

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

**LUCIANA FERREIRA CARDOSO ASSUITI**

**ORGANIZANDO A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA  
DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS SOB A  
PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE**

Florianópolis  
2013



**LUCIANA FERREIRA CARDOSO ASSUITI**

**ORGANIZANDO A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA  
DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS SOB A  
PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE**

Tese apresentada à banca examinadora do Curso do Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade da UFSC.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles.

Linha de pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde

Florianópolis  
2013

Assuiti, Luciana Ferreira Cardoso

Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/AIDS sob a perspectiva da Complexidade / Luciana Ferreira Cardoso Assuiti ; orientadora, Betina Hörner Schlindwein Meirelles - Florianópolis, SC, 2013. 298 p.

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

Inclui referências

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

Dedico à minha filha **Gabriela Assuiti** por ter, espontaneamente, tomado a decisão de dedicar-se à área da saúde, mesmo estando sempre ao meu lado; não deixou de querer cuidar do outro, apesar de todas as diversidades sabe que é compensador e gratificante. Conte sempre comigo nesta caminhada! Te amo!



## AGRADECIMENTOS

Ao **Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina**, na pessoa de seu Diretor, Dr. **Carlos Alberto Justo da Silva**, pelo incentivo e apoio pessoal, por reconhecer e valorizar o papel da fonoaudiologia, por fazer parte da banca, pelas valiosas contribuições durante minha caminhada profissional, como professor, gestor, amigo e, pela capacidade de nos lançar desafios, contribuindo para o fortalecimento da fonoaudiologia no HU, exemplo de líder para todos nós.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, na pessoa de sua Coordenadora, Prof<sup>ª</sup> Dra. **Vânia Marli Schubert Backes** e seus professores e colaboradores, pela recepção, atenção e grande contribuição em minha formação acadêmica.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pelo fomento como Bolsista em estágio doutoral no exterior, pelo Programa Ciências Sem Fronteiras, o qual foi realizado na University of College London, United Kingdom, no período de agosto de 2012 à março de 2013.

Ao **MRC Hearing and Communication Group**, em especial a meu supervisor Dr. Adrian Davis, Julia Maier e Valmae Young, pelo incentivo, acolhida, companhia e contribuições científicas.

Aos membros do **GEPADES**, em especial à coordenadora do grupo Dra. **Alacoque Lorenzini Erdmann**, exemplo de pesquisadora, pela competência, comprometimento, e acima de tudo por acreditar na contribuição e crescimento do grupo, quando há profissionais da área da saúde, além da enfermagem.

A **Betina Hörner Schlinwein Meirelles**, orientadora e verdadeira parceira, comprometida e compreensiva, competente, e que soube respeitar minhas limitações de tempo, formação e dedicação, serei eternamente grata por isso! Agradeço também pelas ideias, convicções, paciência e firmeza.

A **Carla Gentile Matas**, membro da banca de qualificação, agradeço pelas contribuições, fiquei muito feliz e lisonjeada com sua presença virtual, e senti sua falta na defesa, pois sendo referência na área com certeza me traria mais desafios, e enriqueceria este trabalho.

A **Cilmara Cristina Alves da Costa Levy**, agradeço por ter aceito fazer parte da banca examinadora. Você é uma pessoa especial e compartilhar

este momento contigo, além de saber de sua admiração pelo meu trabalho, me deu muita satisfação.

A **Stella Maris Brum Lopes**, minha professora desde a graduação, agradeço pelo carinho, pelos desafios e contribuições.

A **Renata Coelho Scharlach**, por aceitar o desafio de participar de uma banca de pesquisa qualitativa, sendo uma audiologista. Muito obrigada. E sim, seja bem vinda à UFSC, sua nova casa.

Aos amigos do doutorado, **Gabriela Marcelino**, **Melissa Honório**, **Patrícia Klock**, **Daniela Couto**, **Jorge Lorenzetti**, agradeço o carinho, as contribuições, os risos, os choros, enfim agradeço o que vivenciamos, esses momentos ficarão guardados no coração.

À equipe do **Serviço de Neonatologia da Maternidade do HU/UFSC** agradeço a compreensão pela ausência e cansaço.

À equipe do **Serviço de Fonoaudiologia do HU/UFSC** agradeço pelo suporte durante minha ausência quando estava no estágio de doutoramento, pela compreensão no meu retorno, e pelo apoio toda vez que solicitei.

### **Meus agradecimentos especiais**

Aos meus pais, **Joanilson José Cardoso e Maria José Ferreira**, por terem me dado a vida e se orgulharem de mim.

Aos amigos do grupo de corrida **Just Run**, em especial a **Leonardo Marmitt** e **Just Run Mulher**, a companhia de vocês nesses últimos meses me proporcionou dias de vida com saúde e alegria. Muito obrigada!

A **Carlos Henrique Assuiti**, por apoiar e incentivar meu crescimento pessoal e profissional. Não tenho palavras para agradecer tudo o que fez por mim!

A **Gabriela Assuiti** agradeço a companhia, o amor, o carinho, as solicitações de presença, agradeço por ser sua mãe, agradeço porque há vinte e um anos você nasceu, e há pelo menos dezenove você me acompanha na saga da minha formação acadêmica. Você foi uma ótima companheira, uma verdadeira parceira. Primeiro veio a graduação, e na sua inocência infantil adorava frequentar as aulas de histologia, ficar olhando lâmina era o máximo! Na formatura queria um diploma, nada mais justo, mas não foi dessa vez. Depois vieram os cursos, as especializações, o mestrado, o doutorado, junto a isso o trabalho, aulas aos sábados, viagens, plantões, hospital. Fico aqui tentando lembrar as



reclamações por isso, mas não me recordo de nada! E agora chegou minha vez, agora eu que fico sozinha e orgulhosa porque você está estudando, eu que tiro você dos estudos e chamo para ficar comigo um pouquinho, e assim vejo que não fiz nada tão ruim, e a vida segue e vamos juntas, em companhia, cada uma em seu tempo e a seu modo. Muito obrigada por fazer parte da minha vida!

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



“A consciência da complexidade nos faz compreender que não poderemos escapar jamais da incerteza e que jamais poderemos ter um saber total: a totalidade é a não verdade.” (Edgar Morin)



ASSUITI, Luciana Ferreira Cardoso. **Organizando a rede de atenção à saúde auditiva para pessoas que vivem com HIV/Aids sob a perspectiva da Complexidade.** 2013. 298 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles  
Linha de pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde

## RESUMO

A política nacional de DST/Aids entrou em vigor no ano de 1985, enquanto que a política nacional de atenção à saúde auditiva foi publicada em 2004. Assim, o estudo teve como objetivo construir um referencial teórico, da organização e gestão da rede de atenção à saúde auditiva, a partir da compreensão dos significados atribuídos pelos profissionais e gestores, que atuam na política nacional de atenção à saúde auditiva e política nacional de DST/Aids, no Estado de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem teórico-descritiva, a qual foi conduzida pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A Complexidade de Edgar Morin foi a perspectiva teórica utilizada, e oportunizou a compreensão do fenômeno de forma contextualizada e reflexiva. Os cenários escolhidos para a realização da pesquisa foram dois Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, de alta complexidade, um no Município de Florianópolis/SC, outro em Itajaí/SC, e um Centro de Referência Estadual no controle e tratamento de pessoas com HIV/Aids, localizado em Florianópolis/SC. A coleta de dados ocorreu de maio de 2012 a abril de 2013. A seleção dos participantes foi intencional, por amostragem teórica e apoiada nos seguintes critérios de inclusão: (1) ser profissional ou gestor na política nacional de DST/Aids por no mínimo dois anos; (2) ser profissional ou gestor na política nacional de saúde auditiva por no mínimo dois anos; (3) estar atuando no momento da entrevista. Foram entrevistados trinta profissionais e gestores, divididos em cinco grupos amostrais, sendo dezessete sujeitos que atuavam na Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, e treze, na Política Nacional de DST/Aids. As entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. A análise dos dados ocorreu de maneira concomitante com a coleta dos dados, por *codificação aberta, axial e seletiva*. O fenômeno *Organizando a rede de*

atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids, fundamentado na integração de nove categorias e dezenove subcategorias, foi distribuído em componentes do modelo paradigmático. A relação entre HIV/Aids e perda auditiva faz parte do *Contexto* como um tema desconhecido tanto por profissionais e gestores, quanto pelas pessoas que vivem com HIV/Aids, e, apesar de haver literatura científica relatando essa relação, ainda não há um consenso sobre a etiologia da perda auditiva, e seus efeitos para a qualidade de vida nessa população específica. Diante desse quadro os profissionais reconhecem o caráter inovador da pesquisa, e demonstram interesse em aumentar o conhecimento na área, com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado, e organizar uma rede de atenção para pessoas que vivem com HIV/Aids, e que podem ter como agravo a perda auditiva, como consequência dessa condição de saúde. As condições de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids emergiu como barreira para o diagnóstico precoce da perda auditiva. Entre as condições estão a baixa renda, a não adesão ao tratamento e as dificuldades em compreender as informações recebidas das equipes de saúde. Dentre as *Condições Causas*, os profissionais e gestores consideram a gestão do SUS complexa e fragmentada, percebem que o Sistema Único de Saúde apresenta alguns entraves na gestão da rede de atenção à saúde auditiva, e apontam a organização da estrutura do sistema de saúde como um desafio a todos os atores envolvidos, quais sejam gestores, profissionais e usuários. Apontam também a falta de fonoaudiólogos nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família, e acreditam que a inclusão desses profissionais contribuiria para a garantia do atendimento integral, acesso universal e igualitário, principalmente nas áreas em que estes têm formação e capacitação para atuar. A melhor qualidade de vida que as pessoas que vivem com HIV/Aids estão vivenciando atualmente, devido ao avanço terapêutico no tratamento do HIV/Aids, emergiu como um dos principais fatores para o aumento da demanda de acompanhamento ambulatorial dessa população, e o agravo auditivo é mais um problema de saúde que precisa ser monitorado. Evidenciou-se que a atual rede de atenção à saúde auditiva de Santa Catarina não tem capacidade estrutural, e de pessoal para assumir esta nova demanda. Foram apontados como *Condições Intervenientes* a ausência de atendimento na Atenção Básica como porta de entrada na rede de atenção à saúde auditiva, a falta de compromisso dos profissionais, o fluxo da rede como obstáculo para o diagnóstico

audiológico básico, a atenção voltada para a especialidade. Como *Estratégias* sugeridas, os profissionais e gestores enfatizam a inclusão da infecção pelo HIV e da Aids como fatores de risco para surdez, recomendam o monitoramento auditivo, e a criação de protocolos de seguimento e fluxo de atendimento, e por fim a qualificação dos profissionais de saúde que são responsáveis pelo cuidado de saúde dessa população, para o controle do agravo auditivo, ou seja, da surdez permanente e incapacitante. Como *Consequências* vislumbram-se o cuidado integral, nas três dimensões do entendimento do conceito de integralidade, isto é, a integralidade como forma de cuidar/tratar aquele que procura o atendimento de saúde, aquele que foi em busca do cuidado; a integralidade como processo de trabalho, de ações em equipe, para grupos de atenção específicos e organizados para tal; e a integralidade como dever do Estado em todos os níveis de atenção. Indica-se, como necessidade urgente, a inclusão do fonoaudiólogo nas equipes de saúde da Atenção Básica, inserido e integrado com enfermeiros, dentistas, médicos e o agente comunitário de saúde, a fim de construir uma rede de atenção à saúde auditiva que atenda aos anseios da população, às necessidades das equipes de saúde e cumpra as diretrizes e regulamentações das políticas públicas envolvidas no cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids. Por fim, conclui-se que somente com a integração das políticas públicas será possível construir um sistema de saúde consolidado e eficaz, e que, somente para atender às pessoas que vivem com HIV/Aids, em relação ao agravo auditivo, temos que abarcar a Política Nacional de DST/AIDS, a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, além das Diretrizes das Redes de Atenção à Saúde, ou seja, compreende-se que a organização do cuidado obrigatoriamente se dá e se sustenta em ações compartilhadas, dos vários profissionais que são, ao mesmo tempo, autores e atores de um projeto coletivo.

**Palavras-Chave:** HIV. Audição. Perda Auditiva. Atenção à Saúde. Fonoaudiologia. Enfermagem.





ASSUITI, Luciana Ferreira Cardoso. **Organizing a network of hearing health care for people living with HIV/AIDS from the perspective of Complexity.** 2013. 298 p. PhD in Nursing Doctorate Dissertation. Graduate Nursing Program. Federal University of Santa Catarina, Brazil, 2013.

## ABSTRACT

The national policy concerning STD/AIDS took force in 1985, while the national policy for hearing healthcare was published in 2004. The objective of this study was to construct a theoretical reference for the organization and management of the hearing healthcare network, based on the understanding of the meanings attributed to it by professionals and managers who work with the national hearing healthcare policy and the national policy for STDs/AIDSs, in Santa Catarina state. This is a qualitative study of theoretical-descriptive nature, which was conducted using the Grounded Theory approach. Edgar Morin's complexity theory was the theoretical perspective used, and guided the understanding of the phenomenon in a contextualized and reflexive manner. The scenarios chosen for conducting the research were two high complexity hearing healthcare services, one in the municipality of Florianópolis, SC, and another in Itajaí, SC, and a state reference center for control and treatment of people with HIV/AIDSs, in Florianópolis, SC. The data collection took place from May 2012 to April 2013. The selection of the participants was intentional, by theoretical sampling and was supported by the following criteria for inclusion: (1) being a professional or manager in the national STD/AIDSs policy for at least two years; (2) being a professional or manager in the national hearing healthcare policy for at least two years; (3) being currently working at the time of the interview. Thirty professionals and managers were interviewed, divided into five sample groups, with 16 subjects who work within the National Policy for Hearing Healthcare, and thirteen within the National Policy for STD/AIDSs. The interviews were recorded in audio and later completely transcribed. The data analysis in conjunction with the data collection, was done by *open, axial and selective codification*. The phenomenon *Organizing a network of hearing health care the people living with HIV/Aids*, based on the integration of nine categories and 19 subcategories, was distributed in components of the paradigmatic model. The relationship between HIV/Aids and hearing loss is part of

the *Context* and is a theme that is unknown both by professionals and administrators, as well as by people who live with HIV/AIDS, and although there is scientific literature that reports on this relationship, there is still no consensus about the etiology of hearing loss and its effects on the quality of life of people in this specific population. Given this situation, the professionals recognized the innovative character of the study, and demonstrated interest in increasing knowledge in the field, to improve the quality of care and allow organizing a healthcare network for people who live with HIV/AIDS and have hearing loss as a consequence of this healthcare condition. The living conditions of people who have HIV/AIDS emerged as a barrier to the early diagnosis of hearing loss. These conditions include low income, non-adherence to treatment and difficulties in understanding the information received from the healthcare staff. Among the Causal Conditions, the professionals and administrators consider the administration of Brazil's Single Healthcare System (SUS) to be complex and fragmented, and perceive that the SUS has impediments in the management of the hearing healthcare network, and indicate the organization of the structure of the healthcare system as a challenge for all the actors involved, whether they are administrators, professionals or users. They also point to the lack of speech therapists in the Family Healthcare Centers and believe that the inclusion of these professionals would help guarantee complete service, with universal and egalitarian access, mainly in the areas in which speech therapists are educated and trained to work. The better quality of life that the people who live with HIV/AIDS are currently experiencing, due to therapeutic advances in the treatment of HIV/AIDS, emerged as one of the main factors for increasing the demand for outpatient care for this population, and hearing problems are one of the healthcare issues that need to be monitored. It was revealed that the current hearing healthcare network in Santa Catarina does not have the structural capacity or the personnel needed to attend this new demand. The *Intervening Conditions* indicated include the absence of service in Basic Healthcare as the entrance to the hearing healthcare network, a lack of commitment from professionals, the flow of the network as an obstacle to the basic audiological diagnosis and the attention given to the specialty. As the suggested *Strategies* indicate, the professionals and managers emphasize the inclusion of infection by HIV and AIDS as risk factors for deafness, the recommendation of hearing monitoring and the creation of protocols to

be followed and a flow of service, and finally the training of the healthcare professionals who are responsible for caring for this population to control hearing loss, or that is permanent and incapacitating deafness. The *Consequences* indicated include the opportunity to offer integral care, in the three dimensions of the understanding of the concept of integral, that is, integrality as a form of care/treatment for those who seek healthcare; integrality as a work process, of team actions, for groups that provide specific care organized for this purpose; and integrality of the responsibility of the state at all levels of care. It is indicated that there is an urgent need for the inclusion of speech therapists on the healthcare staffs for Basic Care, to be inserted and integrated with nurses, dentists, doctors and community healthcare agents, to construct a healthcare network for hearing health that serves the needs of the population and healthcare staffs and fulfills the guidelines and regulations of public policies aimed at the care for people with HIV/AIDs. Finally, it is concluded that only the integration of public policies will make it possible to construct a consolidated and effective healthcare system and that to serve the people who live with HIV/AIDS, in relation to the hearing problems we must embrace the National STD/AIDs policy, the National Policy of Hearing Healthcare, the National Basic Healthcare Policy, the National Policy for Permanent Education in Healthcare, as well as Guidelines for the Healthcare Networks. That is, the organization of care must take place and be supported in shared actions, by a variety of professionals who are simultaneously authors and actors in a collective project.

**Keywords:** HIV. Hearing. Hearing Loss. Health Care. Speech, Language and Hearing Sciences. Nursing.



ASSUITI, Luciana Ferreira Cardoso. **La organización de una red de la salud auditiva de las personas que viven con el VIH/SIDA desde la perspectiva de la Complejidad.** 2013. 298 p. Tesis (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

## RESUMEN

La política nacional de ETS/SIDA entró en vigor en 1985, mientras que la política nacional de salud auditiva fue publicado en 2004. El presente estudio tuvo como objetivo construir un marco teórico, la organización y la gestión de la red de atención la salud del oído, de la comprensión de los significados asignados por los profesionales y directivos que trabajan en la política nacional para la audiencia de la asistencia sanitaria y la política nacional de ETS/SIDA en el estado de Santa Catarina. Se trata de una investigación cualitativa con el teórico-descriptivo, realizado por la Grounded Theory (GT). La complejidad de Edgar Morin se utilizó la perspectiva teórica, esta fue una oportunidad para entender el fenómeno en su contexto y reflexivo. Los escenarios elegidos para el estudio fueron dos Servicios de la audición de Salud y de alta complejidad, uno en Florianópolis/SC, otro en Itajaí/SC, y el Centro de Referencia Estatal en el control y tratamiento de las personas con VIH/Sida, con sede en Florianópolis/SC. Los datos fueron recolectados a partir de mayo 2012 a abril 2013. La selección de los participantes fue intencional, con el apoyo de muestreo teórico y los siguientes criterios de inclusión: (1) ser profesional o gerente de política nacional de ETS/SIDA durante al menos dos años, (2) ser profesional o gerente en la política nacional de salud escuchar durante al menos dos años, (3) estar actuando en el momento de la entrevista . El primer grupo estaba formado por seis logopedas, dos trabajadores sociales y dos otorrinolaringólogos, relacionados con la Política Nacional de Atención de la Salud vista. El segundo grupo de cuatro médicos especialistas en enfermedades infecciosas y tres enfermeras , que trabajan en el Programa Nacional de ITS/SIDA. El tercer grupo de cuatro directores, dos representantes municipales y dos representantes estatales del Programa Nacional de ITS/SIDA. El cuarto grupo de tres coordinadores estatales y cuatro coordinadores municipales de la Audiencia Nacional de Atención de la Salud, y el quinto y el grupo muestra final dos representantes de una organización no gubernamental que ayuda a las personas que viven con

el VIH/SIDA. Al final, fueron treinta profesionales y directivos, divididos en cinco grupos de la muestra, siendo diecisiete sujetos participantes en la Audiencia Nacional de Salud, y trece en el Programa Nacional de ITS/SIDA. Las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas. El análisis de datos se produjo en forma concomitante con la recolección de datos por codificación abierta, axial y selectiva. El fenómeno *La organización de una red de la salud auditiva de las personas que viven con el VIH/SIDA*, basado en la integración de las nueve categorías y diecinueve subcategorías, se distribuyó en los componentes modelo de paradigma. La relación entre el VIH/SIDA y la pérdida de audición es parte del contexto como un tema desconocido para los profesionales y directivos, como para las personas que viven con el VIH/SIDA, y aunque no hay literatura científica que describe esta relación, todavía no existe un consenso sobre la etiología de la pérdida auditiva y sus efectos en la calidad de vida en esta población específica. Ante esta situación, los profesionales reconocen el carácter innovador de la investigación, y más dispuestos a aumentar el conocimiento de la zona, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención, y organizar una red de atención a las personas que viven con el VIH/SIDA, lo que puede tener la queja la pérdida de audición como resultado de esta condición de salud. Las condiciones de vida de las personas que viven con el VIH/SIDA se ha convertido en una barrera para el diagnóstico precoz de la pérdida de audición entre las condiciones son pobres, la falta de adherencia al tratamiento y las dificultades en la comprensión de la información recibida de los equipos de salud. Entre las Condiciones Causas profesionales y directivos consideran complejo el SUS y fragmentada, se dan cuenta de que el sistema de salud presenta algunas dificultades en la gestión de la red de la salud auditiva, y el punto de la estructura de organización del sistema de salud como un desafío todos los actores involucrados, es decir, gerentes, profesionales y usuarios. También apuntan a la falta de terapeutas del habla en el Núcleo de Atención de Salud para la Familia, y creen que la inclusión de estos profesionales ayudan a garantizar la atención integral, el acceso universal e igualitario, especialmente en áreas donde éstos tienen la formación y capacidad de obrar. Una mejor calidad de vida a las personas que viven con el VIH/SIDA que actualmente están experimentando debido al avance terapéutico en el tratamiento del VIH/ SIDA se ha convertido en un factor importante para el aumento de la demanda para el tratamiento ambulatorio de esta

población, y la audiencia de queja es otro problema de salud que necesita ser monitorizado. Era evidente que la red actual de la salud auditiva de Santa Catarina, tiene capacidad estructural y personal para asumir esta nueva demanda. Fue nombrado Intervenir Condiciones ausencia de atención primaria como puerta de entrada en la red de la salud auditiva, la falta de compromiso de los profesionales, el flujo de la red como una barrera para fundamentos de audiología de diagnóstico, la atención se centró en la especialidad, así como la dificultad en la difusión y el establecimiento de la red de atención de la salud auditiva en Santa Catarina. Como estrategias sugeridas, profesionales y gestores destacan la inclusión del VIH y el SIDA como factores de riesgo para la sordera , recomendar auditiva seguimiento y la creación de protocolos de seguimiento y flujo de servicio, y finalmente las calificaciones de los profesionales de la salud que son responsables de la atención de la salud de esta población, para el control de la audiencia de queja o sordera es permanente e incapacitante. Como consecuencia de ello, se prevé la atención integral en las tres dimensiones de la comprensión del concepto de integridad, es decir, la integridad como una manera de cuidar/tratar a alguien que busca la atención de la salud, que estaba en busca de atención, integralidad como un proceso trabajo, el equipo de acción, grupos de enfoque, específicos y organizados con el objetivo y la integridad como un deber del Estado en todos los niveles de atención. Está indicado como una necesidad urgente, la inclusión de logopeda en los equipos de salud de atención primaria, inserta y se integra con las enfermeras, dentistas, médicos y trabajadores de salud comunitaria con el fin de construir una red de salud auditiva que cumpla con las aspiraciones de población, las necesidades de los equipos de salud y seguir las pautas y reglamentos de las políticas públicas que intervienen en la atención de personas que viven con el VIH/SIDA. Por último, se concluye que sólo con la integración de las políticas públicas será posible construir un sistema de salud consolidado y eficaz, y que sólo para cumplir con las personas que viven con el VIH/SIDA en relación con la audiencia de queja que atienden Política Nacional ETS/SIDA, la Política Nacional sobre la salud auditiva, el Nacional de Atención Primaria, la Política Nacional de Educación Continua en Redes de Salud, además de las Directrices para la Atención de la Salud, es decir, se entiende que la organización de la atención necesariamente se produce y se sustenta en acciones comunes, los distintos profesionales

que son, al mismo tiempo, los autores y actores de un proyecto colectivo.

