=3; GS=3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3

O1b4: Mencionando as diferentes posturas das pessoas com HIV sobre revelar ou não o seu diagnóstico para os profissionais de saúde Gr=6; GS=6	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6				
O1b4: Omitindo a condição de soropositividade para os profissionais de saúde Gr=6; GS=6	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6			
O1b4: Omitindo a condição de soropositividade perante família e amigos Gr=5; GS=5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5				
O1b4: Percebendo o viver com HIV como sofrido Gr=8; GS=8	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	2	8
O1b4: Percebendo que a imunidade diminui quando não está bem Gr=2; GS=2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2		

O1b5: Afirmando que se tem qualidade de vida quando faz o tratamento Gr=5; GS=5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	5			
O1b5: Associando o HIV as demais condições crônicas Gr=4; GS=4	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4			
O1b5: Considerando para si normal viver com HIV hoje Gr=3; GS=3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	
O1b5: Seguindo a vida em frente Gr=4; GS=4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4
O1b5: Vivendo bem e tranquilo com o HIV Gr=9; GS=9	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	9
O1b6: Afirmado que HIV não é sentença de morte Gr=3; GS=3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		
O1b6: Compartilhando que o preconceito desestabiliza e interfere na qualidade de	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	

O2.8: 5. Esperando que a Profilaxia Pré Exposição seja implantada Gr=2; GS=2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2							
O2.9: 1. Observand o os tabus que envolve o HIV Gr=5; GS=5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
O2.9: 2. Mencionan do o preconceito na sociedade Gr=6; GS=6	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6			
O2.9: 3. Observand o o preconceito entre as pessoas com HIV Gr=5; GS=5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5
O2.9: 4. Percebendo o estigma na Família	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	13

O3.14: 3. Sentindo-se grata Gr=1; GS=1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1													
O3.14: 4. Sentindo-se bem Gr=1; GS=1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1											
O3.14: 5. Sentindo-se realizado Gr=1; GS=1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1											
O3.15: 1. Considerando que sempre foi bem atendido Gr=7; GS=7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	1	0	0	1	0	7
O3.15: 2. Sentindo-se seguro durante o atendimento Gr=1; GS=1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1			
O3.15: 3. Mencionando que nem todos os serviços atendem bem Gr=4; GS=4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	4	
O3.15: 4. Relatando que ser bem atendido significa se sentir um ser humano e acolhido Gr=3; GS=3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3			

O3.18: 2. Considerando o número de testes rápidos realizados como uma melhor prática Gr=5; GS=5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
O3.18: 3. Considerando as notificações como uma melhor prática Gr=3; GS=3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
O3.18: 4. Refletindo sobre os indicadores epidemiológicos Gr=8; GS=8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
O3.18: 5. Pontuando indicadores que poderiam ser utilizados Gr=4; GS=4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
O3.18: 6. Desconhecendo critérios e indicadores para avaliar uma melhor prática Gr=10; GS=10	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Total de códigos	6	6	3	1	1	1	1	7	1	1	1	2	6	8	4	8	6	2	9	1	4	1	1	1	2	5	5	1	9	7	1	2	5	4	9	1	2	2	5	7	1	1	1	1	3	40	
Total de grupos de	4	4	2	7	5	4	4	1	5	5	4	4	1	1	0	2	1	1	2	0	1	2	0	1	3	1	0	1	1	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0		

APÊNDICE G – Síntese da investigação

MELHORES PRÁTICAS NA GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

PERGUNTA DE PESQUISA: Como as equipes multiprofissionais de saúde significam as melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids em uma rede de atenção à saúde?

OBJETIVO: Compreender o significado das melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids sob a perspectiva das equipes multiprofissionais de saúde que atuam na rede de atenção à saúde.

REFERENCIAL FILOSÓFICO: Pensamento complexo de Edgar Morin.

REFERENCIAL METODOLÓGICO: Pesquisa desenvolvida por meio de um estudo interpretativo, de abordagem qualitativa, baseado na Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista (TFDC).

A coleta de dados realizada no período de agosto de 2020 a novembro de 2021, por meio de entrevistas em profundidade com profissionais que atuam na APS de 19 Centros de Saúde da Família, no SAE, e pessoas que vivem com HIV, totalizando 45 participantes em três grupos amostrais.

Os dados foram analisados de modo concomitante à coleta e com base nas fases de codificação: inicial, focalizada, axial e teórica. No total, emergiram 2.330 códigos iniciais e 429 códigos focais, dentre os quais foram organizados em subcategorias e categorias a fim de atender aos objetivos do estudo, e deram origem a três categorias centrais, três diagramas e um modelo teórico interpretativo.

APÊNDICE H – Instrumento de validação do modelo teórico interpretativo

Avaliador:

Instituição:

Validação do conteúdo segundo os critérios de ajuste, conteúdo e generalização teórica

Inicialmente, solicitar que o avaliador descreva o modelo, falando da sua compreensão sobre o diagrama.

Em relação a sua experiência, comente sobre o modelo apresentado.

1. O que está acontecendo aqui / o que entende do apresentado?
2. O modelo representa as melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids?

Quando o avaliador demonstrar que já compreendeu o modelo, convidá-lo a comentar sobre:

3. Você percebe a sua experiência/vivência representada no modelo? Há algo que não esteja representado?

Para os profissionais de saúde:

4. Como você percebe a integração entre as categorias?
5. A nomeação das categorias está adequada? Há necessidade de realizar alguma alteração/complementação?
6. Em relação à abstração e generalização teórica, o modelo poderia ser aplicado em outras realidades na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids no contexto do SUS?

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Melhores Práticas na Gestão do Cuidado às Pessoas com HIV/Aids na Rede de Atenção em Saúde de um Município do Oeste de Santa Catarina.

Pesquisador: Betina Hörner Schindwein Meirelles

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29839720.1.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.956.203

Apresentação do Projeto:

Tese de doutorado de Fernanda Karla Metelski do PPG em Enfermagem da UFSC, sob orientação de Betina Meirelles.

O projeto não estabelece de forma definitiva quem serão os participantes pesquisa, informando que serão integrantes das equipes multiprofissionais em saúde de Chapecó, SC, mas que podem incluir pessoas que vivem com HIV/Aids e profissionais do administrativo da secretaria.

No formulário da Plataforma Brasil estão previstos 35 participantes (20 profissionais de saúde, 10 pessoas que vivem com HIV/Aids e 5 gestores de saúde), que participarão de entrevistas semi-estruturadas.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o significado das melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids sob a perspectiva das equipes multiprofissionais de saúde que atuam na Atenção Básica Saúde e no Serviço Especializado para esta população no município de Chapecó/SC.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.956.203

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto é considerado de baixo risco pois lançará mão de entrevista e coleta de dados em veículos de informação de livre acesso, sem utilizar de prontuários de pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora responsável e pela coordenação do PPG em Enfermagem da UFSC.

Consta declaração de concordância da Coordenadora do Setor de Planejamento e Educação em Saúde de Chapecó, SC.

O cronograma informa que a coleta de dados ocorrerá a partir de 15/04/2020.

O orçamento informa despesas de R\$ 24.170,00 com financiamento próprio.

São apresentados dois instrumentos de coleta de dados (um que parece ser dirigido aos profissionais de saúde e outro para os portadores de HIV/Aids)

O TCLE está muito bem redigido, é claro a respeito dos objetivos, procedimentos e riscos da pesquisa, bem como sobre os direitos dos participantes, adequado aos diferentes grupos de participantes, e contempla as exigências das resoluções sobre pesquisa com seres humanos.

Recomendações:

- 1) Revisar a redação do TCLE de tal modo a incluir flexibilização na menção à identidade de gênero do(as) participantes.
- 2) Obter dos responsáveis pelos CSF e CISF declarações de anuência (não são obrigatórias, uma vez que um representante da secretaria de saúde assina uma autorização, mas além de indicarem deferência à autoridade deles no local, proporcionam maior segurança às pesquisadoras).
- 3) O N amostral é de difícil entendimento, não ficando claro como foi calculado. Será suficiente

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

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 3.956.203

para sustentar os resultados de pesquisa? Será excessivo, submetendo um maior número de participantes a riscos desnecessários? Recomendamos que em pesquisas futuras esse aspecto seja melhor avaliado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1505942.pdf	10/03/2020 09:43:08		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/03/2020 09:37:42	Fernanda Karla Metelski	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tese_FKM_V09032020.pdf	10/03/2020 09:36:29	Fernanda Karla Metelski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/03/2020 09:31:40	Fernanda Karla Metelski	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_CEP.pdf	13/02/2020 16:37:11	Betina Hörner Schindwein Meirelles	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	12/02/2020 11:04:36	Fernanda Karla Metelski	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_Dados_PVHA.pdf	12/02/2020 11:04:04	Fernanda Karla Metelski	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_Dados_gerais.pdf	12/02/2020 11:02:47	Fernanda Karla Metelski	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_Concordancia_Sesau.pdf	10/02/2020 15:47:22	Fernanda Karla Metelski	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.956.203

FLORIANOPOLIS, 06 de Abril de 2020

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

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

ANEXO 2 – Parecer n. 004-001-2020 da Secretaria de Saúde de Chapecó/SC



Município de Chapecó
Secretaria de Saúde – SESAU
Setor de Planejamento e Educação na Saúde

COMISSÃO DE ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE
PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 004-001/2020

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MELHORES PRÁTICAS NA GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS NA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO OESTE DE SANTA CATARINA.