**Palabras clave:** VIH. Audición. Pérdida Auditiva. Atención de La Salud. Fonoaudiología. Enfermería.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual  
ABS – Atenção Básica à Saúde  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
APS – Atenção Primária à Saúde  
AZT – Zidovudina  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CRFa – Conselho Federal de Fonoaudiologia  
CD4 – Cluster of Differentiation 4 (grupamento de Diferenciação 4)  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil  
D4T – Estavudine  
dB – decibéis  
ddI – Didanosine  
ddC – Zalcitabina  
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FAPESC – Fundação de Apoio à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina  
GEPADES – Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde  
HAART – Highly Active Antiretroviral Therapy  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida  
HSH – homens que têm sexo com homens  
HU – Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
IP – Inibidor da Protease  
ITRN (ITRNt) – Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleotídeos  
ITRNN – Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleotídeos  
kHz – kilohertz  
MS – Ministério da Saúde  
NOB – Normas Operacionais Básicas

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ORL – Otorrinolaringologista  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNASA – Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
SASA – Serviço de Atenção à Saúde Auditiva  
SES – Secretaria de Estado da Saúde  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TAN – Triagem Auditiva Neonatal  
TARV – Terapia Antirretroviral  
TARP – Terapia Antirretroviral Potente  
TFD – Teoria Fundamentada nos Dados  
T-CD4+ – glóbulos brancos que atuam no sistema imunológico (Linfócitos)  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
ULS – Unidades Locais de Saúde  
UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/Aids  
UE – União Européia

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama do Componente Contexto _____	110
Figura 2: Diagrama do Componente Condições Causais _____	119
Figura 3: Diagrama do Componente Condições Intervenientes _____	127
Figura 4: Diagrama do Componente Estratégias. _____	134
Figura 5: Diagrama do Componente Consequências _____	142
Figura 6: Diagrama do Modelo Teórico _____	144
Figura 7: Diagrama do Modelo Teórico “Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas com HIV/Aids” _____	150
Figura 8 - Diagrama do Componente Contexto _____	157
Figura 9: Sugestão de fluxograma de referência na Rede de Atenção à Saúde Auditiva para pessoas que vivem com HIV/Aids (ASSUITI e MEIRELLES, 2013). _____	235



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Descrição dos participantes, segundo o grupo amostral, tempo de experiência na área e titulação máxima, 2013 _____	98
Quadro 2: Codificação aberta _____	101
Quadro 3: Codificação Aberta _____	102
Quadro 4: Agrupando conceitos em categorias – codificação axial__	103
Quadro 5: Agrupando conceitos em categorias – codificação axial__	103
Quadro 6 - Exemplo de Memorando.. _____	104



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Procedimentos e Critérios de referência para identificação de problemas auditivos ou perda auditiva associados ao HIV/Aids. Fonte: Adaptado de Swanepoel e Louw (2010) e traduzido pela autora \_\_\_\_ 233





## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	35
1.1 OBJETIVO GERAL	50
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b>	51
2.1 CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS COM O CUIDADO À SAÚDE AUDITIVA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS	51
2.1.1 A Aids como doença e seu tratamento	51
2.1.2 As alterações auditivas e a infecção pelo HIV/Aids	55
2.1.3 Saúde auditiva e as redes de atenção à saúde	59
2.1.4 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	70
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	81
<b>4. MÉTODO</b>	91
4.1 TIPO DE ESTUDO	91
4.2 LOCAIS DO ESTUDO	95
4.3 COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES DO ESTUDO	95
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	99
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	106
<b>5. RESULTADOS</b>	109
5.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS SEGUNDO O MODELO PARADIGMÁTICO	109
5.1.1 Contexto	109
5.1.2 Condições causais	118
5.1.3 Condições intervenientes	126
5.1.4 Estratégias	133
5.1.5 Consequências	141
5.2 MODELO TEÓRICO	143
5.2.1 A categoria central ou fenômeno: organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids	145
<b>6. MANUSCRITOS</b>	151
6.1 MANUSCRITO 1 – O COMPLEXO CONTEXTO DE GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS	151
6.2 MANUSCRITO 2 – ORGANIZANDO A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA DE PESSOAS COM HIV/AIDS: CONDIÇÕES CAUSAIS E INTERVENIENTES	173

6.3 MANUSCRITO 3 – PERSPECTIVAS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS	211
6.4 MANUSCRITO 4 – UNITED KINGDOM NATIONAL SCREENING COMMITTEE: UMA EXPERIÊNCIA EM REDE DE ATENÇÃO PREVENTIVA NA INGLATERRA	249
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	261
<b>REFERÊNCIAS</b>	269
<b>APÊNDICES</b>	287
<b>ANEXOS</b>	295

## 1. INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva é a perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando em graus e níveis, que acomete parcela substancial da população mundial. Assim, constitui um problema de saúde pública pelo impacto da privação sensorial no desenvolvimento infantil e pelo isolamento comunicativo que adultos e idosos sofrem com essa privação (OMS, 2000). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 360 milhões de pessoas no mundo sofrem de perda auditiva incapacitante; destas, um terço, ou um total de 165 milhões, é formado por pessoas acima de 65 anos, e 32 milhões por crianças e adolescentes com idade igual ou inferior a 15 anos. Metade dos casos seria facilmente evitável por meio de políticas públicas de saúde adequadas que assegurassem o diagnóstico e o tratamento precoces (OMS, 2013). Grande parte dos deficientes auditivos poderia ser beneficiada pela utilização de aparelhos auditivos, obtendo uma significativa melhora na qualidade de vida. A estimativa é que sejam necessários 32 milhões de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) a cada ano nos países em desenvolvimento, mas apenas 750.000 são distribuídos (OMS, 2000).

Uma perda de audição pode ser considerada como qualquer diminuição da capacidade de ouvir e/ou detectar sons da fala ou do ambiente. As causas podem ocorrer em diferentes momentos da vida do indivíduo, durante a gestação ou parto, na infância, adolescência, vida adulta ou na terceira idade (RUSSO; LOPES; BRUNETTO-BORGIANNI, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a deficiência auditiva em adultos como um nível de limiar auditivo (a média de frequências de 0,5, 1, 2, 4 kHz) para a melhor orelha de 41 dB (decibéis) ou mais. Em crianças menores de 15 anos de idade, uma deficiência auditiva incapacitante é definida como o nível de limiar auditivo (média de frequências de 0,5, 1, 2, 4 kHz) para a melhor orelha de 31 dB ou mais (OMS, 2001).

Dezesseis por cento dos adultos europeus sofrem de perda de audição, algo bastante considerável e que vem, infelizmente, afetando o cotidiano desses indivíduos. Esses dados são superiores aos índices apontados numa pesquisa feita anteriormente, que eram de dez por cento. Na Europa cerca de 71 milhões de adultos entre 18 e 80 anos de

idade são acometidos de perda de audição, nível este superior a 25 dB, definição de deficiência parcial auditiva reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Somente na União Europeia (UE) o número de pessoas com perda de audição é superior a 55 milhões. No Brasil, de acordo com a OMS, 28 milhões de brasileiros sofrem de algum problema auditivo. Os dados de perda de audição, na Europa, foram obtidos por uma pesquisa científica feita pela Survey: “Avaliação de Custos Sociais e Econômicos da Perda Auditiva” (BRIDGED SHIELD, 2011).

O relatório conseguiu calcular o número de pessoas afetadas com algum tipo de problema auditivo em cada região ou área da Europa, e em outros países industrializados. Podemos citar alguns exemplos:

Alemanha: 10,2 milhões de pessoas; França: 7,6 milhões de pessoas; Grã Bretanha: 7,5 milhões de pessoas; Itália: 7,2 milhões de pessoas; Espanha: 5,5 milhões de pessoas; Polônia: 4,7 milhões de pessoas; Países Baixos: 2 milhões de pessoas; Brasil: 28 milhões de pessoas.

No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, BRASIL, 2010), 6,7% da população têm alguma deficiência severa, ou seja, 12.777.207 pessoas declararam possuir pelo menos uma deficiência severa. O percentual de pessoas que declararam possuir deficiência auditiva severa foi de 1,1% (IBGE, BRASIL, 2010).

Ainda no Brasil, temos somente um estudo inédito, de base populacional, do ano de 2003, que foi desenvolvido no Município de Canoas/RS. A prevalência da deficiência auditiva incapacitante encontrada naquela população foi de 6,8% (5,4% de perda auditiva moderada, 1,2% severa e 0,2% profunda). Segundo os coordenadores da pesquisa, esse resultado é compatível com estudos da OMS realizados em outros países em desenvolvimento, onde a média da prevalência para perdas auditivas incapacitantes é de 7% (na Índia 6%, na Indonésia 5%, na Nigéria 6,2%, Myanmar 8% e Sri Lanka 9%) (BÉRIA et al., 2007).

Em Santa Catarina, foi realizado um estudo com o objetivo de descrever o perfil dos pacientes do Programa de Saúde Auditiva do Estado de Santa Catarina atendidos no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina

(HU/UFSC). O estudo foi retrospectivo, incluindo pacientes com indicação de protetização auditiva, atendidos pelo serviço nos anos de 2007 e 2008. A amostra foi dividida em dois grupos: pediátrico (< 18 anos) e adulto (> 18 anos). Avaliaram-se: idade, sexo, tipo e grau de perda, duração, comorbidades e etiologia provável. Foram analisados 304 prontuários de pacientes, sendo 31 (10,2%) do grupo pediátrico e 273 (89,8%) do grupo adulto. No grupo pediátrico, as idades variaram de 4 meses a 16 anos, com média de  $7,7 \pm 5,4$  anos. No grupo adulto, as idades variaram de 19 a 93 anos, com média de  $61 \pm 16$  anos. A frequência por sexo ficou distribuída da seguinte forma: no grupo pediátrico, foram observados 18 (58,06%) pacientes do sexo masculino e 13 (41,94%) do sexo feminino, enquanto que no grupo adulto foram 130 (47,62%) pacientes do sexo masculino e 143 (52,38%) do sexo feminino. A perda auditiva neurossensorial foi a mais encontrada nos dois grupos; no grupo pediátrico, a perda de grau profundo foi a mais frequente, e, no grupo adulto, graus moderado e moderadamente-severo. As principais etiologias foram causas genéticas/desconhecidas no grupo pediátrico e presbiacusia no grupo adulto. Com esse estudo, pôde-se concluir que, no grupo pediátrico, a maioria era de meninos, com perda neurossensorial de graus leve e profundo, com duração maior que um ano e sem comorbidades. No grupo adulto, a maioria era de mulheres, com perda neurossensorial de graus moderado e moderadamente-severo, com duração maior que cinco anos e comorbidades associadas (causas genéticas, iatrogênicas e perinatais) (DIMATOS et al., 2011).

Em relação ao HIV/Aids, segundo dados do *Joint United Nations Programme on HIV/Aids* (UNAIDS), no final de 2010, um número estimado de 34 milhões de pessoas viviam com HIV em todo o mundo (UNAIDS, 2011).

Em seu período inicial, a epidemia da Aids foi reconhecida como um problema que exigia respostas urgentes. Desse modo, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu oficialmente a Aids como um problema de saúde pública no ano de 1985, criando o Programa Nacional da Aids em 1986, quando estabeleceu as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia e iniciou as atividades de um sistema formal de vigilância epidemiológica. As normas para o combate da Aids tinham inicialmente como alvo os homossexuais e bissexuais masculinos, hemofílicos e politransfundidos e usuários de drogas injetáveis. A Aids foi inserida no cenário nacional

no momento em que o país passava por uma série de transformações políticas, representada no campo da saúde pelo movimento da Reforma Sanitária, pela crise política do regime militar e o início do processo de redemocratização, fatos estes que se configuraram como pano de fundo para a construção de políticas públicas em resposta à epidemia (MARQUES, 2002).

Conforme Meirelles (2003), a atuação do Estado nas ações de prevenção do controle da Aids e da promoção de saúde é algo essencial, pois cabe a ele prover condições de acesso que garantam a universalidade, a hierarquização e a equidade frente às necessidades de saúde da população. Diante desse desafio, as políticas de saúde voltadas às Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DST/Aids) têm se articulado a partir de três eixos de intervenção: a vigilância epidemiológica, a prevenção e a assistência (FONSECA, 2005).

Visando atender essas estratégias de ação, equipes multidisciplinares compõem os Programas Estaduais e Municipais em DST/Aids, buscando planejar e aplicar as políticas voltadas para o combate das DSTs, tendo a Aids como prioridade desses programas. Desse modo, profissionais de saúde de diversas áreas têm participado desses programas, atuando na vigilância dessas doenças, realizando o trabalho de prevenção na população em geral e com seus segmentos mais vulneráveis, bem como a assistência aos indivíduos portadores dessas doenças. Nesse contexto, o fonoaudiólogo tem desenvolvido poucas estratégias de intervenção, visto que este é um profissional que geralmente não se encontra inserido em programas de saúde pública, seja no campo assistencial, como no campo administrativo (CARDOSO, 2007).

Em 17 de fevereiro de 2006, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) publica a Resolução nº 320, que “dispõe sobre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências”. São cinco as especialidades: audiologia, linguagem, motricidade orofacial, voz e *saúde coletiva*, ampliando os campos de atuação, abrindo novos campos de trabalho, e forçando os profissionais a repensarem sua forma de cuidar, agir e pensar, baseados nas seguintes considerações:

Considerando os grandes avanços conquistados pela ciência fonoaudiológica, os quais têm levado

à identificação de áreas de conhecimento específico de grande importância para a atuação profissional do fonoaudiólogo em diferentes locais; considerando que o especialista deve ser entendido como o profissional que, com atuação específica, exercita sua atividade lastreado por conhecimentos profissionais mais aprofundados, que lhe permitem realizar a promoção, prevenção, o diagnóstico e o tratamento adequado, qualificando, assim, a atuação profissional; considerando a colaboração dos comitês da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; considerando a contribuição dos fonoaudiólogos, manifestada através de questionários e em Fóruns ocorridos de setembro de 2004 a março de 2005 nas jurisdições regionais; considerando deliberação do Plenário durante a 88ª Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 17 de fevereiro de 2006.

Sendo assim, fica definido que a área de atuação em Saúde Coletiva é um campo da Fonoaudiologia voltado a construir estratégias de planejamento e gestão em saúde, no campo fonoaudiológico, com vistas a intervir nas políticas públicas, bem como atuar na atenção à saúde, nas esferas de promoção, prevenção, educação e intervenção, a partir do diagnóstico de grupos populacionais (CFFa, 2006).

Conforme Chequer (2005), o Programa Nacional de DST e Aids é o produto complexo de uma série de linhas interdependentes que coevoluiram ao longo da história da epidemia no país, tendo como parceiros os órgãos governamentais, as organizações da sociedade civil e a área acadêmica em constante cooperação, apesar de seus eventuais atritos e contradições. Nesse sentido, acrescentamos que o Sistema Único de Saúde (SUS) coevoluiu com o Programa DST e Aids, visto que essas políticas tiveram sua gênese no mesmo período histórico, partindo de princípios filosóficos comuns, estando ainda em processo de construção e execução.

De acordo com Ventura (2005), o SUS tem avançado em sua implantação buscando a municipalização, privilegiando o atendimento de pessoas de uma determinada comunidade e não de populações-alvo de diferentes programas. Desse modo, apontamos para a necessidade de

integração de programas específicos aos programas comunitários, sob o risco de sofrerem prejuízos em relação à integralização das ações de saúde as pessoas que vivem com HIV/Aids, além daquelas com queixas de alterações auditivas. Nesse sentido, poderíamos acrescentar que, apesar de algumas dificuldades, é crescente a tentativa de interlocução das políticas em DST/Aids com a macropolítica do SUS.

Em Santa Catarina, o Programa Estadual em DST/Aids iniciou suas atividades no ano de 1985, como uma atividade pertencente ao Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Serviço de Dermatologia Sanitária, sendo implantada no ano de 1987 a Coordenação Estadual do Programa DST/Aids. Os primeiros municípios atingidos pela Aids em Santa Catarina foram: Chapecó (1984), Florianópolis e Itajaí (1985), Brusque, Joinville e Criciúma (1986), Blumenau, São José e outros (1987). Em 1990 já havia 27 municípios com casos notificados da doença. Quanto à distribuição por Regionais de Saúde, as Regiões mais atingidas no início da epidemia foram o Vale do Itajaí e a Grande Florianópolis, em seguida a epidemia difundiu-se para as regiões norte e sul do estado, com taxas mais elevadas no litoral. As regionais do oeste foram atingidas posteriormente (SANTA CATARINA, 2007; DATASUS, 2009).

Em relação ao panorama nacional da Aids, na Região Sul, particularmente Santa Catarina é um estado que recebeu destaque por ter apresentado perfil epidemiológico diferenciado daquele do país ainda no início da epidemia, com um percentual de contaminação entre usuários de drogas injetáveis acima da média nacional, levando a uma maior transmissão heterossexual e vertical (MEIRELLES, 2003). Desde o início da epidemia, em 1980, até dezembro de 2012, o Brasil teve 656.701 casos registrados de Aids (condição em que a doença já se manifestou), de acordo com o último Boletim Epidemiológico. (BRASIL, 2012).

Observando-se a epidemia por Região em um período de 10 anos, 2000 a 2010, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 24,5 para 17,6 casos por 100 mil habitantes. Nas outras Regiões, cresceu: 27,1 para 28,8 no Sul; 7,0 para 20,6 no Norte; 13,9 para 15,7 no Centro-Oeste; e 7,1 para 12,6 no Nordeste. Vale lembrar que o maior número de casos acumulados está concentrado na Região Sudeste (56%) (BRASIL, 2011).



Dentre as capitais brasileiras, Porto Alegre e Florianópolis lideram a classificação por taxa de incidência de casos de Aids, ocupando os dois primeiros lugares desde 2000. Em 2011, as taxas para essas duas capitais foram, respectivamente, de 95,3 e 71,6 casos de Aids por 100.000 habitantes, seguidas por Manaus (48,6), Rio de Janeiro (41,0), Belém (40,8), São Luís (40,5) e Porto Velho (40,2), entre aquelas com as maiores taxas para esse ano (BRASIL, 2012, p.17).

De acordo com a UNAIDS (2007), nos últimos anos ocorreram promissores avanços nas iniciativas mundiais para abordar a epidemia, incluindo maior acessibilidade aos programas eficazes de tratamento e prevenção. Entretanto, a problemática da Aids segue constituindo um dos desafios mais importantes para saúde pública.

Em 1996, segundo a UNAIDS (2007), o governo brasileiro tomou a decisão política de fornecer terapia antirretroviral para todos os usuários do SUS. A consolidação dessa política tem produzido, no Brasil, resultados bastante positivos, uma vez que houve uma redução de quase 40% na mortalidade relacionada especificamente com a Aids, e a taxa de sobrevivência média de pessoas que vivem com HIV aumentou de 58 meses em 1995-1996 para 108 meses em 1998-1999 (Ministério da Saúde, Brasil, 2009). Segundo a UNAIDS (2011), os dados estatísticos gerais mais recentes (2008-2009) da epidemia de Aids no Brasil são os seguintes:

- Número estimado de indivíduos infectados pelo HIV em 2006: 630.000
- A prevalência do HIV na faixa etária de 15 a 49: 0,61% (mulheres: 0,41%, e os homens: 0,82%)
- Os novos casos de Aids em 2008: 34.480
- Taxa de incidência de Aids em 2008: 18,2 por 100.000 habitantes
- O número acumulado de casos de Aids para o período de 1980 a junho de 2009: 544.846
- Número de mortes por Aids em 2008: 11.523
- Coeficiente de mortalidade por Aids em 2008: 6,1 por 100.000 habitantes
- O número total de mortes por Aids no período de 1980 a 2008: 217.091

Acredita-se que existam 630 mil indivíduos no grupo de 15 a 49 anos infectados no Brasil com HIV/Aids. De acordo com os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a epidemia no Brasil é do tipo concentrada, com uma prevalência da infecção por HIV de menos de 1% em parturientes em áreas urbanas e mais de 5% em subgrupos da população mais em risco no que diz respeito à infecção pelo HIV (UNAIDS, 2011).

Do total de 656.701 casos de Aids identificados no Brasil desde 1980 até junho de 2012, 61.400 (9,3%) foram notificados segundo definição de caso pelo critério óbito, sendo 41.459 (67,5%) no sexo masculino e 19.933 (32,5%) no sexo feminino. Nos últimos dez anos, tem-se observado uma tendência de redução na proporção de casos notificados por esse critério em ambos os sexos, sendo a redução média anual de 3,0% para o sexo masculino e 2,0% para o sexo feminino (BRASIL, 2012, p.13)

Em alguns estudos sobre a prevalência da infecção pelo HIV, na população em geral, ela tem-se mantido estável em torno de 0,6% desde 2004. Entre as mulheres é de 0,4%, e entre os homens, 0,8% (SZWARCOWALD et al., 2005). Entre os homens jovens na idade de 17-20 anos, grupo de prevalência de HIV, foi estimada em 0,12% em 2007, mostrando um ligeiro aumento em relação ao valor para 2002 (0,09%), embora não fosse estatisticamente significativo (SZWARCOWALD et al., 2005, 2011). Entre as mulheres jovens de 15 a 24 anos de idade, a prevalência estimada para 2006 foi semelhante ao valor obtido para 2004, em torno 0,28% (VIACAVA; SZWARCOWALD, 2005; SZWARCOWALD et al., 2006).

Em relação aos subgrupos da população com maior risco, principalmente nos grupos mais vulneráveis (pobres, homossexuais, usuários de drogas, mulheres e crianças), estudos foram realizados em 10 municípios (Manaus, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Santos, Curitiba, Itajaí, Campo Grande e Brasília), em 2008 e 2009, estimando as taxas de prevalência do HIV em 5,9% entre usuários de drogas ilícitas (BASTOS, 2009), 12,6% entre os homens que têm sexo com homens (HSH) (MONTANER et al., 2009) e de 4,9% entre os trabalhadores do sexo feminino (SZWARCOWALD, 2011).

Diante desse quadro, podemos perceber a importância do avanço nas terapêuticas medicamentosas para a diminuição da mortalidade, mas apesar disso observa-se uma série de repercussões advindas com a

mesma, tais como a gama de efeitos adversos dos antirretrovirais, o que gerou um impacto negativo na qualidade de vida (REIS, 2008). Dessa forma, Reis (2008, p. 35) destaca que a importância do uso dos antirretrovirais para a cronicidade da Aids já está bem descrita na literatura, entretanto, “o uso desta terapêutica precisa ser considerado no contexto vivido pelo indivíduo, sofrendo influência de diversos aspectos sociais, políticos, culturais e religiosos”.

Com relação à infecção pelo HIV, Swanepoel e Louw (2010) afirmam estar comprovado cientificamente que as pessoas que vivem com HIV/Aids apresentam desordens de audição e comunicação, e, mesmo não sendo uma desordem que ameaça a vida, estas não podem ser subestimadas, uma vez que têm um grande impacto sobre a qualidade de vida dessas pessoas e seus familiares. Infelizmente, os pobres, as mulheres e as crianças são as populações mais vulneráveis para viver sob o flagelo desta pandemia. A vida humana é tão rica e variada devido à nossa capacidade de comunicação. Num indivíduo cuja capacidade de comunicação é dificultada, sua vida social se deteriora e o afeta emocionalmente, isolando-o de seus pares.

Estudos também comprovam que alguns antirretrovirais, como o Zidovudina (AZT), Didanosine (ddI), Estavudina (D4T) e Zalcitabina (ddC), após seis meses de uso, podem ocasionar perda auditiva (RACHID; SCHECHTER, 1998). Diante das evidências, Morata, Bevilacqua e Zeigelboim (2010) sugerem que profissionais de saúde, especialmente audiologistas, examinem a necessidade de iniciativas relacionadas à saúde auditiva dirigidas aos portadores de HIV/Aids com o objetivo de prevenir alterações auditivas e/ou reduzir seu impacto na qualidade de vida. As autoras chegaram a essa conclusão após realizarem uma revisão exploratória sobre a temática, onde as mesmas identificaram que existem possíveis associações entre os distúrbios auditivos e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e o Vírus da Imunodeficiência humana (MORATA; BEVILACQUA; ZEIGELBOIM, 2010).

Em estudo realizado em Santa Catarina, com o objetivo caracterizar os resultados audiológicos encontrados em pacientes com HIV/Aids, foram avaliados 103 indivíduos, com faixa etária variando de 18 a 80 anos de idade, 46 do sexo feminino e 57 do sexo masculino, por meio de audiometria tonal limiar, audiometria vocal, imitanciometria e pesquisa do reflexo acústico. Todos foram atendidos no Centro de

Referência Estadual em HIV/Aids do Estado de Santa Catarina, adultos, tinham diagnóstico de infecção pelo HIV havia pelo menos um ano e possuíam notificação de Aids no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Na análise do tipo de perda auditiva, dos 103 indivíduos testados, obtivemos 21 orelhas direitas e 22 orelhas esquerdas com perda neurossensorial, num total de 20,3% e 21,5% respectivamente, enquanto que a perda mista esteve presente em 8,7% dos casos à direita e 4,8% à esquerda, respectivamente nove e cinco indivíduos. Observamos presença de perda condutiva em seis (5,8%) orelhas direita e duas (1,8%) orelhas esquerdas; obtivemos 49 orelhas normais à direita e 38 à esquerda, sendo a porcentagem de normalidade à direita de 47,6% e 36,8% à esquerda. Perante os resultados obtidos, podemos observar a prevalência de perda auditiva bilateral, predominantemente neurossensorial, com maior comprometimento nas frequências altas (MEIRELLES et al., 2011).

Esses resultados demonstram a importância da organização da atenção à saúde auditiva dessa população, que, segundo alguns autores (MEYNARDI et al., 1997; SCHOUTEN et al., 2006; KHANNA et al., 2006; COLUGNATI et al., 2007; VIEIRA et al., 2008; PALACIOS et al., 2008; MATAS et al., 2010), pode ser associada a doenças oportunistas, à terapia ARV ou mesmo pela ação direta do vírus no sistema auditivo.

Em relação à organização do atendimento auditivo no Brasil, podemos afirmar que seu início foi no extinto Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS); seus fundamentos legais eram baseados pela Portaria nº 3335/MPAS de 11/06/1984, acompanhada da Resolução nº 46, que veio autorizar a concessão de ajuda supletiva aos beneficiários do INAMPS nas modalidades de “auxílio transporte”, “auxílio órteses e próteses” e outros “aparelhos ou peças” (SANTA CATARINA, 2005).

A aprovação da nova Constituição Federal do Brasil, em 1988, e com ela a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), garante a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, a partir dos princípios ideológicos de universalidade, **integralidade** e equidade, bem como os princípios organizacionais de descentralização, regionalização e hierarquização (FLEURY, 2008; SANTOS; NATAL, 2005). Assim, com a implantação do SUS, desde a década de 90 o Brasil tem adotado o processo de descentralização das ações em saúde, onde, por meio de

pactuações, têm sido definidos os papéis das esferas federal, estadual e municipal. O processo de descentralização da saúde tem avançado progressivamente, a fim de reorganizar o sistema de saúde no país nos diversos níveis de atenção.

Entendemos integralidade a partir das discussões apresentadas por Mattos (2007), onde este identifica três grandes conjuntos de sentidos, a integralidade que designa atributos e valores de algumas práticas de saúde, alguns modos de organizar os serviços de saúde e, por fim, de algumas políticas de saúde.

Para garantir a toda a população um atendimento de qualidade e baseado nos conceitos de “integralidade”, o Ministério da Saúde (MS), ciente da necessidade da organização do atendimento às pessoas com deficiência auditiva nos diversos níveis de atenção do SUS que atendam aos princípios de universalidade e equidade na atenção à saúde auditiva, reformulou a área de Saúde Auditiva, antes normatizada pela Portaria SAS nº 432 de 14/11/2000, e publicou a Portaria GM nº 2073, de 28/09/2004, que institui a **Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA)** (BRASIL, 2004).

Essa Política permitiu também um grande avanço no aprimoramento das ações em saúde auditiva do SUS, visto que propôs uma organização hierarquizada, regionalizada e integrada na atenção básica, na média e alta complexidade. A reabilitação auditiva passa a ser vislumbrada para os pacientes com deficiência auditiva, uma vez que crianças e adultos têm o direito à terapia fonoaudiológica e não somente ao diagnóstico e adaptação do AASI (BEVILACQUA et al., 2009).

Em meio a essa conjuntura, o fonoaudiólogo passou a ser reconhecido como um dos profissionais responsáveis pela assistência integral (primária, secundária e terciária) à saúde dos indivíduos, mais especificadamente, na área auditiva.

Segundo Cardoso (2007), a partir dessa normatização a fonoaudiologia depara-se com novos desafios, ou seja, organizar, programar, implantar e administrar essa política, baseando-se nos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, deveria continuar realizando os diagnósticos audiológicos, já presentes na rotina desses profissionais. As discussões sobre políticas públicas, saúde coletiva, concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão em saúde e as relações entre esferas do governo, presentes no processo de implantação de qualquer

política nacional, acabam encontrando um grupo profissional inexperiente, se comparado a outros profissionais da área da saúde.

Esses profissionais assumem o desafio e passam a ter uma nova área de atuação, e consequentemente um crescimento rápido no mercado de trabalho. No entanto, passam também a ter que compreender e dominar conceitos da saúde pública e todo o seu contexto histórico, político e epistemológico, até então desconhecido por muitos. Outro ponto que merece destaque é que historicamente esses profissionais estavam até então acostumados com a prática clínica, ou seja, realizavam diagnósticos em clínicas particulares, seguindo o modelo médico-hegemônico vigente na época (CARDOSO, 2007).

Em Santa Catarina, o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) faz parte da rede nacional de atenção à saúde auditiva, foi credenciado pelo Ministério da Saúde sob a Portaria n°. 389, de 30 de março de 2006, como Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA), de Média e Alta Complexidade do Estado de Santa Catarina (BRASIL, 2006). Em nossa experiência, desde a implantação do SASA/HU/UFSC até os dias atuais, os pacientes com HIV/Aids não são referenciados para o acompanhamento das alterações auditivas.

A Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) também é um Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, e seu primeiro credenciamento ocorreu por meio da Portaria n° 665, de 23 de novembro de 2005, como Média Complexidade, sendo referência para 53 municípios do Estado de Santa Catarina. E, em 2011, foi credenciada como serviço de Média e Alta Complexidade, com publicação da Portaria n° 344, de 19 de julho de 2011.

Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de possibilidades de atendimento a essa população em redes de atenção à saúde auditiva, bem como de organização de serviços para o atendimento de qualidade para os usuários do Sistema Único de Saúde, ampliando a sua atuação na perspectiva da integralidade, sendo sustentado pela Complexidade. Considerando que estudos (CHANDRASEJHAR, 2000; MOLYNEUX, 2003; KLEMM, 2004; SOUMARÉ, 2005; WENZEL, 2008; SILVA, PINTO, MATAS, 2007; MATAS, IÓRIO, SUCCI, 2008) apontam para a presença de alterações auditivas em pessoas que vivem com HIV/Aids, sendo estes agravos de saúde que necessitam de estratégias de prevenção e controle, na perspectiva da atenção integral, devemos voltar nossa atenção para a

compreensão desse contexto, ou seja, a relação entre o HIV/Aids e as alterações/perdas auditivas.

Devemos considerar que existe a necessidade de uma política de saúde auditiva que contemple as particularidades que envolvam a prevenção, a promoção, a proteção, o diagnóstico precoce e o tratamento das deficiências auditivas no sistema de saúde pública brasileiro, principalmente daqueles que ainda não estão sendo referenciados pelo sistema de saúde.

Apesar de todas as Portarias Normativas publicadas pela Secretaria de Atenção à Saúde<sup>1</sup> (SAS), para instituir e regulamentar a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), ainda existem questões que precisam ser amplamente discutidas e reformuladas, de forma que possamos efetivamente ter instituída uma política que atenda com qualidade e clareza os Princípios e Diretrizes do SUS (MORETTIN, MELO e BEVILACQUA, 2010). Evidencia-se, portanto, a necessidade de criação de um modelo efetivo de **Redes de Atenção à Saúde Auditiva**, na perspectiva de redes de atenção conforme preconizado por Mendes (2010):

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010, p.84).

---

<sup>1</sup> SAS – formada pelos Departamentos de Atenção Especializada; de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; de Atenção Básica; de Ações Programáticas e Estratégicas e de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro. Uma das principais ações da Secretaria é participar de formulação e implementação das Políticas de Atenção Básica e Especializada, observando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, corrobora diretamente na manutenção e/ou aprimoramento dos protocolos de intervenção em saúde auditiva, bem como na reorganização da gestão do cuidado em saúde auditiva.

Segundo Morettin, Melo e Bevilacqua (2010), ainda não há instrumentos sistematizados para auxiliar os gestores na avaliação de serviços de saúde auditiva. Essa situação gera maiores dificuldades na análise da consolidação da Política Nacional de Saúde Auditiva (PNASA) e os efeitos dessas mudanças nas características de atendimentos desse setor. Ainda segundo essas autoras, de maneira geral há três grupos que podem contribuir com informações relevantes na avaliação de serviços de saúde: os profissionais que atuam no serviço, os gestores e os usuários do serviço. Diante disso, torna-se necessária a mobilização de entidades de área, pesquisadores, profissionais de serviços no sentido de fomentar mais pesquisas.

Neste estudo, a prioridade será dada à rede de atenção a saúde auditiva das pessoas que vivem com HIV/Aids, e que podem apresentar como agravo alterações auditivas decorrentes dessa condição crônica de saúde.

Devemos considerar também que existe a necessidade de uma política de saúde auditiva que contemple as particularidades que envolvam a prevenção dos agravos, o diagnóstico precoce e o tratamento das deficiências auditivas no sistema de saúde pública brasileiro a pessoas com HIV/Aids, que necessitam realizar periodicamente triagens e avaliações audiológicas, a fim de diagnosticar alterações auditivas precocemente, uma vez que essas alterações auditivas são agravos advindos do HIV/Aids, e que ainda não fazem parte do rol de cuidados e da rede de atendimento, mesmo após nove anos de vigência da PNASA no Brasil.

Analisando a reorganização da rede de atenção à saúde auditiva para pessoas que vivem com HIV/Aids, ressaltamos que o momento é de mobilizar esforços para as ações preventivas que incluam não somente a identificação precoce de problemas auditivos dessa população, como também ações informativas, educativas e de orientação familiar junto à comunidade, realizada pelas equipes de Saúde da Família. Além de envolver os profissionais das equipes interdisciplinares que atendem essa população.

Dentro dessa perspectiva buscamos propor o desenvolvimento de um estudo que possa responder as seguintes questões: **Quais os**



**significados da relação entre HIV/Aids e perda auditiva para os profissionais e gestores das políticas de atenção à saúde auditiva e DST/Aids? Como esses profissionais e gestores incluem as pessoas que vivem com HIV/Aids e que apresentam alterações auditivas como agravo à saúde, na rede de atenção à saúde auditiva? Como e quais estratégias de saúde e gestão sustentam a prevenção do agravo auditivo?**

Diversas pesquisas são realizadas com pessoas que vivem com HIV/Aids, porém na área audiológica os estudos ainda são raros. Considerando que o diagnóstico precoce de perda auditiva favorece o prognóstico, minimiza os danos causados pelo desenvolvimento da doença, com menor privação sensorial, melhor inclusão na sociedade e, ainda, contribuindo para melhoria da qualidade de vida, torna-se relevante a investigação da organização e da gestão das redes de atenção à saúde auditiva para pessoas que vivem com HIV/Aids.

Esperamos que esta pesquisa contribua com ações efetivas para organização da rede de atenção à saúde auditiva para pessoas com perda auditiva associada ao HIV/Aids. Bem como para a integralidade do cuidado em saúde auditiva e o trabalho interdisciplinar, assim como a integração do **Programa Nacional de DST/Aids e Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA)** para o atendimento resolutivo dessa população no Brasil. Além da inclusão de profissionais como otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos no processo de discussão da rede de atendimento do Programa Nacional de DST/Aids juntamente com a equipe médica, de enfermagem e demais profissionais, no que se refere ao cuidado integral de pessoas que vivem com HIV/Aids e sofrem com os agravos advindos dessa condição de saúde, e que vão além da perda auditiva.

Sendo assim, também nas organizações e na sociedade, todos os fenômenos e processos se originaram de interações dinâmicas de muitos agentes interdependentes e complexamente entretecidos (indivíduos, fatores, forças, influências) (DIMITROV, 2011).

Este estudo subsidiou também o processo de construção do conhecimento no Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES), do qual faço parte, na linha de cuidado: Administração em Saúde e Enfermagem, uma vez que possibilitou vislumbrar um novo modo de pensar, agir e reconstruir a gestão do cuidado em políticas públicas,

especialmente aquelas que estão diretamente envolvidas nesta temática, quais sejam: Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) e Programa Nacional DST/Aids.

Nesse sentido elenco a seguinte tese:

**A integralidade do cuidado na rede de atenção à saúde auditiva, para pessoas que apresentam como agravo alterações de audição em decorrência do HIV/Aids, depende de alguns fatores; dentre eles destacamos a necessidade de construção de uma rede de serviços que preconizem o atendimento interdisciplinar nas equipes que atuam na Política Nacional de DST/Aids e na Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, considerando a integração efetiva dessas políticas públicas.**

## 1.1 OBJETIVO GERAL

Construir um referencial teórico que contribua para a construção, implantação e gestão da rede de atenção integral à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids, no Estado de Santa Catarina, sob a perspectiva da Complexidade, a partir dos significados atribuídos pelos sujeitos envolvidos nesse processo.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo está composto por quatro partes que pretendem elucidar, a partir de uma breve síntese, sobre questões relacionadas ao HIV/Aids, as alterações auditivas, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Não temos a intenção de fazer uma descrição detalhada das políticas de saúde, pelo contrário, pretendemos discutir algumas questões, por onde delimitamos, minimamente, o contexto da política de saúde em consonância com o cuidado à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids.

### 2.1 CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS COM O CUIDADO À SAÚDE AUDITIVA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

#### 2.1.1 A Aids como doença e seu tratamento

Segundo Peçanha, Antunes e Tanuri (2002), a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença pandêmica que tem como agente etiológico o vírus da imunodeficiência humana (HIV), um retrovírus (vírus que contém RNA, sendo esse material convertido em DNA no interior da célula do hospedeiro). Souza e Marques (2009) definem a Aids como uma doença crônica, caracterizada pela depleção dos linfócitos T, sendo o HIV o seu agente causador. A sua infecção e tratamento farmacológico estão ligados às alterações físicas e fisiológicas, que podem diminuir a qualidade de vida.

A Aids (do inglês: *Acquired Immune Deficiency Syndrome*) é uma doença crônica, caracterizada por profunda imunossupressão, gerando quadros clínicos como: hipotrofia muscular, degeneração do sistema nervoso central, processos malignos e infecções oportunistas. Em seguida, surgem os sintomas iniciais da infecção, os quais são extremamente comuns às demais doenças, tais como: febre persistente, calafrios, dor de cabeça, dor de garganta, dores musculares, manchas na pele e gânglios embaixo do braço, pescoço ou virilha. O agente etiológico é o HIV (vírus da imunodeficiência humana) (RACHID; SCHECHTER, 2008; BRASIL, 2011).

O tratamento farmacológico é comumente denominado: terapia antirretroviral (TARV), terapia antirretroviral potente (TARP) ou *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), e o esquema terapêutico mais adotado é composto por três classes de medicamentos antirretrovirais: ITRN (ITRNt) ou inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleotídeos; ITRNN ou inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleotídeos; e/ou inibidor da protease ou IP (CHEN, 2007; RACHID; SCHECHTER, 2008; BRASIL, 2011).

Com o avanço da indústria farmacêutica, novas drogas têm sido desenvolvidas, a fim de reduzir a mortalidade e contribuir para melhor qualidade de vida aos infectados pelo HIV. O tratamento com medicações antirretrovirais tem sido o mais importante fator para controlar a evolução da Aids e garantir a sobrevivência das pessoas infectadas. O diagnóstico precoce é fundamental a fim de prevenir problemas secundários relacionados à imunodeficiência grave, como as doenças oportunistas, comumente observadas em estágios clínicos avançados da doença. Nessas situações, a adesão ao tratamento e aos medicamentos é vital para o sucesso terapêutico (VIEIRA, 2008).

No Brasil, o Programa Nacional DST/Aids distribui vinte antirretrovirais pelo SUS a aproximadamente 217 mil pessoas de forma gratuita, e, desses vinte medicamentos ARV usados no tratamento, o Brasil fabrica onze (BRASIL, 2012). Além do aumento da qualidade de vida e sobrevivência dos pacientes em tratamento, a redução em taxas de hospitalização possibilitou uma economia estimada em mais de dois bilhões de dólares americanos até 2006 (OKIE, 2006). Para Greco e Simão (2007), o sucesso do Programa Nacional DST/Aids se deve ao emprego de uma combinação de estratégias utilizadas para baratear o custo do tratamento antirretroviral, de modo a atender objetivos de cobertura em conformidade a critérios de qualidade estabelecidos nos consensos terapêuticos. Em primeiro lugar, a distribuição de preservativos e de conjuntos de agulhas e seringas, além de esforços contínuos de conscientização e mobilização junto a grupos mais vulneráveis e à sociedade em geral, constitui elementos fundamentais para conter novos casos de infecção e, assim, reduzir dramaticamente a demanda por tratamento.

Ressalta-se, na política de assistência farmacêutica a indivíduos com HIV/Aids no Brasil, o caráter universal e gratuito e o fato de as recomendações para o uso da terapia antirretroviral e profilaxia e

tratamento de doenças oportunistas serem pactuadas em consensos de especialistas brasileiros. Estas se fundamentam em diretrizes clínicas preconizadas internacionalmente a partir da evidência científica vigente, e são difundidas nacionalmente e atualizadas periodicamente (BRASIL, 2005).

Segundo Portela (2006), apesar de a adesão de 75% aos medicamentos antirretrovirais ser compatível com o observado em países desenvolvidos, é importante buscar formas de ampliação das atividades de promoção da adesão por meio do aprimoramento dos serviços de saúde, capacitação de equipes multidisciplinares e articulação dos serviços com a comunidade.