Pesquisa em nível de: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Pesquisador Responsável: Fernanda Karla Metelski

Orientador Responsável: Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

DADOS DO PARECER

Apresentação do Projeto: O presente projeto de pesquisa tem como enfoque compreender os significados atribuídos acerca das melhores práticas para a gestão do cuidado desenvolvido pelas equipes multiprofissionais, especialmente as de saúde da família, por atuarem junto a Atenção Básica em Saúde, centro do cuidado e porta preferencial de entrada para o atendimento da Rede de Atenção à Saúde, e as equipes multiprofissionais que atuam junto ao serviço especializado de referência para o atendimento as pessoas que vivem com HIV/Aids.

Objetivos da Pesquisa: **Objetivo Geral:**
Como as equipes multiprofissionais de saúde significam as melhores práticas para a gestão do cuidado as PVHA em um município do Oeste Catarinense?

Objetivos Específicos:
- Compreender o significado das melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids sob a perspectiva das equipes multiprofissionais de saúde que atuam na Atenção Básica à Saúde e no serviço de referência para esta população no município de Chapecó/SC.

- Conhecer a percepções das pessoas que vivem com HIV/Aids acerca do cuidado que recebem nos serviços de Atenção Básica à Saúde e Serviço de Atendimento Especializado / Hospital Dia de Chapecó/SC.

- Construir um modelo interpretativo a partir dos significados atribuídos pelas equipes multiprofissionais de saúde sobre as melhores práticas de enfermagem para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids na Rede de Atenção à Saúde de Chapecó/SC.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Considerando a solicitação da pesquisadora recebida em 11/05/20, e considerando também o cenário epidemiológico atual de pandemia em decorrência do coronavírus (COVID-19), a Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa em Saúde avaliou e concordou com a possibilidade da pesquisadora dar início à pesquisa de forma remota, ou seja, através do contato telefônico e/ou plataformas digitais, fazendo contato com a Coordenadora do Serviço de Atenção Especializado (SAE/HDia), Enfermeira Vanise Putzel, para auxiliar.

Conclusão Aprovado.

Data do Parecer: 18/05/2020.

Saionara V. Barimacker
Enfermeira-COAREN/SC 224937
Coordenação do Setor de Planejamento e Educação na Saúde/SESAU
Município de Chapecó/SC

Saionara Vitória Barimacker
Coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde

Débora Renata Ruguzzoni
Auxiliar de Administração

ANEXO 3 – Emenda do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Melhores Práticas na Gestão do Cuidado às Pessoas com HIV/aids na Rede de Atenção em Saúde de um Município do Oeste de Santa Catarina.

Pesquisador: Betina Hörner Schindwein Meirelles

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 29839720.1.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.517.484

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_...pdf, de 20/06/2022, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

[resumo] As melhores práticas em saúde são intervenções bem sucedidas que possuem potencial de replicabilidade em outros contextos, dando origem as intervenções baseadas nas práticas. Assim, as intervenções devem ser avaliadas em seu contexto, processo e resultado, e atender critérios de avaliação a fim de melhorar a utilidade e a credibilidade da evidência em saúde pública, sendo eles: relevância, participação da comunidade, colaboração das partes interessadas, ética, replicabilidade, eficácia, eficiência e sustentabilidade. A gestão do cuidado converge em direção das melhores práticas em saúde pública, pois considera o emprego de tecnologias em saúde, direcionadas às necessidades singulares de cada pessoa para os diferentes momentos de sua vida, em busca de promover o seu bem-estar, desenvolver sua autonomia, obter uma vida produtiva e feliz. Assim vislumbra-se um olhar ampliado que vai desde a prática de sucesso no serviço até o bem-estar do usuário que a recebe. O cuidado em saúde inicia nos cenários de Atenção Básica, centro do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, avançando em