A assistência ambulatorial a pacientes com HIV/Aids envolve serviços com características institucionais e infraestrutura heterogêneas, mas que, majoritariamente, dispõem de recursos mínimos necessários e estão localizados em área de fácil acesso. No estudo desenvolvido por Melchior et al. (2006) identificou-se que 74% das unidades ambulatoriais tinham, ao menos, um médico especializado em doenças infecciosas, e 90,4%, ao menos um profissional de saúde não médico, com 76% das equipes incluindo assistente social, enfermeiro, psicólogo e farmacêutico. Na maioria dos casos, as unidades ambulatoriais dispunham de mecanismos de referência a especialistas dentro do SUS. Contudo, em parte dos serviços o tempo de espera é relevante, apontando-se como mais problemáticas as referências para pneumologistas, neurologistas, oftalmologistas e cirurgiões-gerais. Em nenhum momento da pesquisa o autor refere-se ao atendimento dos pacientes que vivem com HIV/Aids por otorrinolaringologistas e/ou fonoaudiólogos.

Os testes de contagem de CD4 e CD8 e o teste da carga viral, bem como exames laboratoriais simples e raios-X estavam disponíveis em mais de 95% dos serviços, havendo maior dificuldade no acesso a exames mais complexos, especialmente os de imagem. A disponibilidade dos antirretrovirais foi homoganeamente alta, contrastando com problemas na disponibilidade de outros medicamentos voltados para a profilaxia e tratamento de doenças oportunistas, cuja distribuição fica a cargo dos governos estaduais e municipais. Entretanto, sob o ponto de vista da organização do cuidado, Melchior et al. (2006) destacam o nível aquém do desejável de profissionalização da gestão dos serviços, a inadequação da provisão de atendimento em

horários restritos, o uso restrito de protocolos assistenciais, a ausência de avaliações sistemáticas dos processos e resultados obtidos, a ausência de encontros da equipe técnica e o baixo controle do absenteísmo às consultas e de pacientes que deixam os serviços, seja por morte, abandono de tratamento ou outros motivos. Entre os aspectos positivos, os autores sublinham a ampla disseminação do uso de aconselhamento pré e pós-teste, alvo de investimento substancial do Programa Nacional DST/Aids (MELCHIOR et al., 2006)

A abordagem clínica da infecção pelo HIV e suas complicações tem se tornado cada vez mais complexa nos últimos anos. Com relação à letalidade, observa-se uma queda entre homens e mulheres, maiores ou menores de 13 anos, em meados da década de 90, principalmente entre 1996 e 1997, período que coincide com a garantia de acesso ao tratamento antirretroviral de alta eficácia (HAART), conhecido como coquetel de drogas (MELO; BRUNI; FERREIRA, 2006).

Com o advento da terapia antirretroviral potente, as manifestações clínicas da infecção pelo HIV tornaram-se menos frequentes e houve melhora substancial do prognóstico e da qualidade de vida dos indivíduos infectados. Entretanto, a resistência viral, a toxicidade das drogas e a necessidade de alta adesão ao tratamento ainda permanecem como importantes problemas, tornando necessária a avaliação cuidadosa de riscos e benefícios da terapia antirretroviral no momento de sua indicação. Este aumento progressivo da complexidade da terapia antirretroviral vem exigindo do médico assistente contínua atualização. Além disso, o cuidado de excelência em HIV/Aids requer a aplicação cotidiana de princípios de cuidado primário, medicina de família e de abordagem de doenças crônicas, além de conhecimento básico em múltiplas especialidades para o manejo das possíveis complicações frequentemente associadas à infecção pelo HIV, dentre elas as alterações auditivas.

O principal objetivo da terapia antirretroviral é retardar a progressão da imunodeficiência e/ou restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida da pessoa infectada. Entretanto, a evolução natural da infecção pelo HIV caracteriza-se por intensa e contínua replicação viral em diversos compartimentos celulares e anatômicos, que resulta, principalmente, na destruição e/ou disfunção de linfócitos T que expressam o antígeno de membrana CD4 (linfócitos T-CD4+) e de outras células do sistema

imune. A depleção progressiva dos linfócitos T-CD4+, em conjunto com outras alterações quantitativas e qualitativas do sistema imune, leva à imunodeficiência, que em sua forma mais grave manifesta-se por meio das infecções oportunistas e neoplasias que caracterizam a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (BRASIL, 2009).

O impacto da política de atenção integral sobre a saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil é inegável. Estudos reportam melhoras expressivas na sobrevida de pacientes com Aids. Por outro lado, se o número absoluto de internações por Aids manteve estabilidade no período entre 1998 e 2004, o número de indivíduos utilizando antirretrovirais experimentou uma queda expressiva, revelando o crescimento de pacientes em terapia, o favorecimento ao diagnóstico mais precoce da doença, a maior sobrevida e, em última análise, a melhoria da qualidade do estado geral de saúde dos pacientes (PORTELA, 2006).

Há ainda que se refletir acerca da qualidade da assistência resultante de ações de um programa nacional diferenciado, em diversos aspectos, mas que não prescinde do fortalecimento do sistema de saúde brasileiro, como um todo. Esse sistema se vê às voltas com problemas operacionais e realidades regionais diversas, muitas delas aquém dos padrões desejados de assistência.

### **2.1.2 As alterações auditivas e a infecção pelo HIV/Aids**

As alterações no sistema auditivo estão entre os muitos agravos associados a pessoas que vivem com HIV/Aids. Há três categorias gerais pelas quais o HIV/Aids pode comprometer o funcionamento auditivo, incluindo alterações relacionadas às estruturas condutoras, sensoriais ou neurais subjacentes à audição (STEARN; SWANEPOEL, 2010).

Cerca de 80% dos adultos com Aids experimentam algum tipo de disfunção auditiva como resultado da infecção pelo HIV, coinfeções oportunistas, e combinações de terapias que são ototóxicas (ZUNIGA, 1999). Segundo Marra (1997), além da perda auditiva, 46% dos adultos com infecção pelo HIV queixam-se de zumbido, e 30%, de vertigem. Bankaitis e Keith (1995) encontraram elevada incidência de alterações audiológicas em pacientes infectados pelo HIV. No entanto, enfatizaram a dificuldade de afirmar se esses achados seriam em decorrência da ação

direta do vírus nas vias auditivas ou consequência de ototoxicidade induzida pela medicação em uso.

Antes da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART), muitos indivíduos infectados pelo HIV focavam no risco de vida e suas complicações, em vez de questões de qualidade de vida. A perda auditiva, portanto, não era relatada com exatidão por esses indivíduos. Ao se beneficiarem com HAART, podem agora tornar-se mais conscientes de questões de qualidade de vida, tais como a perda de audição (ZUNIGA, 1999).

Segundo Rinaldo (2003) a efusão de orelha média devido à otite média, que é comumente associada com HIV/Aids, geralmente confunde a identificação de perda auditiva sensorial e neural. A otite média serosa e otite média aguda recorrente são os problemas otológicos mais frequentes em indivíduos infectados pelo HIV. A otite média, embora incomum em adultos imunocompetentes, pode afetar entre 8 e 23% da população infectada pelo HIV (CHANDRASEKHAR et al., 2000; RINALDO et al., 2003; TRUITT e TAMI, 1999).

Alterações auditivas associadas ao HIV podem ser causadas diretamente pela ação do vírus no sistema auditivo. No entanto, a maioria das manifestações ocorre em resposta a complicações secundárias. O HIV é identificado como predisponente a infecções oportunistas e doenças do sistema nervoso central que, sabidamente, provocam deficiência auditiva, como meningite, otite, toxoplasmose, neuropatia, entre outras (BANKAITIS; KEITH, 1995). Já Malucelli et al. (2003) recomendam o monitoramento audiológico dos indivíduos com HIV/Aids por estarem frequentemente expostos a medicamentos ototóxicos.

Em um estudo realizado por Vieira, Greco, Teófilo e Gonçalves (2008), sugere-se que a ototoxicidade e terapia antirretroviral parecem estar associadas. O objetivo do estudo foi avaliar essa possível correlação. Foram avaliados 779 prontuários médicos de pacientes infectados pelo HIV e regularmente acompanhados, sendo 162 tratados com terapia antirretroviral e 122 não tratados (controle). Pacientes em tratamento eram mais velhos (média 42 anos), com maior tempo de confirmação sorológica (80 meses) e com menor carga viral ( $p=0,00$ ). CD4+ foi semelhante entre os grupos ( $P=0,60$ ). No grupo tratado, três (1,8%) casos de perda auditiva idiopática e dois (1,3%) de perda auditiva relacionada à otosclerose foram observados e ambos iniciados



após terapia antirretroviral. Nenhuma diferença estatística relacionada à perda auditiva idiopática foi encontrada entre os grupos. Enquanto que estudos descritivos consideram possível ototoxicidade associada à terapia antirretroviral, esse possível efeito adverso não foi relacionado à terapia antirretroviral no estudo. Contrariamente, a otosclerose poderia estar correlacionada à terapia antirretroviral. Para os autores este assunto merece ser mais bem estudado.

Em outro estudo realizado por Ceccarelli et al. (1997), os achados indicaram que os sintomas otoneurológicos foram frequentemente referidos nos pacientes infectados pelo HIV. O zumbido e a vertigem, respectivamente, em 50% e 35% dos casos foram as queixas mais frequentes nessa população. Alterações audiológicas foram observadas em número expressivo de ouvidos (68%). Esses achados podem estar relacionados a diferentes fatores: ação direta do HIV e de outras infecções oportunistas nas vias auditivas ou ações ototóxicas de drogas habitualmente utilizadas nestes pacientes. As provas calóricas do exame vestibular foram as únicas, entre as inúmeras provas vestibulares realizadas, que apresentaram alguma alteração fidedigna (20%). A utilização de provas audiológicas e vestibulares mostra-se válida para pesquisar afecções do sistema cocleovestibular e monitorização terapêutica de pacientes com Aids.

Algumas drogas que fazem parte do coquetel antirretroviral trazem efeitos adversos, como lamivudina (AZT), zidovudina (associada à miopatia e, raramente, à miocardiopatia); a didanosina, estavudina e a zalcitabina (associadas à neuropatia periférica), e podem, em geral, após seis meses de terapia, levar à surdez neurossensorial por ototoxicidade (PAU, 2003; REZENDE, 2004).

Matas et al. (2006) estudaram oito indivíduos com Aids e observaram uma alteração na avaliação do potencial cognitivo, sugerindo, dessa forma, comprometimento da via auditiva em regiões corticais e déficit no processamento cognitivo das informações auditivas. Num estudo similar, Silva et al. (2007) avaliaram 21 indivíduos com HIV/Aids e observaram alterações nos parâmetros de amplitude e de latência na avaliação do P300. No complexo N1-P2, verificou-se amplitude reduzida e latência aumentada na onda N1. A queixa de problemas auditivos e a audiometria alterada se mostraram associadas ao uso de medicação antirretroviral e os achados dos

potenciais evocados estavam associados ao diagnóstico de Aids e ao número de linfócitos CD4, em um estágio mais avançado da doença.

Quidicomo e Matas (2013) realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar as manifestações audiológicas em indivíduos com HIV/Aids submetidos e não submetidos à terapia antirretroviral. A avaliação audiológica foi realizada em 28 indivíduos do Grupo Pesquisa I (GPI) com HIV/Aids, submetidos à terapia antirretroviral; 24 indivíduos do Grupo Pesquisa II (GPII) com HIV/Aids, não submetidos à terapia antirretroviral e 45 indivíduos saudáveis do Grupo Controle (GC). Os exames audiológicos que compuseram a pesquisa foram: Audiometria Tonal Convencional, Logoaudiometria e Audiometria em Altas Frequências. Os resultados foram os seguintes: houve diferença nos grupos GPI e GPII, para os resultados obtidos tanto na avaliação audiológica convencional, como na avaliação em altas frequências, observando-se limiares auditivos mais elevados quando comparados aos indivíduos do GC, porém sem diferença significativa entre GPI e GPII. Portanto, concluíram que os indivíduos com HIV/Aids apresentam mais alteração na Audiometria Tonal Convencional e na Audiometria em Altas Frequências quando comparados a indivíduos saudáveis (GC) sugerindo comprometimento do sistema auditivo, sendo observada maior ocorrência de perda auditiva na Audiometria em Altas Frequências quando comparada à Audiometria Tonal Convencional nos grupos GPI e GPII. Não houve diferença entre indivíduos com HIV/Aids submetidos (GPI) e não submetidos (GPII) à terapia antirretroviral para a Audiometria Tonal Convencional e Audiometria em Altas Frequências.

As alterações auditivas podem estar relacionadas à carga viral elevada ou ação direta do vírus no sistema cocleovestibular; o uso da terapia ARV associa-se a sinais de alterações otoneurológicas; e relacionada à presença de doenças oportunistas, como citomegalovirose, meningite e otossfilis. Logo, evidencia-se a existência de alterações auditivas na população estudada, porém suas relações e causas precisam ser mais bem investigadas. Portanto, em pessoas que vivem com HIV/Aids, recomenda-se monitoramento audiológico na rede básica de atenção à saúde, com o objetivo de minimizar os efeitos dos fatores causadores da perda auditiva, reduzir o impacto psicossocial ocasionado pelas alterações auditivas, bem como propiciar melhor qualidade de vida a essas pessoas (MEIRELLES, 2011).

Sendo assim, o acompanhamento audiológico das pessoas que vivem com HIV/Aids é de extrema importância, uma vez que contribui para a detecção precoce de alterações auditivas, além de possibilitar a verificação das causas dessas alterações, como a ototoxicidade, por meio dos medicamentos administrados para essa população, as doenças oportunistas e a ação do próprio vírus, como se verifica na literatura.

Nesse sentido, evidencia-se que a realização de novas pesquisas que aprofundem o conhecimento sobre as alterações auditivas em pessoas que vivem com HIV/Aids, e, que sirvam de referência para a organização dos serviços de atenção à saúde, das ações de capacitação e sensibilização dos profissionais quanto à problemática e seu controle.

### **2.1.3 Saúde auditiva e as redes de atenção à saúde**

Com base nas reflexões e evidências discutidas até o momento, podemos afirmar que carecemos de pesquisas na área de gestão em políticas públicas com foco na integralidade do cuidado, objetivando a implantação e operacionalização das redes de atenção à saúde auditiva no Brasil, e, neste caso, incorporar aos atendimentos as pessoas que vivem com HIV/Aids e que têm a deficiência auditiva como agravamento, sendo esta incapacitante ou não.

O Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) foi resultado de um longo processo de luta que tinha como objetivo mudar a forma e garantir a atenção à saúde do povo brasileiro. Em 1988, o Estado assumiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 1988, art.196).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que uma política de saúde consiste em:

Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras

pressões políticas. A política de saúde é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso a esses. (...). Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis (OMS, 2002, 12).

Assim, como pesquisadores e cidadãos que participam efetivamente das ações de saúde, devemos conhecer as realidades setoriais concretas, e não unicamente o projeto de uma situação ideal. Este é um aspecto essencial para a compreensão de como as políticas de saúde interagem com a realidade, que efeitos causam e como essas realidades afetam a elaboração da mesma, bem como se elas interagem entre si, o que pretendemos vislumbrar com este estudo.

Erdmann, Meirelles e Sousa (2006) compartilham a ideia de que as atuais políticas públicas básicas, como educação, saúde e assistência social, são setoriais e desarticuladas, respondendo a uma gestão com características centralizadoras e hierárquicas onde prevalecem práticas que não geram a promoção humana. Essa forma de gestão gera fragmentação da atenção, paralelismo de ações, centralização de decisões, de informações e de recursos, além da rigidez quanto às normas, divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, fortalecimento de hierarquias e poderes políticos/decisórios e fragilização do usuário. De outro modo, é necessário compreender que qualidade de vida passa pela interação de várias dimensões do bem-estar.

Neste momento, faz-se necessária também a definição de sistemas de saúde. Conforme Lobato e Giovanella (2008), define-se um sistema de saúde como o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população e que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam alcançar resultados condizentes com a

concepção de saúde prevalente na sociedade. Este conjunto de relações deve ser pautado pelos princípios ideológicos de universalidade, integralidade e equidade, bem como os princípios organizacionais de descentralização, regionalização e hierarquização.

Lavras (2011) também define sistema de saúde como um conjunto integrado de ações e serviços, de iniciativa do poder público e da sociedade, voltado para dar respostas aos problemas de saúde de uma determinada população. Frazese (2011) argumenta que, além desses princípios e diretrizes, no que se refere especificamente à área da saúde, a Constituição Federal já prevê um Sistema Único de Saúde, com prioridade para as atividades preventivas e com participação da comunidade.

Nesse sentido, os sistemas de saúde são construções sociais que têm por objetivo garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, tais como adoecer e necessitar de assistência, para os quais, por meios próprios, não teriam condições de prover. Portanto, os sistemas de saúde têm como compromisso primordial garantir acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos (ELIAS; DOURADO, 2011).

A partir dos princípios ideológicos de universalidade, integralidade e equidade, bem como os princípios organizacionais de descentralização, regionalização e hierarquização propostos no SUS, torna-se relevante discutir estes conceitos.

O acesso universal é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. As condições socioeconômicas da população e a inserção ou não no mercado de trabalho não devem implicar em acesso diferenciado a determinados tipos de serviços, pois os riscos de adoecimento e o financiamento passam a ser repartidos de forma solidária, sendo de responsabilidade de toda a sociedade brasileira (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Segundo Noronha, Lima e Machado (2008), a integralidade deve ser entendida, nos termos da lei, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (atenção básica, média e alta complexidade). As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças não deveriam ser

dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar. Ainda segundo esses autores, a integralidade também nos remete à articulação necessária entre as políticas de cunho econômico e social, no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde e doença e a garantia das condições satisfatórias de saúde da população.

Giovanella et al. (2002) definem a integralidade em quatro perspectivas: como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; como garantia de continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; e, finalmente, como um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças, como a Reforma Agrária. Essa definição foi concebida pela Reforma Sanitária.

Para Mattos (2006), o princípio da integralidade não apresenta um sentido único, fechado e claramente definido. Para o entendimento desse princípio precisamos compreender que ele perpassa por diversas dimensões, e entre essas podemos destacar pelo menos três que permearão este estudo: integralidade como um valor que se expressa na forma como os profissionais de saúde respondem aos pacientes que os procuram, que poderíamos denominar como o cuidado integral; como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, ou seja, ampliação das possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional, neste estudo pessoas que vivem com HIV/Aids; e, ainda, como uma convicção de que cabe ao governo responder a certos problemas de saúde pública, e que essa resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção quanto as assistenciais (MATTOS, 2006). Costa (2004) também afirma que ao pensarmos na integralidade devemos, em primeiro lugar, ter claro que as ações em saúde devem levar em consideração a necessidade primordial de articulação entre as práticas de prevenção e assistência, envolvendo necessariamente a integração entre serviços e instituições de saúde. Como podemos perceber, essa autora concorda com Mattos (2006).

Para Mendes (2011) a **integralidade** se concretiza somente nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma vez que estas se estruturam para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo

completo de atendimento, o que conseqüentemente resulta na continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária à saúde) e na integralidade da atenção à saúde (ações de promoção de saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição). A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população, reconhecendo adequadamente os problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. Nas RAS a integralidade é um atributo que deve ser garantido na Atenção Primária à Saúde (APS), juntamente com primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. E cujas funções são: resolubilidade, comunicação e responsabilização. Segundo Mendes (2011), só haverá qualidade quando os sete atributos estiverem sendo obedecidos em sua totalidade.

A equidade reitera que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, ou seja, não será aceitável que somente alguns grupos, por motivos relacionados à cor, sexo, religião ou renda, tenham acesso a determinados serviços, e outros não. Não existindo a possibilidade de privilégios por qualquer motivo. Somente serão consideradas as razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde e à escolha das técnicas a serem empregadas no cuidado das pessoas (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Além desses princípios, a partir da aprovação da Constituição de 1988, a participação da comunidade também é um princípio que devemos destacar. À população ficou garantida, por intermédio de suas entidades representativas, a participação no processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS, e, conseqüentemente, do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados por diferentes níveis de governo (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Já, em relação aos princípios de descentralização, regionalização e hierarquização, que são os princípios organizativos do SUS, Noronha, Lima e Machado (2008) nos esclarecem que a descentralização político-administrativa deve ser realizada em uma única direção, em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de

saúde os serviços devem ser definidos por níveis de atenção (hierarquização), tomando o cuidado de distribuí-los geograficamente (regionalização).

Segundo Baptista (2007), o princípio da descentralização do SUS exige um novo formato na condução e organização de políticas públicas. Assim, apresentam-se as diretrizes do SUS de regionalização e hierarquização<sup>2</sup> dos serviços, com a organização de um sistema de referência e contrarreferência, incorporando os diversos níveis de complexidade do sistema (primário, secundário, terciário). A referência e contrarreferência em saúde funcionam como elos desde a rede básica (atenção primária), passando pela média complexidade (atenção secundária), chegando à alta complexidade (atenção terciária). Ou seja, se um município ou um serviço de saúde não apresenta condições para atender a um determinado problema de saúde, individual ou coletivo, deve remetê-lo a outra unidade referenciada, com capacidade de resolução do problema apresentado e de garantir seu atendimento. A contrarreferência significa o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após a resolução da causa responsável pela referência.

Ainda, de acordo com Baptista (2007), para a construção dessa rede de sistemas, faz-se necessária a identificação das unidades de prestação de serviços de saúde, por nível de complexidade, tipo de atendimento, especialização e natureza (pública ou privada), além de um compromisso de cada unidade na execução dos serviços definidos, garantindo o acesso da população aos diferentes níveis de atenção que cada caso requer.

Considerando as definições realizadas e a necessidade de refletirmos sobre as políticas e sistemas de saúde, podemos identificar também dois modelos de atenção predominantes no Brasil, o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista. Para Paim (2008), esses modelos não têm contemplado em seus fundamentos o princípio da

---

<sup>2</sup> Regionalizar implica em melhorar o conhecimento, por parte de estados e municípios, dos problemas sociais e de saúde de suas localidades e hierarquizar é organizar a rede de saúde a partir dos diferentes níveis de complexidade dos serviços e de acordo com as realidades local e regional.



integralidade. O modelo médico hegemônico está voltado para a demanda espontânea, enquanto que o modelo sanitarista busca atender necessidades que nem sempre se expressam em demanda. Os traços fundamentais do modelo médico hegemônico são: individualismo, saúde/doença como mercadoria, ênfase no biologismo, privilégio da medicina curativa, estímulo ao consumismo médico e participação passiva e subordinada dos usuários. O modelo sanitarista nos remete à ideia de campanha (vacinação, controle de epidemias, erradicação de endemias, etc.) ou programas especiais (controle da tuberculose, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do homem, saúde mental, tabagismo, etc.), vigilância sanitária e vigilância epidemiológica. Como podemos perceber, são dois modelos fragmentados, o que separa, compartimentaliza, e não respeita o princípio da integralidade.

Na organização dos sistemas de saúde, o conceito de redes tem sido muito utilizado para explicar componentes ou modalidades de assistência. Os sistemas podem ser hierarquizados por níveis de atenção primário, secundário e terciário, conhecidos como hierarquia piramidal. Essa hierarquia reflete diferentes graus de densidade tecnológica incorporada aos procedimentos, bem como a especialização profissional necessária, e utiliza-se o conceito de **redes de serviços de saúde**, referindo-se às ações e serviços que se organizam em cada um desses níveis. No nível primário as redes de serviços de saúde são formadas por centros de saúde, postos de saúde e unidades de saúde da família. As redes de serviços de saúde formadas por centros de referência, ambulatórios e hospitais gerais compõem o nível secundário. Os ambulatórios e hospitais especializados que desenvolvem procedimentos de alta densidade tecnológica formam o nível terciário (MENDES, 2010; LAVRAS, 2011).

Segundo Lavras (2011), os sistemas de saúde também comportam a identificação de ações e os serviços de saúde são desenvolvidos e organizados em redes temáticas de saúde, que podem ser definidas em função de um agravo, de uma patologia ou de uma fase do ciclo de vida numa dada população. As redes temáticas também são hierarquizadas, mas o recorte neste caso é longitudinal, uma vez que inclui todos os serviços de diferentes níveis, voltados ao atendimento de um grupo populacional ou de um agravo específico. Ainda assim, nestes dois modelos de organização de sistemas de saúde, temos o desafio da

integralidade, a falta de articulação entre os níveis compromete a resolutividade e a qualidade da assistência prestada aos usuários.

Outra perspectiva de construção de sistemas integrados de serviços de saúde vem sendo vislumbrada no SUS, e estamos falando da utilização do conceito de **Redes de Atenção à Saúde (RAS)**. Esse novo modelo é potencialmente indutor da organização e reorganização de sistemas locais e regionais; significa dizer que se pauta em uma atuação mais cooperativa, entre as unidades de saúde, possibilitando a garantia do acesso e do atendimento integral à saúde dos usuários. As redes de atenção à saúde são arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, com pontos de atenção e pontos de apoio diagnóstico e terapêutico. Nesses pontos são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2010; LAVRAS, 2011).

O desenho dessas redes de atenção à saúde deve ser realizado por meio de uma relação dialética dos princípios de economia de escala, de escopo e de qualidade no acesso aos serviços. Portanto, o desenho dessas redes deve ser flexível, principalmente quando estamos nos referindo às regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde (LAVRAS, 2011).

Os **pontos de atenção** que compõem as redes de atenção à saúde são unidades funcionais que exigem condições tecnológicas diferenciadas e específicas (estrutura física; equipamentos e insumos; perfil dos profissionais; conhecimento técnico específico), assim como um campo de atuação bem definido, para a oferta de um conjunto de ações de saúde. Já os **pontos de apoio diagnósticos e terapêuticos** constituem-se também em unidades funcionais que ofertam procedimentos de apoio tais como: diagnóstico por imagem, patologia e análises clínicas, métodos gráficos, dispensação de medicamentos, etc. Estes são integrados por sistemas logísticos e de gestão (MENDES, 2010; LAVRAS, 2011).

Podemos definir o **sistema logístico** como o conjunto de mecanismos e atividades de suporte à rede de atenção à saúde que propiciam integração das unidades funcionais do sistema e facilidade de acesso aos usuários. Fazem parte do sistema logístico: transporte de pacientes, transporte de resíduos de serviços de saúde; os sistemas informatizados de apoio; as centrais de marcação; os sistemas de

distribuição de insumos e medicamentos, etc. Já o **sistema de gestão** é o conjunto de ações e atividades organizadas especificamente para possibilitar tanto a governabilidade da Rede de Atenção à Saúde, incluindo instâncias, processos e instrumentos de Gestão, como Gestão do Cuidado (MENDES, 2010; LAVRAS, 2011). O Pacto de Gestão instituído pelo SUS é um exemplo de instrumento de gestão regional, que potencialmente propõe estruturas e processos de negociação e gestão compartilhada.

Segundo Mendes (2010), o desenvolvimento dessas redes exige o estabelecimento de outros mecanismos de governança regional, e tem a função de integrar a Atenção Primária à Saúde (APS), os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e o sistema logístico da rede. Os sistemas de governança são comuns a todas as redes e organizam-se de forma transversal nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). De acordo com Mendes (2010), as mudanças no sistema de atenção à saúde deverão fazer-se nas seguintes direções: voltar o sistema para a atenção às condições crônicas, fazer uso intensivo da tecnologia da informação, eliminar os registros clínicos feitos à mão, promover a educação permanente dos profissionais de saúde, coordenar a atenção ao longo da rede de atenção, incentivar o trabalho multidisciplinar e monitorar os processos e os resultados do sistema.

Em comemoração aos 30 anos do CONASS, realizou-se em Brasília/DF, nos dias 24 e 25 de abril de 2012, o Seminário Internacional “Atenção Primária em Saúde”, e, concomitante a ele, ocorreu a 1ª Mostra Nacional de Redes: o Estado e as Redes de Atenção à Saúde, com o objetivo de reunir as experiências dos estados com a organização regional dos serviços de saúde, propiciando assim a troca de experiências e a identificação dos avanços e das dificuldades no caminho percorrido ao organizar redes. Participaram 22 estados, e 80 experiências foram apresentadas; os trabalhos refletiram a riqueza de vivências e a complexidade enfrentada pelas organizações de saúde, visando aperfeiçoar os sistemas de saúde. O tema RAS integrava e destacava-se na pauta da maioria das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), embora se observassem diferenças nos estágios de reorganização dos sistemas e dos serviços, com o objetivo de aderir às redes. Quatorze estados apresentaram equipes que discutiam internamente o que são RAS, realizavam processos educativos para o nível central das secretarias estaduais e eram envolvidos técnicos das regionais de saúde.

Estavam sendo formados educadores/facilitadores para realizar apoio institucional às secretarias municipais. Em dois estados as SES coordenavam oficinas para técnicos das regionais e secretarias municipais, com objetivos de disseminar conhecimentos sobre a RAS, APS e estimular o desenvolvimento dos primeiros passos na organização de RAS: definição de regiões de saúde; mapeamento de recursos e necessidades; criação de grupos condutores; aproximação com outros atores/Cosems; criação dos planos; instituição das CIBs; reunião de colegiados para definição de rol das diferentes instituições e níveis de atenção; e definição de fluxos. Em seis estados havia redes em ação, funcionando; e estavam em estágio de avaliação dos indicadores de monitoramento e avaliação das RAS (CONASS, 2012).

As definições de integralidade se diferem, e essa diferenciação se dá de acordo com a visão e o modelo de sistema de saúde adotado por cada autor/profissional de saúde, conseqüentemente haverá mudanças significativas na qualidade da atenção prestada aos usuários do SUS. Neste estudo iremos adotar as Redes de Atenção à Saúde descritas por Mendes (2011), como um dos pressupostos para a construção do referencial teórico na organização e gestão da rede de atenção integral à saúde auditiva para pessoas que vivem com HIV/Aids no Estado de Santa Catarina, sob a perspectiva da Complexidade.

Daher e Pisaneschi (2010) ressaltam que após a implantação da PNASA o acesso da população com alterações auditivas aumentou significativamente, ou seja, com esta política pública a rede de atenção à saúde auditiva conseguiu atingir cerca de 90% da população, e destacam ainda que esse percentual é maior nos estados que prescindiam desta assistência. Outros pontos positivos referidos pelas autoras são: criação de redes com unidades descentralizadas nos estados; contenção de agrupamentos nas capitais; otimização de recursos públicos investidos; a inclusão da pessoa com deficiência auditiva na agenda de prioridades da saúde, bem como a mudança na lógica da atenção com vistas à sua integralidade com a organização do cuidado à saúde desde a atenção básica aos serviços especializados.

Apesar de termos resultados positivos na implantação da PNASA, ainda podemos perceber a necessidade de dispormos de mais subsídios para o planejamento das ações em saúde auditiva. Assim, o Ministério da Saúde (MS) está em processo de validação de indicadores para monitorar o desenvolvimento da Política com foco em três eixos:

perfil da rede de atenção à saúde auditiva, gestão dos serviços de saúde auditiva e integralidade do cuidado na atenção à saúde auditiva, incluindo nesse processo o financiamento de pesquisas na área (DAHER; PISANESCHI, 2010). Percebemos que a PNASA apresenta-se atualmente em processo de avaliação e que, embora estejam sendo realizadas ações de gestão com o intuito de melhorar a assistência, alguns aspectos ainda merecem maior atenção. Dentre eles destacamos as pessoas que vivem com HIV/Aids, uma vez que estas não são referidas na Política, e portanto não estão sendo referenciadas para a rede de atenção à saúde auditiva.

Em Minas Gerais, estado pioneiro na organização da saúde auditiva em Rede Estadual, ainda em fase de implantação e de credenciamentos de pontos de atenção, os fonoaudiólogos atuantes nos municípios foram oficializados como Fonoaudiólogos Descentralizados, ou seja, são responsáveis pelo acolhimento e pelo encaminhamento dos usuários, bem como por realizar ações de promoção, prevenção e proteção à saúde auditiva. O credenciamento dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva (SASA) vem ocorrendo desde 2005, os Serviços de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) desde 2007 e a oficialização dos Fonoaudiólogos Descentralizados desde 2008. A rede de atenção à saúde auditiva do Estado de Minas Gerais é composta por 16 serviços, oferece assistência a mais de 17.400 usuários por ano; 31 serviços de TAN, com avaliação de mais de 43 mil neonatos anualmente; quatro Serviços de Implante Coclear com capacidade de oito cirurgias mensais; e 430 municípios com Fonoaudiologia Descentralizada oficializada (CONASS, 2012).

Cecílio (2009) também se refere à gestão do cuidado, e nos alerta que, ao nos depararmos com essa temática, devemos considerar três dimensões: dimensão da gestão do cuidado, dimensão organizacional e dimensão sistêmica. A gestão do cuidado é aquela que se realiza no “espaço privado”, onde há o encontro direto entre o profissional e o usuário. Um espaço que comporta muita responsabilidade e liberdade de ação do profissional de saúde. Nesse lugar temos um terreno fértil para realizarmos novas estratégias gerenciais, tanto na perspectiva governamental quanto dos gestores do SUS. Diferentemente da gestão do cuidado, na dimensão organizacional nos defrontamos com novos e mais variados atores, novas questões, novos desafios, novos problemas, isso tudo em consequência da

institucionalização das práticas de saúde que se dá em contextos organizacionais. A relação acontece em um nível mais complexo, aonde a organização do trabalho irá se configurar em uma nova lógica em que a responsabilidade gerencial e a conformação da dinâmica de relacionamento da equipe vão ocupar lugar central. A dimensão sistêmica, por sua vez, pode ser definida como um conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e diferentes graus de incorporação tecnológica e os fluxos que se estabelecem entre eles. Na dimensão sistêmica temos então os protocolos, centrais de vagas ou de marcação de consulta, com o objetivo de garantir o acesso dos usuários às tecnologias de cuidado de que necessitam, por meio da constituição e gestão de complexas “redes de cuidado” institucionais, operadas por intermédio de processos formais de referência e contrarreferência, que propiciem a circulação das pessoas por um conjunto articulado de serviços de saúde, de complexidades diferentes e complementares entre si (CECÍLIO, 2009).

Na perspectiva da gestão do cuidado não podemos deixar de frisar que essas três dimensões são interdependentes, com o objetivo de chegarmos à integralidade do cuidado. Podemos perceber então que, tanto em relação à gestão do cuidado, quanto à integralidade, temos dois sistemas complexos que precisam ser estudados, revisitados, repensados e reordenados sob a perspectiva da Complexidade.

#### **2.1.4 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**

Os serviços fundamentais de saúde no Brasil foram organizados com base nos pressupostos da Atenção Primária em Saúde (APS), descritos na Declaração de Alma-Ata, na qual saúde é compreendida como um direito humano elementar, caracterizado pelo completo bem-estar físico, mental e social e não somente a mera ausência de doença (OMS, 1978).

Ainda, foi atribuída aos governos a responsabilidade pelo seu povo, os quais deveriam desenvolver políticas públicas que permitissem manter uma vida social e economicamente ativa. Para tanto, a APS é considerada a chave para atingir tal meta, como parte do desenvolvimento do espírito de justiça social (OMS, 1978).

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o processo de democratização da saúde, por meio da Reforma Sanitária, abriu

possibilidades para a sociedade brasileira, que passou a dispor de um conjunto doutrinário e de proposições políticas voltadas para a saúde e com interesse popular (PAIM; TEIXERA, 2007).

Com esse panorama, extremamente favorável devido à introdução do conceito de Promoção de Saúde que havia sido discutido e registrado na Carta de Ottawa, em 1986, admitiu, em seus fundamentos, a elaboração de um sistema de saúde que considerasse ações ambientais, políticas e de mudança no estilo de vida (WESTPHAL, 2008).

O SUS, caracterizado como um sistema nacional de saúde começou a ser construído a partir dos anos 90, com a elaboração da Lei Orgânica da Saúde e das Normas Operacionais Básicas (NOB) como instrumentos de regulamentação do sistema (BRASIL, 1997).

Naquele mesmo período, foram desenvolvidas experiências visando à redução da morbidade e mortalidade materna e infantil. Por ter atingido bons resultados, essa experiência foi institucionalizada como política nacional, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 (BRASIL, 1994). O PACS deu origem ao Programa Saúde da Família em 1994, o qual foi posteriormente denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF).

Assim, a ESF foi eleita como modelo de reorientação da assistência e descrita na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como uma estratégia que rompe com o paradigma biomédico centrado na doença, por desenvolver ações de promoção e proteção à saúde da comunidade e inserir o atendimento domiciliar na agenda das suas atividades. Ressalta-se que a PNAB foi aprovada a partir do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica em Saúde foi inspirada na APS, ou seja, é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece entrada para todas as novas necessidades e problemas; fornece atenção sobre a pessoa em qualquer condição de saúde, exceto as muito raras, e coordena atenção fornecida nos demais níveis ou setores do sistema (STARFIELD, 2002). Logo, possui como pressupostos:

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com

território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita a fim de garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006, p. 11).

Assim, para Starfield (2002), o primeiro nível de atenção à saúde deve promover acessibilidade, ou seja, permitir o uso do serviço a cada nova ocorrência de um problema. Em relação à longitudinalidade, entende-se a ULS como fonte regular de atenção à saúde, para que sua utilização ocorra de forma periódica no decorrer do tempo e propicie a formação de vínculo entre profissionais e usuários.

A integralidade refere-se a fazer ajustes/associações para que o usuário de saúde receba todos os tipos de serviços de que necessita. É a coordenação diz respeito à capacidade do serviço de dar segmento aos cuidados dos usuários nos diversos níveis de saúde, ou seja, portar informações sobre problemas e serviços utilizados anteriormente e o reconhecimento daquelas, pois está relacionada às necessidades para o presente atendimento.



Os fundamentos descritos acima deverão ser determinados pelos gestores de acordo com o Pacto de Indicadores da Atenção Básica. O objetivo principal é alcançar ações e metas em saúde, baseadas nas metas anuais a serem alcançadas em relação aos indicadores de saúde acordados. Desse modo, seu financiamento ocorre em composição tripartite, mediante prestação de contas, manutenção e atualização dos sistemas de informação, como o DATASUS e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2006).

Ressalta-se que, embora tenha havido crescimento no aporte de recursos financeiros para a Atenção Básica no período de 1990 a 1995, o valor é ainda considerado insuficiente pelos gestores. Como agravante, o financiamento federal mantém-se fragmentado, privilegiando programas específicos e limitando, dessa forma, a tomada de decisão dos gestores locais no que concerne à alocação dos recursos (CASTRO; MACHADO, 2010).

Mesmo que a ESF apresente-se como um modelo de atenção à saúde de baixo impacto aos cofres públicos, são necessários investimentos, pois a ESF visa trabalhar com foco no núcleo familiar e vínculo diferenciado com o usuário do serviço de saúde. Para tanto, a mesma preconiza a atuação a partir de uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional, composta por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde que trabalham na definição do território de abrangência, com cadastramento da clientela adstrita na área das Unidades Locais de Saúde (ULS).

Destaca-se que as ULS podem contar com equipes de saúde bucal (um dentista e auxiliar dentário) (BRASIL, 2006) bem como com o apoio matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2010). Constata-se também que, para o funcionamento das organizações, o trabalho em equipe é cada vez mais importante, de forma interdisciplinar, para superar as barreiras da fragmentação do ser humano e os desafios dos problemas em saúde (ROQUETE et al., 2013).

Mesmo com destaque ao trabalho interdisciplinar, e com a preconização do matriciamento nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, o fonoaudiólogo ainda é um profissional não incluído nas equipes do NASF, dificultando as ações que envolvam cuidados nessa área. No entanto a contribuição deste profissional seria de extrema

importância para o PNAB, uma vez que, desde em 17 de fevereiro de 2006, a Resolução nº 320 do Conselho Federal de Fonoaudiologia habilita o fonoaudiólogo com especialização em Saúde Coletiva, como aquele profissional que tem aprofundamento em estudos específicos e atuações em situações que impliquem em:

- a) efetuar diagnóstico de grupos populacionais com base em estudos epidemiológicos, que contribuam na construção de indicadores de saúde e de identificação das necessidades da população, de ações no campo fonoaudiológico, bem como situacionais buscando identificar os elementos sanitários, assistenciais, ambientais, geopolíticos e socioculturais de territórios locais que compõem os processos de saúde/doença;
- b) planejar, coordenar e gerenciar programas, campanhas e ações articuladas interdisciplinar e intersetorialmente;
- c) definir e utilizar metodologias de avaliação e acompanhamento dos padrões de qualidade e o impacto das ações fonoaudiológicas e interdisciplinares desenvolvidas no contexto coletivo;
- d) planejar, coordenar, gerenciar e assessorar políticas públicas ligadas à saúde e à educação, bem como às ações de Vigilância à Saúde.

A recomendação é de que cada equipe seja responsável por até 1000 famílias (2.400 a 4.500 habitantes), com no máximo doze Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acompanhando até 750 pessoas cada, visando à formação de vínculo com o usuário. São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

- I - definição do território de atuação das ULS;
- II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência

resolutiva à demanda espontânea;

III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;

IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;

VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e

X - apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006, p.18).

Haja vista a prática da territorialização, visitas domiciliares, educação em saúde nas escolas e na comunidade, ações interdisciplinares e intersetoriais, espera-se que os profissionais identifiquem os problemas de saúde e situações de risco na comunidade e assim desenvolvam um plano de ação para cuidar de forma integral que responda às necessidades dessas pessoas (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o usuário é compreendido em sua singularidade, na complexidade, integralidade e inserção sociocultural. O mesmo busca a promoção de sua saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos ou de

sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006; 2011).

Ainda que exista maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde nas metrópoles, em especial os de média e alta complexidade, são ainda identificadas fragilidades quanto à qualidade e resolutividade, tornando complexa e morosa a organização dos serviços da ABS (VIANA; DAL POZ, 2005).

Entretanto, verificam-se fragilidades no atendimento ao usuário de saúde na ABS, evidenciadas pela fragmentação da assistência, a qual dificulta tanto a efetivação de vínculo entre profissionais e comunidade como a continuidade e a coordenação do cuidado em outros níveis de atenção (COELHO; JORGE, 2009). Cecílio (1997) assegura que a pirâmide utilizada para representar o modelo de saúde do SUS indicaria uma possibilidade de racionalização do atendimento, tendo em vista o fluxo ordenado de pacientes que circulam tanto de baixo para cima como de cima para baixo, utilizando os mecanismos de referência e contrarreferência, na qual a ABS seria a entrada preferencial do usuário no sistema de saúde.

Destaca-se que, embora a atuação dos profissionais inseridos nas equipes da saúde da família ultrapasse os limites na ULS, pois é sua atribuição o acompanhamento do usuário quando encaminhado a outros níveis de assistência, constata-se o desafio de resgatar a integralidade como princípio, uma vez que estudos apontam que a contrarreferência não é prática comum nos serviços de saúde (GIOVANELLA et al., 2009; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; MELO et al., 2009).

Apesar do reconhecimento da complexidade dos problemas em saúde, é possível verificar que os hospitais continuam sendo ‘porta de entrada’ de serviços de pronto atendimento, urgência e emergência e unidades locais de saúde. Assim, Cecílio (1997) afirma que o sistema de saúde deveria ter o usuário como centro de sua atenção e dispor de uma relação mais horizontalizada entre os serviços. Dessa forma, propõe a estrutura de um círculo com várias portas de entrada, localizadas em diferentes pontos do sistema a partir das necessidades do usuário.

Diante dos desafios apresentados e da experiência acumulada pelo conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais,

trabalhadores e gestores das três esferas de governos, o Ministério da Saúde, na tentativa de atualizar os conceitos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e introduzir novos elementos ligados ao papel desejado da AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção, aprova a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2012).

No seu Art. 2º, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012, p. 18) define que os recursos orçamentários sejam assumidos pelo Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes programas de trabalho:

- I – 10.301.1214.20AD – Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família;
- II – 10.301.1214.8577 – Piso de Atenção Básica Fixo;
- III – 10.301.1214.8581 – Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde;
- IV – 10.301.1214.8730.00001 – Atenção à Saúde Bucal; e
- V – 10.301.1214.12L5.0001 – Construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

No anexo A, da nova PNAB, em relação aos princípios e diretrizes gerais da atenção básica esclarece:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de

trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades da saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2012, p.21).