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.517.484

direção aos demais serviços, perpetuando a integralidade do cuidado, longitudinalidade, coordenação e atenção ao primeiro contato. Diferentes usuários são atendidos nos serviços de saúde, e entre eles estão as pessoas que vivem com HIV/Aids. Entre os compromissos assumidos pelo Brasil para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável descritos na Agenda 2030, está o de acabar com a epidemia de Aids, atingindo a meta 90-90-90 até 2020, e 95-95-95 até 2030, o que exige esforços conjuntos de toda a sociedade por meio de abordagens biomédicas, comportamentais e estruturais. Este estudo apresenta como objetivo compreender o significado das melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids sob a perspectiva das equipes multiprofissionais de saúde que atuam na Atenção Básica Saúde e no Serviço Especializado para esta população no município de Chapecó/SC. Para tanto, propõe-se a desenvolver um estudo interpretativo, de abordagem qualitativa, baseado na abordagem construtivista da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O município possui uma população de aproximadamente 213.279 habitantes e é conhecido como “Capital do Oeste” Catarinense, referência para mais de 200 municípios. Assim, a amostragem inicial será composta pelas equipes multiprofissionais que atuam nos CSF e CISF de Chapecó/SC e que realizam atendimento para pessoas que vivem com HIV/Aids residentes nas suas áreas de abrangência, constituindo o primeiro grupo amostral. O próximos grupos amostrais poderão ser constituídos por profissionais que atuam no SAE/HDIA; por profissionais que desempenham funções de coordenação e gestão dos serviços e administrativas da Secretaria de Saúde, e pessoas que vivem com HIV/Aids, durante o processo de comparação dos dados analisados. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas, buscas em documentos com dados secundários e observações de campo. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas serão gravadas, transcritas e analisadas. A análise dos dados será realizada por meio de três etapas de codificação: inicial, focalizada e teórica. Adicionalmente serão elaborados memorandos analíticos e diagramas. Para auxiliar na organização dos dados será utilizado o software NVivo®.

[hipótese (se for o caso)] A adoção de práticas de saúde pública que contemplem os critérios de relevância, participação da comunidade, colaboração das partes interessadas, ética, replicabilidade, eficácia, eficiência e sustentabilidade contribuem na melhoria da gestão do cuidado às pessoas com HIV/Aids atendidas na Rede de Atenção à Saúde.

[metodologia] LOCAL DO ESTUDO: O estudo será desenvolvido na RAS de Chapecó/SC, iniciando pelas unidades da Atenção Básica, e seguindo para a Atenção Especializada, ou ainda, outros pontos que emergirem durante o estudo. PARTICIPANTES DO ESTUDO: A amostragem inicial será composta pelas equipes multiprofissionais que atuam nos CSF e CISF de Chapecó/SC e que

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.517.484

realizam atendimento para pessoas que vivem com HIV/Aids residentes nas suas áreas de abrangência, constituindo o primeiro grupo amostral. O próximos grupos amostrais poderão ser constituídos por profissionais que atuam no SAE/HDIA; por profissionais que desempenham funções de coordenação e gestão dos serviços e administrativas da Secretaria de Saúde, e pessoas que vivem com HIV/Aids, durante o processo de comparação dos dados analisados. COLETA DE DADOS: entrevistas individuais semiestruturadas a serem aplicadas após a assinatura do TCLE, que terão como pergunta desencadeadora da discussão: Fale sobre as suas práticas de cuidado junto as pessoas com HIV/aids. Quais destas práticas considera melhores? Todas as entrevistas serão registradas por meio de gravação de áudio, transcritas e analisadas a luz do método. Anotações em memorando analíticos serão realizados a fim de auxiliar na análise dos dados. Serão agendados mais de um encontro para complementação das respostas, esclarecimentos de eventuais dúvidas ou mesmo para a validação da entrevista.

[critérios de inclusão] Como critério de inclusão para os profissionais e gestores, serão considerados aptos a participar do estudo aqueles que atuam nos serviços há pelo menos seis meses e que realizam atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids ou coordenam/gerenciam os respectivos serviços. Para as pessoas que vivem com HIV/Aids os critérios de inclusão são estar em atendimento no serviço no dia da entrevista, possuir mais de 18 anos, possuir autonomia plena, falar o idioma português ou inglês, e residir em Chapecó/SC, tendo em vista que o município e referência em HIV/Aids para 36 município pactuados. As pessoas que vivem com HIV/Aids serão convidadas pelos profissionais de saúde a participar, e somente após esse aceite preliminar serão apresentados para a pesquisadora, garantindo deste modo o anonimato daqueles que não desejarem participar do estudo.