Já, em relação às funções da rede de atenção à saúde, a portaria define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. E, nesse sentido, a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. São elas:

- I – Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- II – Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- III – Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o

objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV – Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012, p.25)

A educação permanente das equipes de atenção básica também é uma preocupação para a consolidação e o aprimoramento das redes de atenção em saúde no Brasil, e para isso dependem de um saber e um fazer que devam ser constituídos na qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular (BRASIL, 2012).

A educação permanente deve ser encarada como uma estratégia de gestão, como um agente provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, 2012). Este redirecionamento da PNAB impõe um posicionamento claro dos atores para a necessidade de uma constante transformação para o

funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.



### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Diante da amplitude do tema abordado, neste estudo utilizou-se o Pensamento Complexo como referencial teórico. Os pressupostos do Pensamento Complexo nos proporcionaram uma base sólida para construir o estudo, de forma a qualificar a investigação. Como expoente desta teoria, temos Edgar Morin.

Edgar Nahoum é seu verdadeiro nome, nasceu em 8 de julho de 1921, em Paris, onde vive atualmente, é filho dos judeus Vidal Nahum e Luna Beressi. Sua mãe morre quando ele tem apenas dez anos de idade, com essa perda acaba encontrando refúgio em meio a livros, teatro e cinema, numa busca incessante pelo saber e pela cultura (PETRAGLIA, 2008). Durante a Segunda Guerra Mundial foi obrigado a refugiar-se em Nanterre, e nessa época adotou o apelido Morin. Formado em sociologia, foi progressivamente reconhecido como o pioneiro e o principal teórico do paradigma emergente da ciência na virada do século XX para o XXI: o Pensamento Complexo (INSTITUTO PIAGET, 2012).

A formação teórica e acadêmica desse pesquisador dialoga com diversas áreas do conhecimento humano. Graduou-se em História, Geografia e Direito. Desenvolveu também estudos nas áreas de Ciência Política, Sociologia, Filosofia e Economia. Todos esses estudos e o conhecimento profundo das ciências humanas e naturais foram primordiais para a sustentação e criação do Pensamento Complexo.

Morin também foi estimulado por autores que se alimentavam de contradições, como Heráclito, Pascal, Hegel e Marx, a elaborar “um pensamento apto a reconhecer e a afrontar incessantemente as contradições, em situações em que o pensamento ‘normal’ não vê senão alternativas” (MORIN, 2013, p. 10).

De acordo com Morin (2008), a complexidade sempre foi marginalizada, tanto pelo pensamento científico, epistemológico e filosófico. O primeiro grande texto sobre complexidade foi de Warren Weaver, da engenharia, que concluiu que a complexidade desorganizada do século 19 iria dar lugar à complexidade organizada do século 20. Para Morin (2008) esta marginalização da complexidade gerou alguns equívocos acerca da complexidade entendida por ele. Um dos equívocos foi tentar conceber a complexidade como uma receita; ela deve ser

considerada como um desafio e como uma motivação para pensar. Outro equívoco: confundir a complexidade com a completude, sendo para esse autor exatamente o contrário, a complexidade nos leva à incompletude do conhecimento. A complexidade tenta dar conta de juntar pedaços, entre eles os das disciplinas, das categorias cognitivas, entre outros. O objetivo da complexidade é nos levar ao pensamento multidimensional, portanto o pensamento complexo comporta em seu interior a incompletude, a incerteza, a desordem, a contradição, a pluralidade, a complicação, entre outros, na verdade podemos até nos questionar se existem complexidades e não uma complexidade (MORIN, 2008).

Para a construção do pensamento complexo, pode-se dizer que existiram três reorganizações no sistema de ideias de Morin (2013, p. 15). Ele as descreveu como “reorganização genética ou reorganizações cognitivas e existenciais”. A primeira, que aconteceu no período da Segunda Guerra Mundial e da Resistência, ocorreu em torno dos ensinamentos de Georges Lefebvre, aos quais foram adicionados os de Maurice Aymard, em Toulouse, e da descoberta de Hegel, por meio das leituras de Marx.

Esta primeira reorganização surgiu da necessidade de comunicar as verdades isoladas, de integrar as contradições e as dúvidas. Na segunda, foi o momento de elaborar a antropologia complexificada que também veio acompanhada da crise do marxismo bem como de uma reinterrogação generalizada de todos os saberes e problemas (FERREIRA; GALLO, 2010; MORIN, 2013).

A terceira reorganização foi em 1968, quando Morin foi convidado para passar um ano no Instituto Salk de pesquisas biológicas, em La Jolla, Califórnia, nos Estados Unidos. Durante esse período recomeça um aprendizado, no qual novas ideias e teorias são assimiladas. Até então, Morin as desconhecia, mas que foram essenciais para reorganizar seus sistemas de ideias (FERREIRA; GALLO, 2010; MORIN, 2013).

Nesse período, Morin apropriou-se da teoria da informação (Weaver, Brillouin), da cibernética (Wiener, Ashby, Bateson), da teoria dos sistemas (Von Bertalanffy). Iniciou também os estudos na problemática termodinâmica da desordem (de Boltzmann a Prigogine), na problemática da auto-organização, com Von Neumann e Von Foerster. Além de ter descoberto os trabalhos sobre a ciência de Popper, Kuhn, Lakatos e Holton. Essa última

reorganização genética o orientou definitivamente para os problemas radicais do conhecimento e para a elaboração de um método do pensamento complexo (FERREIRA; GALLO, 2010; MORIN, 2013).

O termo latino *complexus* significa em seu sentido original aquilo que é tecido junto. É o tecido formado por diferentes fios que se transformam em uma só coisa. Tudo isso se entrelaça para formar a unidade da complexidade, porém, a unidade do *complexus* não destrói a variedade nem a diversidade das complexidades que o teceram (MORIN, 2008a).

Morin define que é complexo aquilo que:

não pode se resumir numa palavra-chave, o que não pode ser reduzido a uma lei nem a uma ideia simples. Em outros termos, o complexo não pode se resumir à palavra complexidade, referir-se a uma lei da complexidade, reduzir-se a ideia de complexidade. Não se poderia fazer da complexidade algo que se definisse de modo simples e ocupasse o lugar da simplicidade. A complexidade é uma palavra-problema e não uma palavra-solução (MORIN, 2008b, p.74).

Segundo Morin (2008), efetivamente necessitamos de um pensamento: compreender que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e que o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes. Desse modo, nasce uma concepção sistêmica, onde o todo não é redutível às partes. Quando falamos em complexidade, devemos ter em mente a noção de sistema. Para Morin (2008) a teoria dos sistemas revelou a generalidade do sistema: tudo que era matéria, substância vital, fenômeno social no século 19 tornou-se sistema no século 20, mas essa generalidade não consegue dar conta da noção de sistema em seu lugar epistemológico no universo conceitual. O sistema serve para designar todo o conjunto de relações entre constituintes formando um todo, e, para esse autor, é impossível conhecer o todo sem conhecer as partes, como conhecer particularmente as partes sem conhecer o todo.

Pensando nessa dimensão, temos também o uno e o diverso e suas relações. Não podemos conceber como problema central a manutenção das relações todo/partes, uno/diverso, devemos elevar nosso

olhar para o complexo dessas relações, ou seja, **o todo é mais que a soma das partes, o todo é menos que a soma das partes e o todo é mais que o todo**. Indo além, podemos complementar o pensamento desse autor dizendo que **o todo é insuficiente; o todo é incerto; o todo é conflituoso** (MORIN, 2008).

O pensamento complexo pede para restabelecermos as articulações entre o que foi separado; para tentarmos compreender a multidimensionalidade; para pensarmos na singularidade com a localidade, com a temporalidade, e para nunca esquecermos as totalidades integradoras. Desse modo, a complexidade não busca explicar todos os aspectos do objeto, mas, sim, considerar as várias razões para a sua existência. Ao se pensar por esse ângulo, percebe-se que o pensamento complexo pode levar muito mais a incertezas do que a respostas definidas (SOUSA, 2008 p.86).

O pensamento deve ser aquele que reconhece e examina os fenômenos multidimensionais, em vez de isolar, de modo mutilador, cada uma de suas dimensões. Bem como aquele que reconhece e trata as realidades que são simultaneamente solidárias e conflituosas, e, ainda, que respeite a diferença, enquanto reconhece a unicidade (MORIN, 2008).

Finalmente, o pensamento científico precisa substituir um pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une. Devemos substituir um pensamento disjuntivo e redutor por um pensamento do complexo, no sentido originário do termo *complexus*: o que é tecido junto (MORIN, 2008).

Para que possamos substituir esses pensamentos, Morin (2008, p. 180) nos revela sete princípios ou avenidas, que são complementares e interdependentes:

1. *O princípio sistêmico ou organizacional* – liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo;
2. *O princípio holográfico* – cada célula é uma parte de um todo, mas também o todo está na parte;
3. *O princípio do circuito retroativo* – permite o conhecimento dos processos autorregulados, pois as retrações são incontáveis

nos fenômenos econômicos, sociais, políticos ou psicológicos;

4. *O princípio do circuito recursivo* – os indivíduos humanos produzem a sociedade nas interações e pelas interações, mas a sociedade, à medida que emerge, produz a humanidade desses indivíduos, fornecendo-lhes a linguagem e a cultura;

5. *O Princípio da autonomia/dependência* – os seres vivos são seres auto-organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, despendem energia para manter sua autonomia;

6. *O Princípio dialógico* – a dialógica permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contrárias para conceber um mesmo fenômeno complexo.

7. *O Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento* – todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e época determinadas (MORIN, 2008, p. 180)

Sousa (2008), em sua pesquisa utilizando este referencial, concluiu que a complexidade significa restituir as relações, as interdependências, as articulações, as solidariedades, as organizações, as totalidades. O pensamento complexo é, por isso mesmo, aberto, dialógico e admite em seu seio a incerteza e utiliza a noção de sistema para compreender a organização.

O pensamento complexo surgiu da necessidade de superar o pensamento simplificador que estava sustentado em três pilares: no determinismo absoluto e generalizado, na disjunção e na razão absoluta. Este pensamento tinha e tem uma concepção determinista e mecânica do mundo com vistas aos processos de maneira linear e compartimentada. O mesmo não permitia a visibilidade do tecido comum das disciplinas. A complexidade surge para reencontrar o tecido comum que está desintegrado por meio dos princípios de disjunção, de conjunção e de implicação.

A separação do sujeito/objeto é um dos aspectos elementares do paradigma clássico centrado na redução e fragmentação. Neste,

é realizada a distinção das realidades inseparáveis sem visualizar suas relações, ou as percebe por meio de simplificação/redução da realidade menos complexa para a mais complexa. Como consequência, o conhecimento vem sendo gerado de forma fragmentada e, por vezes, descontextualizado pelas inúmeras especializações (MORIN, 2008a).

Para Morin (2008a), é necessário promover um novo paradigma, uma vez que sua obra visa, entre outros objetivos, questionar as ‘verdades’ concernentes à Ciência. A verdade objetiva da ciência clássica escapa a todo olhar científico, tendo em vista que ela é esse próprio olhar. Corroborando com autores como Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend, dentre outros, Morin compara as teorias científicas aos *icebergs*, que possuem uma imensa parte submersa não científica, embora imprescindível ao desenvolvimento da ciência. Logo, observa-se a presença de uma zona nebulosa sobre a ciência, a qual acredita que a teoria é o reflexo da realidade.

Quando as teorias deixam de ser aplicáveis, é preciso ampliá-las ou elaborar outras. O motivo para esse caráter mutável não é somente a necessidade de expansão do saber, e sim, pelas transformações e rupturas oriundas do processo de verificação e refutação da própria ciência (MORIN, 2008b).

No entanto, a noção de paradigma apresentada por Morin (1996, p. 31) conjectura “um tipo de relação muito forte, que pode ser de conjunção ou de disjunção, logo, aparentemente de natureza lógica, entre alguns conceitos mestres”. A existência de relações de dominação “determina o curso de todas as teorias, de todos os discursos que o paradigma controla”. Assim, o paradigma não está à vista para quem sofre as suas consequências, entretanto, caracteriza-se como elemento mais poderoso sobre ideias e conceitos.

Nesse sentido, surge a necessidade de um paradigma que permita separar/opor relativamente os domínios científicos para permitir a comunicação sem operar a redução, uma vez que esta repercute em mutilação dos saberes. Assim, o paradigma de complexidade é proposto como nova forma de pensar a realidade.

Mas destaca-se que a complexidade não pode ser confundida com complicação. O complicado pode ser simplificado por meio da redução, mas quando a simplificação se torna suficiente para entender

determinado fenômeno, constata-se a ausência do detalhamento, das relações e associações (MORIN, 2008b).

Com o processo analítico, reducionista e desconectado do contexto, a ciência permitiu que fossem adquiridas muitas certezas. Mas, ao longo do século XX, inúmeras zonas de incertezas se revelaram. A incerteza “é a incapacidade de ter certeza de tudo, de formular uma lei, de conceber uma ordem absoluta” (MORIN, 2007, p. 68), ou seja, o exercício de conhecer e pensar não significa chegar a uma verdade absolutamente certa, mas dialogar com a incerteza, o inesperado, o acaso e o erro (MORIN, 2008a).

O erro é outro conceito explorado nas obras de Morin (2008b), o qual afirma que as ideias não são reflexos do real, mas traduções dele. Isso porque é o espírito-cérebro que produz aquilo que se denominam representações, noções e ideias pelas quais ele percebe e concebe o mundo externo.

Nesse sentido, a noção de verdade agrava a questão do erro. Uma vez que a pessoa que se julgue possuidora da verdade absoluta, torna-se insensível aos erros e aos imprevistos que podem ser encontrados em seu sistema de ideias. Logo, tudo que for contra ao estabelecido ou reconhecido como certo se tomará mentira ou erro (MORIN, 2008b). Ainda, “tudo quanto surge de novo em relação ao sistema de crenças ou de valores estabelecidos, aparece sempre e necessariamente como um desvio e pode ser esmagado como erro” (MORIN, 2008b, p.147).

Essas noções são importantes, tendo em vista o que há por trás da ordem e da organização, isto é, desordem marcada pelas incertezas, imprevistos, enganos. Esta compreensão impossibilita a redução de organização à ordem, embora a comporte e a produza. Portanto, se por um lado a desordem coopera na geração da ordem organizacional, por outro ela ameaça a ordem com a desintegração, seja por fatores externos ou internos. “Uma organização constitui e mantém um conjunto ou ‘todo’ não redutível às partes, pois dispõe de qualidades emergentes e de coações próprias, e comporta retroação das qualidades emergentes do todo sobre as partes” (MORIN, 2008b, p.198).

Cada uma das contradições que surgem na caminhada do conhecimento deve ser encarada na sua singularidade e problemáticas próprias. É necessário “agir com”. A contradição incita o pensamento

complexo; servimo-nos dela para reativar e complexificar pensamento. É necessário um pensamento que saiba tratar, interrogar, eliminar e salvaguardar as contradições. É a tarefa do pensamento complexo (MEIRELLES, 2003 p.74).

Não podemos deixar de definir o significado de interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade para o pensamento complexo, uma vez que a cooperação exige que tenhamos uma clareza desses conceitos. Para Morin (2008), a interdisciplinaridade pode significar troca e cooperação, onde diferentes disciplinas são colocadas em volta de uma mesma mesa, já a multidisciplinaridade se constitui na associação de disciplinas, devido a um projeto ou objeto comum, enquanto que a transdisciplinaridade trata de esquemas cognitivos que podem ir além das disciplinas. Diante desses conceitos, podemos concluir que as disciplinas precisam levar em consideração tudo o que lhes é contextual, inclusive as condições culturais e sociais, ou seja, acompanhar seu desenvolvimento, segundo Morin, denomina-se “ecologizar” as disciplinas.

O pensamento complexo de Morin (1998) toma consciência das brechas da lógica, uma vez que não podemos eliminar o incerto e o contraditório, portanto necessitamos de um pensamento complexo que comporte esses dois princípios, a complexidade metalógica da realidade e a pertinência de um pensamento complexo.

Segundo Lobato e Giovanella (2008), um sistema de saúde não é um conjunto fechado e sua dinâmica está sempre relacionada a outros sistemas e ao conjunto das relações sociais em um determinado tempo e local. Dessa forma, um sistema de saúde não funciona, necessariamente, de forma ordenada, seus componentes se relacionam, mas nem sempre esse processo é organizado. O ambiente dos sistemas é muito mais caótico do que ordeiro, e mais conflituoso que consensual, por isso os sistemas de saúde são complexos e estão em constante mudança (LOBATO; GIOVANELLA, 2008). Diante dessas afirmações, podemos perceber que o pensamento complexo nos serviu como chave mestra na tentativa de compreendermos e construirmos o referencial teórico deste estudo.

Quando pensamos em cuidado em saúde auditiva, e principalmente em organização e gestão de uma rede de atenção em saúde auditiva, certamente visualizamos um fenômeno complexo, que envolve valores, sentimentos, relações, interações, práticas, significados,



interdisciplinaridade, além de várias interlocuções teóricas e filosóficas. Partindo desses princípios, podemos afirmar que necessitamos refletir sobre esses temas e, para isso, as obras de Edgar Morin permitem o início de um diálogo profícuo para a compreensão do cuidado em saúde auditiva de maneira que possa atender às limitações, à aceitação e às angústias de seres humanos com deficiência auditiva e usuários de dispositivos eletrônicos. O pensamento complexo nos guiou no sentido de que essa investigação venha contribuir com a reorganização da rede de atenção em saúde auditiva, para atender pessoas que vivem com HIV/Aids, incorporando os conceitos baseados na integralidade.

Ao tratarmos mais especificamente do cuidado em saúde auditiva com enfoque na reorganização da rede de atenção em saúde auditiva, voltado para pessoas que vivem com HIV/Aids, não podemos nos distanciar dos pressupostos da complexidade, visto que envolvem mudanças, como mudanças de conceitos, nas políticas ou nos processos de relação e interação profissional, no sistema de saúde brasileiro. Esta investigação abordou diversos aspectos e suas múltiplas dimensões, e o estudo da prática profissional no cuidado em saúde auditiva pode nos apresentar variadas interconexões e uma multiplicidade de processos imprevisíveis, devido à complexidade das realidades envolvidas nesse cenário.



## 4. MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem **qualitativa**. Segundo Minayo (2008), definimos o método qualitativo como aquele que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. O método qualitativo permite a compreensão de processos sociais ainda pouco conhecidos, além de propiciar a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias, bem como a construção de novas teorias (MINAYO, 2008).

Os métodos qualitativos são, portanto, mais apropriados para entender e descrever fenômenos humanos. Implicam maior ênfase aos processos e significados que não podem ser medidos em termos de quantidade, frequência e intensidade. (DENZIN; LINCOLN, 1994).

A principal característica da pesquisa qualitativa é o fato de que segue a tradição compreensiva ou interpretativa, partindo do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores, e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado, que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2004). A proposta da pesquisa qualitativa é o investigador aproximar-se dos atores sociais para ver o que eles veem, saber o que eles sabem, compreender o que eles compreendem e explicar como os eventos acontecem na vida real (DENZIN; LINCOLN, 1994). A metodologia qualitativa mostra-se, portanto, pertinente para a compreensão do objeto desta investigação, na medida em que incorpora significados, favorecendo a compreensão da gestão do cuidado à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids.

Para Strauss e Corbin (2008), a pesquisa qualitativa é aquela que produz resultados não alcançados por meio de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação. Pode se referir à pesquisa sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, bem como ao funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interação

entre nações, cujo objetivo é descobrir conceitos e relações nos dados brutos, bem como organizar esses conceitos e relações em um esquema explanatório teórico (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Esta pesquisa foi desenvolvida por meio da **Grounded Theory (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)** sob a luz da **Teoria da Complexidade**. Para Strauss e Corbin (2008), a TFD deve ser derivada dos dados, onde a análise é a interação entre o pesquisador e os dados; e cuja capacidade criativa do pesquisador levará o mesmo a construir as categorias, fazendo comparações e possibilitando a extração de esquemas inovadores.

Atualmente a TFD é reconhecida como uma das principais abordagens qualitativas, a qual se destina a explorar e compreender processos sociais. O método explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e consiste numa forma de estudar fenômenos que são descobertos, desenvolvidos conceitualmente e verificados por um processo de coleta e análise dos dados sistematicamente conduzidos. O resultado deste processo é uma teoria que emerge das relações estabelecidas entre os conceitos descobertos, sobretudo aquelas relativas a fenômenos específicos, denominadas teorias substantivas (SOUSA, 2008).

Significa que a ênfase da metodologia é o “significado subjetivo dos sujeitos estudados dentro de um contexto social e cultural” (STRAUSS, 1987, p. 5). Entendendo por cultural “um sistema de significados que servem de guia para a ação, a experiência e a conduta social” (Idem, p. 76).

A TFD tem sido extensivamente usada para conduzir questões de interesse de pesquisadores na área da enfermagem. Investiga fenômenos relacionados aos processos de viver desde 1987, pela associação de diversos tipos de referenciais teóricos e abordagens qualitativas (LANZONI et al., 2011).

Para Glaser (1978), os elementos da TFD são primeiramente as categorias e suas propriedades conceituais e, a seguir, as hipóteses ou relações geradas entre as categorias e suas propriedades. A categoria é indicada como o elemento conceitual da teoria e ela própria e as propriedades dela geradas são conceitos formados a partir dos dados, não os próprios dados, variando no seu grau de abstração. A relação entre as categorias gera hipóteses, que têm, primeiramente, o *status* de relações sugeridas e provisórias (GLASER, 1978).

Os autores da TFD propõem que a explicação teórica do fenômeno seja obtida a partir de um grupo de procedimentos que se constituem em instruções, e não em regras fixas e fechadas, para o pesquisador orientar-se no desenvolvimento da investigação. Esses procedimentos fundamentam-se num tipo de análise, que Glaser (1978, 2005), Strauss e Corbin (1994, 1998, 2002, 2008) denominam de **análise comparativa**, sendo essa uma das principais características específicas da TFD.

A análise comparativa consiste no processo dinâmico em que os dados são coletados e constantemente comparados entre si, entre eles e os códigos, entre os códigos e os conceitos, entre os conceitos e as categorias. Para tanto, uma das habilidades do investigador, ao utilizar a TFD, é a sensibilidade teórica, que é a capacidade de atribuir significados aos dados. É a capacidade de entender e separar aquilo que é importante para o estudo, em um processo que permita um avanço no conhecimento (SOUSA, 2008). A TFD como um processo de análise comparativa constante, em que o investigador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para compreender o evento estudado. (CHARMAZ, 2006; GLASER, 1978; 2005; STRAUSS, 1987; STRAUSS; CORBIN, 1994; 1998; 2002; 2008). O processo de análise é dinâmico e criativo, onde o investigador interessa-se mais em gerar a teoria do que em descobrir os dados e, dessa forma, construir um conhecimento baseado na experiência dos próprios sujeitos.

O propósito de um pesquisador que utiliza a TFD é gerar teorias para desvelar fenômenos em dada situação, a partir da perspectiva dos participantes e como os participantes se relacionam com os mesmos. Como toda pesquisa qualitativa, a TFD possui elementos que a caracterizam de forma a diferenciá-la das demais, na qual os dados são manuseados a partir da ‘análise comparativa’ para que se desenvolvam ‘hipóteses’ (STERN; KERRY, 2009).

As hipóteses, geradas também pelo constante processo de comparação entre os dados, buscam diferenças e semelhanças entre os grupos amostrais e incidentes e podem sugerir ao pesquisador relações entre os elementos presentes nas categorias no decorrer da pesquisa. No processo de geração de hipótese, verifica-se a existência de três etapas: a indução, vinculada a ter uma intuição e, então,

transformá-la em hipótese, provisória e condicional; a dedução, que se refere à identificação de elementos que se originam das hipóteses com o propósito de verificação; e a terceira e última etapa, a verificação, que consiste em descobrir a total ou parcial qualificação de uma hipótese ou sua negação (STERN; KERRY; 2009; STRAUSS, CORBIN, 2008).

Segundo Strauss e Corbin (1998), uma teoria é mais do que um conjunto de resultados, ela tem como objetivo oferecer uma explicação sobre os fenômenos e é importante para o desenvolvimento de uma área de conhecimento. A teoria é o ato de construir, a partir dos dados, um esquema explanatório que integre sistematicamente vários conceitos através de declarações de relações. A teoria permite explicar e prever fatos, fornecendo, assim, diretrizes para a ação (STRAUSS E CORBIN, 1998).

A TFD busca apresentar a realidade a partir da percepção ou significado de contextos ou objetos em relação com as pessoas. A mesma busca desenvolver uma “teoria” a partir de dados sistematicamente reunidos e analisados (STRAUSS; CORBIN, 2008). De acordo com Strauss e Corbin (2008, p.25), “teorias fundamentadas, por serem baseadas nos dados, tendem a oferecer mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia para a ação”.

A amostra na pesquisa qualitativa, ao contrário da amostragem estatística, não pode ser planejada antes do início do estudo. No decorrer do processo é que irão surgir as decisões específicas acerca dos sujeitos a serem entrevistados (STRAUSS; CORBIN, 1998).

A análise na pesquisa qualitativa envolve uma forma radicalmente diferente de pensar os dados; a entrevista, por exemplo, é uma conversa orientada que permite um exame detalhado de um determinado tópico ou experiência; após a entrevista, realizamos a transcrição, que por sua vez irá permitir a codificação, que exige uma parada para que o pesquisador possa questionar de modo analítico os dados coletados (STRAUSS; CORBIN, 1998; CHARMAZ, 2009).

Esse tipo de análise rejeita a prática de codificar/categorizar primeiro, depois analisar. Ao invés disso, Glaser (1978, 2005), Strauss e Corbin (1998, 2002, 2008) defendem que o processo de tratamento dos dados e os processos analíticos sejam desenvolvidos concomitantemente. Ocorre que, quando os procedimentos terminam,

a teoria também está estruturada, faltando apenas desenvolvê-la. (GLASER, 2005; STRAUSS; CORBIN, 2008).

#### 4.2 LOCAIS DO ESTUDO

Os cenários selecionados para a realização do estudo foram três serviços:

- Centro de Referência Estadual no controle e tratamento de pessoas com HIV/Aids: Hospital Nereu Ramos SES/SC – Adulto, órgão da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), localizado em Florianópolis/ SC;
- Serviço de Referência Estadual na Atenção à Saúde Auditiva do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (SASA/HU/UFSC), localizado em Florianópolis/SC.
- Serviço de Referência Estadual na Atenção à Saúde Auditiva da Universidade do Vale do Itajaí (SASA/UNIVALI), localizado em Itajaí/SC.

#### 4.3 COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O recrutamento dos participantes ocorreu por contato telefônico para o local de trabalho, com apresentação dos pesquisadores envolvidos e da metodologia da pesquisa, com posterior convite ao sujeito para participar do estudo. Caso obtivesse retorno positivo, era agendado um segundo encontro para a realização da entrevista.

Foram critérios de inclusão para participar da pesquisa: ser profissional de saúde ou de gestão/administração de uma das políticas em estudo, por no mínimo dois anos e ter atuado pelo menos em uma das seguintes atividades: equipe de diagnóstico em deficiência auditiva, equipe de diagnóstico e aconselhamento em DST/Aids, gestão local na política de atenção à saúde auditiva, gestão estadual na política de atenção à saúde auditiva, gestão local na política DST/Aids, bem como gestão estadual na política DST/Aids, e estar atuando no momento da pesquisa.

O número de participantes e os respectivos grupos amostrais foram sendo configurados a partir da análise dos dados (entrevistas e memorandos) e das reflexões sobre as categorias a serem construídas.

Os grupos e participantes eram incluídos para garantir o refinamento e a densidade às categorias iniciais, utilizando a amostragem teórica como definido na TFD (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Por compreender que o objeto investigado encontrava-se situado sob duas grandes dimensões – na política de atenção à saúde auditiva e DST/Aids, bem como na organização do sistema de saúde –, buscamos, nesses dois cenários, os informantes que representassem as melhores possibilidades para a compreensão da integralidade do cuidado na organização da rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids. Portanto, compusemos os dois primeiros grupos amostrais, com profissionais de saúde que atuavam em ambas as políticas, e os seguintes com os gestores, também de ambas as políticas.

A coleta de dados se restringiu a profissionais e gestores, não sendo incluídos os usuários, porém este tópico foi bastante discutido com os orientadores do estágio de doutoramento, que refletiram juntamente com a pesquisadora, e chegou-se à conclusão de que, por não termos uma rede de atenção que já incluía as pessoas que vivem com HIV/Aids, não haveria necessidade, e muito menos faria sentido, incluir os mesmos, ou outros usuários os representando; portanto, decidiu-se por compor os grupos amostrais com profissionais, gestores e dois representantes de uma organização não governamental, de algum modo representando os usuários. Cabe destacar que, apesar das contribuições desses sujeitos, não houve diferença significativa nas entrevistas dos mesmos, comparando as categorias com os profissionais e gestores.

O primeiro grupo amostral foi composto por dez profissionais de saúde que atuavam em serviços de referência estadual de alta complexidade, credenciados pelo Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, sendo seis fonoaudiólogos, dois assistentes sociais e dois médicos otorrinolaringologistas. Realizou-se entrevista individual, semiestruturada, cujas questões iniciais foram: *Como você vê a relação entre infecção pelo HIV/Aids e a perda auditiva? Quais os desafios no cuidado dessas pessoas, pensando nessa relação?* O encaminhamento das demais questões foi direcionado pelas pesquisadoras a partir das respostas dos participantes. O segundo grupo amostral se compôs de sete profissionais de saúde, que atuavam em um serviço de referência estadual no controle e tratamento de pessoas com HIV/Aids, sendo:



quatro médicos infectologistas e três enfermeiros, cabendo ressaltar que utilizamos a mesma questão do grupo amostral anterior.

Com a hipótese de que a perda auditiva poderia estar associada a esses pacientes, e que a rede de atenção não os reconhece como usuários, o terceiro grupo amostral foi composto por quatro gestores, sendo dois representantes de municípios, e dois representantes do estado que atuavam com a Política de DST/AIDS na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí e na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; e as questões foram: *Como você organizaria uma rede de atenção à saúde auditiva para atender pessoas que vivem com HIV/Aids? Como você define uma rede de atenção à saúde auditiva?* O quarto grupo amostral foi realizado com três coordenadores estaduais da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, um coordenador regional do Município de Itajaí, dois de Florianópolis e um de São José. Com a hipótese de que a construção da rede dependeria de recomendações clínicas, protocolos e fluxos de atendimento, assim como da integração das duas políticas em questão, elaboramos as seguintes questões: *Quais as suas recomendações e/ou estratégias de cuidado para as políticas de atenção à saúde auditiva de pessoas com HIV/Aids? Pensando no conceito de integralidade, como essas duas políticas podem se integrar para atender essa população?*

E, por fim, diante da necessidade de ouvir as pessoas com HIV/Aids, que buscavam o cuidado em saúde auditiva, apesar da não existência da rede de atenção à saúde auditiva para essa população, compôs-se o quinto e último grupo amostral, formado por dois representantes de uma Organização Não Governamental (ONG), que atende pessoas que vivem com HIV/Aids. Com a hipótese de que não há um fluxo para atendimento no sistema de saúde para atendimento das pessoas com HIV/Aids que apresentam perda auditiva, questionou-se: *Quais as dificuldades para que as pessoas com HIV/Aids sejam atendidas no sistema de saúde quando têm problema auditivo? Enfrentam dificuldade ao necessitar de uma consulta com especialista na área de audição? Como vocês orientam as pessoas que pedem ajuda ou reclamam na ONG sobre essas dificuldades?*

Dessa forma, os grupos amostrais ficaram compostos por 17 profissionais e gestores, que atuavam com a PNAS, e 13 profissionais

e gestores, que atuavam na Política DST/Aids, como apresentado no Quadro 1:

Grupos amostrais (GA)	Participantes	Tempo de experiência na área	Titulação máxima
1º GA Profissionais da PNASA	6 Fonoaudiólogo	5 a 23 anos	2 Especialistas 2 Doutores, 2 Mestres
	2 Assistente Social	5 a 22 anos	1 Especialista 1 Mestre
	2 Otorrinolaringologista	5 a 11 anos	1 Especialista 1 Doutor
2º GA Profissionais da Política DST/Aids	3 Enfermeiro	9 a 19 anos	2 Especialistas 1 Doutor
	4 Infectologista	9 a 23 anos	4 Especialistas
3º GA Gestores da Política DST/Aids	Coordenador Municipal DST/AIDS	8 a 9 anos	Doutor
	Coordenador Estadual DST/AIDS		Especialista
4º GA Gestores da PNASA	Coordenador Estadual DST/AIDS	23 a 30 anos	Especialista
	Coordenador Municipal DST/AIDS		Doutor
	Coordenador Programa Regional Itajaí	8 a 17 anos	2 Especialistas Doutor
	Coordenador Estadual da PNASA		
	Coordenador do Programa Regional São José		
5º GA ONG	Coordenador Estadual da PNASA	20 anos	Especialista
	Coordenador Estadual da PNASA	9 anos	Especialista
	Coordenador do Programa Regional Fpolis	32 anos	Mestre
	Coordenador do Programa Regional Fpolis	30 anos	Especialista
	Representante Legal da ONG	10 anos	Especialista
	Presidente da ONG	27 anos	Não se aplica

**Quadro 1:** Descrição dos participantes, segundo o grupo amostral, tempo de experiência na área e titulação máxima, 2013

Fonte: Elaborado pela autora.

As entrevistas foram realizadas no período de maio de 2012 a abril de 2013, sendo gravadas em áudio, transcritas em sua íntegra, e digitadas em arquivos *Word for Windows*.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Na TFD, a teoria e análise dos dados são processos que acontecem concomitantemente. A pesquisa, então, tem a sua continuidade no momento em que são definidas categorias de análise que constituem os componentes do modelo. As categorias são organizadas e articuladas para a integração e formulação do modelo teórico explicativo do fenômeno em questão (STRAUSS; CORBIN, 1998; CHARMAZ, 2009).

A análise, na pesquisa qualitativa, especialmente na TFD, inicia-se por meio de uma análise microscópica, onde são examinadas informações específicas dos dados. O pesquisador deve ouvir **o que** os entrevistados estão dizendo e **como** estão fazendo isso. Devemos fazer perguntas, gerais e outras específicas, levando em consideração que os **dados é que são relevantes** e não os detalhes específicos. Ao fazer esta análise estamos conceituando e classificando fatos, ações e resultados. Neste processo de construção, realizamos um árduo trabalho de abstração, redução e relação, e é dessa forma que iremos conseguir diferenciar uma codificação teórica de uma descritiva, ou seja, conseguimos diferenciar uma **construção teórica** de uma simples descrição (STRAUSS; CORBIN, 1998).

O processo de definição sobre o conteúdo dos dados é a primeira etapa analítica, e a esta etapa denominamos **codificação**. Para Charmaz (2009), codificar significa categorizar segmentos de dados com uma denominação concisa que resume e representa cada parte dos dados, e representa a estrutura analítica a partir da qual se constrói a análise; a codificação é a coluna vertebral para a construção da teoria, uma vez que tem a função de unificar as ideias de um modo analítico.

Assim, a análise dos dados ocorreu de modo simultâneo à coleta, seguindo as etapas propostas pela TFD: codificação aberta, axial e seletiva. Na codificação aberta, os dados foram analisados linha por linha com o objetivo de identificar incidente por incidente. Assim, foram gerados códigos que, depois de agrupados, promoveram a elaboração dos conceitos. Na codificação axial, os dados foram

reagrupados, para se alcançar uma explicação mais clara e completa do fenômeno, relacionando categorias às subcategorias.

Segundo Charmaz (2009) e Strauss e Corbin (1998), existem tipos de codificação, e são eles: **codificação axial, aberta e seletiva**. A codificação axial relaciona as categorias às subcategorias, especifica as propriedades e as dimensões de uma categoria, reagrupa os dados que o pesquisador fragmentou durante a codificação inicial, dando coerência à análise emergente. A codificação aberta é definida como o processo por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões são descobertas nos dados. Já o processo de integrar e refinar a teoria é denominado de codificação seletiva.

A **codificação aberta** é o primeiro passo analítico que consiste no processo de separar, examinar, comparar e conceituar os dados brutos. Por dados compreendemos entrevistas, observações, textos, vídeos, entre outros, reunidos pelos investigadores. Nesta etapa, os dados brutos são analisados “linha por linha” e para cada incidente, evento ou ideia é dado um nome, formando os *códigos preliminares*. Os dados são divididos em incidentes, ideias e eventos. A seguir os códigos preliminares são reunidos, por similaridades e diferenças, dando oportunidade de elaborar os *códigos conceituais*, isto é, atribuir conceitos aos dados. Nesse sentido, podemos dizer que existem dois níveis de análise: aquele que corresponde às palavras reais dos informantes e outro que são as palavras que os investigadores utilizam para construir os conceitos. São as interpretações dos fatos. (CHARMAZ, 2006; GLASER, 2005; STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008). A seguir exemplos de codificação aberta utilizados neste estudo:

Conteúdo da Entrevista 12	Códigos Preliminares
Os três níveis, atenção básica, média e alta complexidade. Que todos tivessem bem definidos seus papéis e tudo funcionando. Que todos os profissionais que trabalham na atenção básica tivessem conhecimento de como funciona a audição, e não só os fonoaudiólogos. Todo mundo diz que não funciona	1 - Níveis de atenção – fluxo correto 2 - Disseminação do conhecimento para além da fonoaudiologia. 3 - Capacitação para todos os profissionais da atenção básica 4 - Necessidade de compreensão por todos os profissionais sobre o que é saúde auditiva 5 - Competência da fonoaudiologia:

<p>porque não tem fono no posto, mas isso não pode ficar na mão do fonoaudiólogo. Muita coisa poderia ser resolvida se os outros profissionais fossem capacitados para compreender o que é saúde auditiva. O agente de saúde, a enfermagem são profissionais que estão no dia a dia do posto, estão na ponta, na atenção básica. E o fonoaudiólogo é fundamental para fazer o diagnóstico, é da nossa competência realizar o diagnóstico.</p>	<p>realização do diagnóstico 6 - Antes do diagnóstico: usuários precisam de informação sobre saúde auditiva 7 - Prevenção – informação 8 - Trabalho é interdisciplinar.</p>
---	---

**Quadro 2:** Codificação aberta

<b>Conteúdo da Entrevista 5</b>	<b>Códigos Preliminares</b>
<p>Eu vejo que vai ser um número assustador para a gente atender daqui pra frente. Eu vejo que hoje o HIV não é mais aquela doença assustadora, que é tratável sim, que dá pra ter uma qualidade de vida com certeza, porque eu tenho uma pessoa muito próxima que tem o vírus, e tem uma vida normal, faz uso de medicação que é acessada pelo SUS. E eu vejo que vai aumentar o nosso trabalho, mas que vai garantir a igualdade para esses pacientes soropositivos. Porque eles têm os mesmos direitos que a gente. Eu acredito que vá ser mais um ganho, e eu acho que a pesquisa vem bem pra alertar a gente sobre isso. Porque, mesmo trabalhando com saúde auditiva, eu nunca havia imaginado que poderia ser uma implicação da doença, do vírus, do HIV. Eu não imaginava que poderia prejudicar a</p>	<p>1 – Preocupação com a demanda 2 – Qualidade de vida – medicação ARV/SUS 3 – Acesso – igualdade - direito 4 – Desconhecimento sobre a relação HIV/Aids e perda auditiva 5 – Pesquisa – promoção, prevenção e proteção à saúde</p>

saúde auditiva também. E eu vejo que se a gente começar a prevenir a gente terá melhores resultados, acho que vem aí mais trabalho de promoção, prevenção e proteção à saúde, a partir desse trabalho.	
--	--

**Quadro 3:** Codificação Aberta

Segue-se a análise com o agrupamento de códigos conceituais para formar as categorias (**codificação axial**). Esse processo de construção de códigos preliminares e conceituais compõe a etapa também denominada de *microanálise* (CHARMAZ, 2006; GLASER, 2005; STRAUSS, CORBIN, 2002; 2008), o qual inclui a codificação aberta e a axial. A microanálise, portanto, envolve exame, interpretação e interação dos dados. Um aspecto que merece ser destacado, nesse processo, é a interação que ocorre entre os dados e o investigador ao coletar e ao analisar. Esse processo de interação significa que o investigador “está reagindo ativamente aos dados e trabalhando com eles”. (STRAUSS, CORBIN, 2008, p. 66). Nesse sentido, os autores destacam que “a experiência e o conhecimento sensibilizam o pesquisador para problemas e questões importantes nos dados, permitindo-lhe ver explicações alternativas e reconhecer propriedades e dimensões de conceitos emergentes” (Idem, p. 66), a partir de um nível considerável de *abstração*. Os autores acentuam que a experiência não é usada como dado, mas que o investigador pode se utilizar dela para dar maior consistência aos conceitos emergentes e melhor delimitação do(s) fenômeno(s). A seguir exemplo de codificação axial utilizada neste estudo:

Conceitos provisórios	Códigos Conceituais
Valorizando a aproximação do fono com os profissionais (atenção básica e DST/Aids) A aproximação com os profissionais (atenção básica e DST/Aids) como instrumento de conhecimento Aproximação dos profissionais como instrumento para integralidade	<b>Valorizando a qualificação dos profissionais</b>

Atitude de ouvir Repasse de informações Cuidado eficaz	<b>Qualificando a gestão</b>
O conhecimento como ferramenta de gestão	<b>Disseminando informações</b>

**Quadro 4:** Agrupando conceitos em categorias – codificação axial

<b>Conceitos provisórios</b>	<b>Códigos Conceituais</b>
Desconhecimento sobre a relação entre HIV+ e perda auditiva Percepção da perda somente em casos terminais (neurológicos) – por equipe médica, e enfermagem somente em hospitais (restrito) Desconhecimento da equipe médica (infetologista) – não dá importância ao sintoma – quando paciente refere	<b>Revelando o desconhecimento sobre a relação HIV/Aids e perda auditiva</b>
Desconhecimento sobre quais são as causas da perda: vírus/medicação ototóxica/doenças oportunistas/envelhecimento precoce (HIV/Aids)	<b>Desconhecimento científico (causa/topodiagnóstico)</b>
O desconhecimento como barreira para o diagnóstico precoce (não referem sintomas – perda inicia em frequências agudas)	<b>Desconhecimento das pessoas que vivem com HIV/Aids</b>

**Quadro 5:** Agrupando conceitos em categorias – codificação axial

De acordo com Sousa (2008), didaticamente, a codificação axial inicia-se a partir do agrupamento dos conceitos em categorias e mantém-se no processo de relacionar categorias às suas subcategorias. É denominada axial porque ocorre em torno de um eixo de uma categoria. O objetivo do investigador, nesta etapa, é começar o processo de reagrupamento dos dados que foram separados quando da codificação aberta. Na codificação axial, as categorias são relacionadas às subcategorias no sentido de obter

uma explicação mais clara e completa sobre o fenômeno assim como as suas propriedades e dimensões.

No caminhar da construção da teoria, na TFD, ainda temos a redação do **memorando**, ou seja, é a etapa intermediária fundamental entre a coleta de dados e a redação dos relatos de pesquisa, e tem como papel principal incentivar o pesquisador a analisar os dados e códigos no início do processo de pesquisa (CHARMAZ, 2009). A seguir exemplo de memorando utilizado nesta investigação:

### **Memorando**

**Data: julho de 2012**

#### **Situação: Entrevistas com gestores estaduais (PNASA) (DST/aids)**

A aproximação com os profissionais da área da gestão foi gratificante e ao mesmo tempo frustrante. E parece que para ambas as partes. Interessante perceber a diferença de postura, a recepção dos profissionais, em cada uma das políticas. Em relação à saúde auditiva os profissionais demonstram um sentimento de sofrimento pelas dificuldades diárias enfrentadas em uma rede que parece não funcionar de forma ideal. As condições de trabalho não colaboram para que haja um envolvimento maior dos profissionais subordinados diretamente à gestão estadual. No entanto, em relação à DST/Aids, toda e qualquer ajuda parece bem-vinda, a sensação é de que as coisas estavam bem piores, a situação era ruim, e agora, com pesquisas e trabalho árduo, o Brasil é referência no tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids. A receptividade é total e irrestrita, querem saber, conhecer e ajudar. Essas contradições, no mesmo sistema de saúde, merecem mais questionamentos. Preciso pensar mais a respeito, e questiono: por que um grupo parece fortalecido e outro impotente diante da realidade de trabalho?