[critérios de exclusão] Como critérios de exclusão serão considerados os profissionais afastados do serviço por qualquer motivo durante o período de realização da pesquisa, ou que não estejam desenvolvendo suas atividades regularmente por um período superior a dois meses à data de coleta de dados, independente do motivo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender o significado das melhores práticas para a gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids sob a perspectiva das equipes multiprofissionais de saúde que atuam na Atenção Básica Saúde e no Serviço Especializado para esta população no município de Chapecó/SC.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.517.484

Objetivo Secundário: Conhecer a percepção dos participantes da pesquisa acerca das práticas na gestão do cuidado as pessoas que vivem HIV/Aids, considerando a longitudinalidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde em Chapecó/SC. Conhecer as práticas que profissionais e gestores do município vem adotando a fim de atender os compromissos assumidos junto à Organização das Nações Unidas no que se refere as metas 90-90-90, e 95-95-95. Construir um modelo interpretativo a partir dos significados atribuídos pelas equipes multiprofissionais de saúde, percepções de gestores e pessoas que vivem com HIV/Aids sobre as melhores práticas de saúde para a gestão do cuidado à estas pessoas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos da participação são considerados mínimos, por ser através de uma entrevista, na qual não serão desenvolvidos procedimento de qualquer tipo. Durante a entrevista o participante poderá eventualmente sentir-se cansado, aborrecido, ou desconfortável em responder as questões ou com a recordação de alguma lembrança, ou ainda constrangido com a gravação de áudio, e caso ele não queira responder a alguma pergunta o seu direito será garantido e respeitado.

Benefícios: O participante não terá nenhum benefício direto da pesquisa, mas a participação poderá contribuir para a compreensão sobre as melhores práticas de saúde, ou seja, aquelas que tem resultados positivos e potencial para serem replicadas em outros contextos, sendo portanto de relevância social para todos os envolvidos, e com potencial de contribuir em outros contextos em que se busca melhorar o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/Aids. É garantido o livre acesso do participante à informações desta pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações retiradas primariamente do formulário com informações básicas sobre a pesquisa gerado pela Plataforma Brasil e/ou do projeto de pesquisa e demais documentos postados, conforme lista de documentos e datas no final deste parecer.

Tese de doutorado de Fernanda Karla Metelski, no Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, orientado/a por Profa. Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles.

Estudo [nacional] e [unicêntrico], [prospectivo].

Financiamento: [próprio].

País de origem: [Brasil].

Número de participantes no Brasil: [45].

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 5.517.484

Previsão de início do estudo: [15/04/2020 no formulário PB].

Previsão de término do estudo: [31/10/2021 no formulário PB].

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda/Adendo

Atualizando o CEP SH que foram coletados os dados de forma remota, por conta das condições sanitárias decorrentes da pandemia.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1962065_E1.pdf	07/06/2022 18:28:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_com_ajustes.pdf	07/06/2022 09:11:58	Fernanda Karla Metelski	Aceito
Outros	Adendo_Comite_de_Etica_ok_assinado.pdf	07/06/2022 09:08:56	Fernanda Karla Metelski	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tese_FKM_V09032020.pdf	10/03/2020 09:36:29	Fernanda Karla Metelski	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_CEP.pdf	13/02/2020 16:37:11	Betina Hörner Schindwein Meirelles	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	12/02/2020 11:04:36	Fernanda Karla Metelski	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_Concordancia_Sesau.pdf	10/02/2020 15:47:22	Fernanda Karla Metelski	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.517.484

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 08 de Julho de 2022

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO 4 – Carta do Estágio de Doutoramento



Escola Superior de Enfermagem do Porto

Declaração

Declaro para os devidos fins, que fui orientador/supervisor no exterior de **Fernanda Karla Metelski**, enfermeira, matriculada no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/Brasil – Curso de Doutorado, sob a orientação principal da Professora Doutora Betina Hörner Schlindwein Meirelles. Foram realizadas reuniões de trabalho dos meses de janeiro a junho de 2022, de modo remoto, sendo que no período de 01 a 30 de abril de 2022 a doutoranda realizou o Estágio de Doutoramento, de modo presencial, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), em Portugal. O objetivo foi o desenvolvimento da tese de doutorado "Melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção à saúde de um município do Oeste de Santa Catarina".

Durante todo o período foram realizadas discussões acerca dos resultados do estudo, validação do modelo teórico interpretativo, definição da elaboração de manuscritos conjuntos para publicação da tese e de estudos em curso na área do HIV vinculados ao Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS).

Porto, 1 de setembro de 2022



Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu
Presidente do CTC