**Quadro 6** - Exemplo de Memorando. Fonte: elaborado pela autora.

Strauss e Corbin (1998) definem o memorando como registros escritos de análise que podem variar em tipo e formato, como: notas de codificação, notas teóricas e notas operacionais. As notas de codificação são memorandos contendo os produtos reais dos três tipos de codificação: aberta, axial e seletiva; enquanto que as notas teóricas são aqueles memorandos sensibilizadores e resumidos que contêm as considerações e ideias do pesquisador sobre a amostragem teórica e outras questões. Já as notas operacionais são aqueles que contêm direções de procedimentos e lembretes.



Ao nos referirmos à **amostragem teórica** na TFD, queremos dizer que o pesquisador deverá construir sua amostragem durante o processo de pesquisa, uma vez que ela é baseada nos conceitos que surgem na análise dos dados e que têm relevância para a teoria evolutiva (Strauss e Corbin, 1998). Para Charmaz (2009), esta visa buscar os dados pertinentes para desenvolver a teoria emergente, tendo como principal objetivo elaborar e refinar as categorias que constituem a teoria. Ainda segundo essa autora, a amostragem inicial na TFD é onde você começa, enquanto que a amostragem teórica é a que irá orientar onde o pesquisador deve ir. A finalização do processo de coleta de dados das categorias teóricas, na TFD, ocorre quando as categorias estão saturadas, ou seja, quando a coleta de dados não desperta mais *insights* teóricos, e também não nos mostra novas propriedades das categorias teóricas centrais (CHARMAZ, 2009).

Ao fazer esse nível de associações entre categorias, os autores sugerem construir um esquema para organizar e explicar as conexões emergentes. A esse esquema organizacional os autores chamam de *paradigma*. Trata-se de uma estrutura analítica que “ajuda a reunir e a ordenar os dados sistematicamente, de forma que estrutura e processo sejam integrados” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 128). Esse modelo estabelece uma relação entre as categorias envolvendo o fenômeno, o contexto, as condições causais e intervenientes, as estratégias de ação/interação e as consequências.

Assim, seguindo essas fases de análise, na fase da codificação seletiva, as categorias e subcategorias encontradas anteriormente foram comparadas e analisadas continuamente com o objetivo de fazer emergir a categoria central ou o fenômeno, para assim desenvolver a explicação teórica (STRAUSS; CORBIN, 2008). Alcançou-se a saturação dos dados com a repetição das informações e consolidação das categorias encontradas. A partir do modelo paradigmático (STRAUSS; CORBIN, 2008) como estrutura guia da organização dos dados, emergiu o fenômeno: “*Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids*”, amparado por cinco componentes: contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias e consequências.

O *fenômeno* constitui-se na ideia central sobre a qual um conjunto de ações ou interações é conduzido pelas pessoas. É o termo que responde à pergunta: O que está acontecendo aqui? Na

codificação, categorias representam fenômenos. *Contexto* é onde acontece o fenômeno. Representa o conjunto específico de condições no qual as estratégias são tomadas. *Condição* é um conjunto de fatos ou acontecimentos que criam situações, questões e problemas pertencentes a um fenômeno. As *condições causais* são eventos, incidentes ou acontecimentos que levam à ocorrência ou ao desenvolvimento de um fenômeno. São circunstâncias ou situações nas quais o fenômeno está incorporado. Respondem às perguntas: Por quê? Onde? De que forma? De uma forma mais simples são situações que influenciam o fenômeno. As *condições intervenientes* são aquelas que alteram o impacto das condições causais no fenômeno, podem facilitar, dificultar ou restringir as estratégias. As *estratégias* são respostas das pessoas ou grupos aos acontecimentos e indicações sobre como elas se relacionam umas às outras. São atos praticados para resolver um problema. São atos propositais ou deliberados, praticados para resolver um problema. Respondem às perguntas: Quem? Como? Quais estratégias são utilizadas pelos profissionais para conduzir, lidar e responder a um fenômeno? *Consequências* são os resultados das ações. O que acontece como resultado dessas ações? Delinear consequências e explicar como elas alteram o fenômeno permite ao investigador explicações mais completas (STRAUSS; CORBIN, 1994; STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008). Segundo Bettinelli (2001), para construir uma teoria que possua uma densidade conceitual, o pesquisador focaliza, direciona seu olhar para alguns aspectos da realidade, para assim compreendê-la e interpretá-la.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Utilizaram-se os aspectos da Resolução nº 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que dispõem sobre Diretrizes e Normas Regulamentares da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e discorrem sobre os princípios da bioética: autonomia, beneficência, justiça, não maleficência. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob o nº 34564. Todas as pessoas que preencheram os critérios estabelecidos para participarem da pesquisa e foram convidadas a integrar o estudo foram entrevistadas

somente após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Os instrumentos de pesquisa e registros dos dados serão mantidos sob a guarda do pesquisador por cinco anos a partir da divulgação dos resultados. As informações fornecidas foram utilizadas na elaboração desta tese de doutorado, bem como poderão ser publicadas em livro, periódicos e/ou ter divulgação em eventos científicos. Foi solicitada permissão para realização da pesquisa nas instituições escolhidas, sendo para isso apresentada uma declaração de permissão e ciência. Para preservar a identidade dos participantes empregou-se uma combinação formada pela letra E, para a identificação das falas, seguida de número correspondente à sequência das entrevistas realizadas (E1, E2 a E30).



## 5. RESULTADOS

Neste capítulo, estão apresentados os resultados no formato de três manuscritos, conforme Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Entretanto, para que o leitor tenha conhecimento detalhado dos achados, julgou-se pertinente a apresentação descritiva dos mesmos com base nos componentes do paradigma ou modelo paradigmático proposto por Strauss e Corbin (2008), anterior à apresentação dos manuscritos.

### 5.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS SEGUNDO O MODELO PARADIGMÁTICO

O modelo de estudo, *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), propõe a organização sistematizada e integrada dos achados do estudo em seis componentes: Fenômeno, Contexto, Condições Causais, Condições Intervenientes, Estratégias e Consequências, que ao serem integradas darão origem à categoria central ou fenômeno; e é a partir disso que emerge o modelo teórico *Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids.*

#### 5.1.1 Contexto

O Componente Contexto do fenômeno “*Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids*” é formado por duas categorias: *Desconhecimento da relação entre HIV/Aids e perda auditiva*, e *Demonstrando o interesse pelo cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids e a relação infecção pelo HIV e perda auditiva*.



**Figura 1:** Diagrama do Componente Contexto

Fonte: elaborado pela autora<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Todas as figuras/diagramas presentes nesse trabalho foram concebidas e elaboradas pela autora, porém a construção gráfica foi realizada pelo designer gráfico Tarik Assis, sob a supervisão da mesma.

## DESCONHECIMENTO DA RELAÇÃO ENTRE HIV/AIDS E PERDA AUDITIVA

### **Revelando o desconhecimento dos profissionais e gestores sobre a relação entre HIV/Aids e perda auditiva**

Nesta subcategoria, emerge um dos significados que aponta para a necessidade de estudos, discussões interdisciplinares e divulgação acerca da temática HIV/Aids e perda auditiva. Segundo os participantes, existe a possibilidade de a lesão ser em sistema nervoso central, e eles a relacionaram com o uso de medicações antirretrovirais, além de citarem estudos realizados com crianças, não revelando nenhuma preocupação com a população adulta, como ilustram a seguintes falas:

Eu lembro que há um tempo, eu li os trabalhos da Carla Gentile Matas, ela fez com crianças, alguma pesquisa com mães, fez avaliação comportamental, eu lembro que as crianças tinham ausência de reflexo cócleo-palpebral, que é um sinal central. [...] E imagino que pela medicação antirretroviral que eles tomam, tenha relação com a surdez, não sei os efeitos, mas imagino que seja significante. (E1)

Nas leituras que a gente tem aí e que hoje começam a crescer sobre as complicações, as morbidades nos pacientes que vivem com HIV/Aids. E tem muito a ver e que vem sendo muito discutido são as doenças de origem neurológica, quer dizer doenças neurológicas e Aids, doenças cardiovasculares e Aids, doença renal e Aids, doença óssea e Aids. Especificamente em relação à saúde auditiva não, mas fazendo parte de um rol de sintomas que os pacientes apresentam e na prática eu tenho visto com alguma frequência isso. (E24)

A única coisa que eu soube é que as infecções oportunistas fazem com que eles tomem muitos medicamentos ototóxicos, e acabam prejudicando

a audição em função disso. Não é a Aids em si, não é o HIV em si só que vai causar a surdez. Foi o que eu aprendi, mas é muito básico. Eu nunca li sobre isso e não fui pesquisar a fundo. (E2)

Não sei muita coisa sobre esse tema, e acho até que não deve ter muita publicação. Na verdade, já ouvi falar alguma coisa, mas por cima. Então, acredito que outros profissionais também não saibam, não vejo discussões em congressos, não incluo nenhuma questão sobre audição na anamnese, e não encaminho para avaliação auditiva, não achava necessário. (E12)

Não sei quase nada, e de vez em quando, agora que você está falando sobre isso, percebo que alguns pacientes parecem desligados, não entendem as orientações sobre como administrar as medicações. E pode ter relação com isso! Pode ser surdez. Mais uma coisa pra gente perguntar! (E6)

Assim, os participantes pareciam surpresos ao saberem da relação entre a infecção pelo HIV e a perda auditiva e por desconhecimento não realizavam cuidado específico. No entanto, alguns profissionais, principalmente da área de enfermagem, relataram apenas observar se houve mudança no comportamento do paciente, geralmente após o questionamento do infectologista. Percebiam que o próprio paciente não se queixava e que, diante da suspeita de uma perda revelavam sentir angústia pela demora na confirmação do diagnóstico:

Pra mim foi surpreendente! Não fazemos nada específico, não temos uma rotina de enfermagem para isso. Jamais eu pensei que a simples infecção do HIV causasse uma perda auditiva! Eu sei que em muitas patologias está associada ao HIV, e agora existe também a perda auditiva. E com certeza vai ficar na mão da enfermagem. Porque a maioria das coisas aqui é assim, o médico dá o diagnóstico e diz: “Vai lá e fala com a enfermagem.” (E4)



A escassez de publicações na área, e os fatores múltiplos que podem causar a perda auditiva nas pessoas que vivem com HIV/Aids também estiveram presentes no discurso dos profissionais da saúde, principalmente dos otorrinolaringologistas.

Li poucos artigos na residência, na verdade na época estavam começando alguns estudos fora, não tinham estudos nacionais. Sei que agora já temos, mas são poucos ainda. E a dificuldade era saber as causas. Pode ser pela medicação antirretroviral, ou medicações ototóxicas utilizadas para tratar as doenças oportunistas. O HIV é uma infecção viral, e pode causar uma perda neurossensorial, e alguns estudos relatam sinais centrais. E também tem as doenças oportunistas, as neurológicas são as piores. (E23)

[...] E como vamos fazer o diagnóstico da causa? Acredito que nunca, não vejo uma forma de separar isso tudo... sei lá, acho bem complicado tentar fazer topodiagnóstico nessa população. É como te disse lá no começo, sabemos pouco sobre essa relação. Mas também não é por isso que não iremos fazer nada. Não estou dizendo isso! (E29)

Foram consideradas três principais causas de perda auditiva nesta população: uso prolongado de medicação ototóxica ou antirretroviral, doenças oportunistas e o vírus atuando no nervo auditivo. Outro problema referido pelo grupo é a dificuldade em separar, nas pesquisas, quais fatores estão atuando na perda auditiva, em determinado paciente, e em um determinado momento de sua vida, uma vez que a mesma pessoa pode ter uma ou mais causas durante vários momentos da vida.

### **Desconhecimento das pessoas que vivem com HIV/Aids sobre o agravo perda auditiva**

Nesta subcategoria, percebe-se que as pessoas que vivem com HIV/Aids não percebem a perda auditiva como um problema. Quando chegam a se referir é porque já estão com uma perda permanente e com um grau que dificulta na comunicação. Desse modo, os participantes

ênfatizam este aspecto e se referem à necessidade de orientar os pacientes para observarem sinais e sintomas da perda auditiva, de modo que consigam ajudar a equipe de saúde a realizar uma avaliação o mais precoce possível.

Sabe quando eu identifiquei perda auditiva em um paciente? Só paciente com quadro neurológico. Esse eu lembro bem, porque não ouvia nada. E a gente sabe que casos complicados, que não tratam direito, não usam a medicação corretamente, e vêm as doenças oportunistas. Porque no consultório, com aquele paciente que faz tudo certinho, eles não referem. Não no começo, e se como você disse, a perda pode ser progressiva, então piorou. Ele não percebe, nós menos ainda. (E7)

O que a gente precisaria fazer já que os pacientes não se percebem com perda auditiva, mas eles se queixam que estão com zumbido constante, eu deito e boto a cabeça no travesseiro e não para de zumbir. [...] Eles referem que têm tontura muito frequentemente, que não consegue ficar de pé sozinhos, outros falam do zumbido e alguns se queixam de que a audição está diminuindo, que ele tem que aumentar o volume do celular pra ouvir o que está conversando e coisa e tal. E agora a gente tem que prestar atenção nisso e eles também. (E24)

## DEMONSTRANDO INTERESSE PELO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

### **Percebendo o interesse e a necessidade dos profissionais na compreensão da problemática**

Nesta subcategoria, os participantes reconhecem o caráter inovador, demonstram interesse em conhecer o tema abordado no estudo, sente-se instigados a participar de capacitação e treinamentos, bem como percebem a necessidade de compreender melhor a relação

entre HIV/Aids e perda auditiva, as consequências para aos pacientes e como construir, em equipe interdisciplinar, novos protocolos de cuidado nessa área.

Outra coisa óbvia é que o médico, o infectologista vai precisar de treinamento, de ferramentas para compreender melhor essa relação. Não acredito que nossa função seja ficar solicitando exames, e quando o resultado voltar? O que eu faço com isso? Tenho que entender o resultado, saber como tratar, se for o caso, conhecer a rede, se precisar encaminhar para o outro especialista. Não é tão simples assim. Eu fiquei curioso, e ao mesmo tempo preocupado, os gestores, digo lá em Brasília, terão que saber disso também e agir, juntar os profissionais das áreas da audição e do HIV, construir isso junto. (E6)

Vou te confessar uma coisa. Eu fui ler sabe, fiquei curiosa quando você marcou a entrevista, e vi que a perda é progressiva, então deve ser por isso que o paciente não reclama. E é também por isso que às vezes o médico sai do consultório e pergunta se a gente percebeu alguma coisa, se o paciente está falando mais alto. E aí a gente observa, na próxima consulta discutimos, e ele até pede uma avaliação, mas isso demora. Porque onde vamos conseguir os exames para confirmar isso? Aqui já tivemos pacientes que ficaram dois anos na fila. Fica todo mundo angustiado! (E4)

Isso é uma coisa nova, e há vinte anos ninguém ia pensar que tinha que criar um serviço de otorrinolaringologia e fonoaudiologia para atender pacientes com HIV+. Isso é coisa nova! Então tem que fazer pesquisa, e por isso é uma tese, é inovador o teu estudo! E essa tese vai contribuir para que a gente tenha um dado e faça o que deve ser feito. Porque realmente em cima de uma tese, de um estudo, nós temos que agora criar serviços para dar suporte a essa população que está ficando

surda. São milhares de pessoas que precisam desse atendimento, mas só agora sabemos disso. É questão de a gente ter agora sim, pra isso que o SUS existe pra que a gente possa organizar o serviço, de forma estruturada para dar atenção ampla para que todas as especialidades, médicos e outros profissionais, possam atender esse paciente crônico. (E17)

Relataram, ainda, que, por ser um estudo novo, precisam organizar o serviço, de forma estruturada, de maneira que as pessoas que vivem com HIV/Aids, que é uma condição crônica, possam ter um bom atendimento nessa área.

### **Reconhecendo a especialização como um fator limitante para o cuidado integral**

Os participantes acreditam que a especialização, a divisão da ciência em diversas áreas é um dos fatores que limita o cuidado integral, e o trabalho em equipe, tendo como consequência os “gargalos” na rede, a referência e contrarreferência não funciona por falta desses especialistas, e estes acabam sendo os profissionais a que os pacientes não têm acesso, dificultando o prosseguimento do tratamento, como exemplificam as falas:

É bem complicado isso no dia a dia, um cuida do ouvido, o outro do olho, um da parte social, o outro da psicológica, e assim vai. Então isso afeta sim o atendimento, não vemos um ser, e sim um pedaço do corpo com problema, e o meu pedaço. Fico incomodada com isso, fico me questionando sobre as especializações. Hoje temos de volta o médico da família, mas mesmo assim a formação dos profissionais não é voltada para o trabalho em equipe. E hoje, se vamos ler as portarias, as políticas públicas, existe a exigência das equipes mínimas. São vários profissionais que se complementam, mas que nunca trabalharam juntos, muitas vezes nem sabem o que o outro pode contribuir para o seu próprio atendimento. E

aqui, com esse seu trabalho, pra mim fica escancarado. São duas políticas, cheia de profissionais, cada um com seu conhecimento específico. Não creio que a especialização vá acabar, mas a maneira como a formação é feita deveria ser repensada. (E5)

Sabe o que me deixa mais chateada, essa questão do especialista. Sempre que precisamos não tem na rede, o otorrino então nem se fala. E fico com isso martelando, e pensando por que a formação não é mais abrangente, ou por que o sistema não distribui melhor esses profissionais na rede. Alguma coisa tem que ser feita. Eu colocaria o profissional no nível de gestão de acordo com a necessidade da população local, e não deixar o especialista longe, inacessível, como um ser que sabe tudo, e no fim não resolve nada, porque o paciente não chega nele. (E13)

Às vezes só precisamos orientar o paciente, e não é nossa área, não sabemos o que fazer e fica esse impasse: pra onde mandar? E isso é muito complicado na rotina do SUS, irritante às vezes, e confesso que alguns colegas são inacessíveis mesmo, e criam aqueles gargalos na rede, impossível chegar e prosseguir com o tratamento. (E27)

Destaca-se que, apesar de as políticas públicas exigirem equipes mínimas para o atendimento da população, os profissionais parecem ainda ter dificuldade em trabalhar de modo interdisciplinar, complementando o cuidado, e integrando as ações em saúde, assim como tem o desafio de encaminhar as pessoas que vivem com HIV/Aids ao especialista, neste caso, o otorrinolaringologista, uma vez que não há profissionais suficientes na rede, conforme relatam os participantes.

**Considerando a condição de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids como um desafio ao diagnóstico da perda auditiva**

Evidencia-se outro desafio para a realização do diagnóstico precoce em pessoas que vivem com HIV/Aids, a condição de vida dessa população, geralmente caracterizada por pessoas de baixa renda, baixa escolaridade, crianças órfãs, e ou por aqueles que não aderem ao tratamento e apresentam múltiplos fatores de risco para a perda auditiva.

Eu tive um grupo de pesquisa com crianças durante cinco anos, mas eram bebês, e foi muito difícil, não conseguíamos fechar diagnóstico, não vinham, as condições sociais péssimas, mas tinham atraso de linguagem e muita otite de repetição. (E13)

A quantidade de fatores de risco que ele possa ter junto é grande. Por exemplo, se teve doença oportunista, tempo de infecção que ele não sabia... tem muitos fatores aí, mas com certeza é um paciente que requer um olhar mais apurado. (E23)

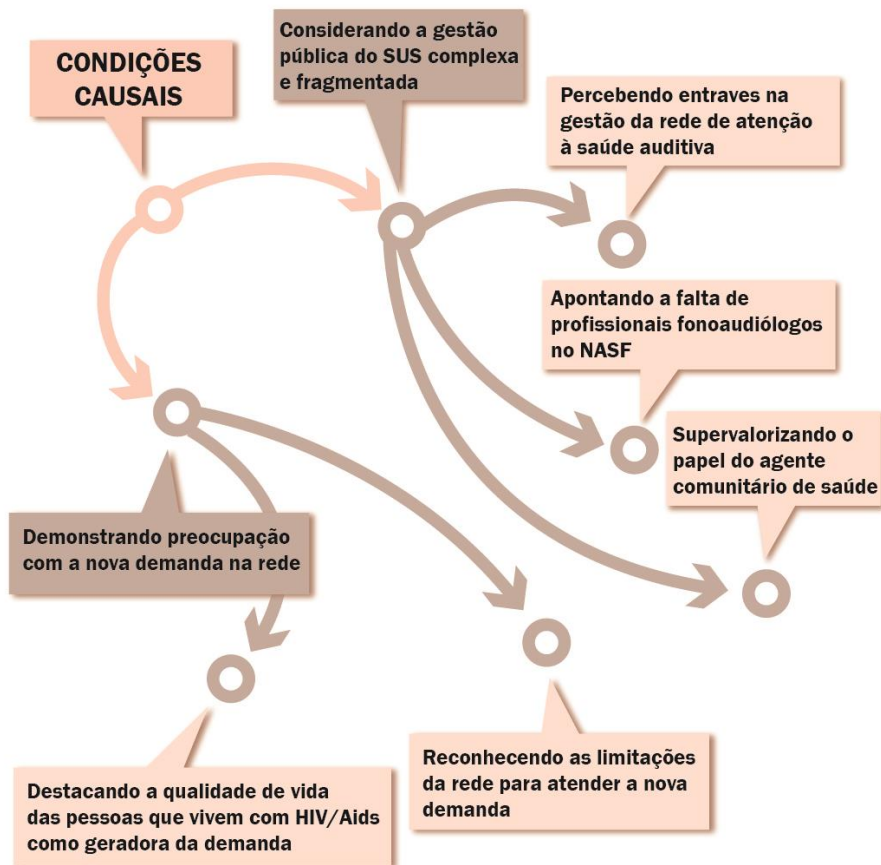
[...] porque você pega uma população de menor renda, menor acesso a informação, não só acesso a informação, mas de menor entendimento sobre a informação. Então isso é complicado, emperra o tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids hoje, e agora fico imaginando em relação à perda auditiva, não vai ser fácil. (E7)

Adesão ao tratamento, capacidade de entendimento das informações, os fatores de risco envolvidos em cada caso são algumas das dificuldades apresentadas pelas pessoas que vivem com HIV/Aids para a realização do diagnóstico da perda auditiva, assim como a intervenção precoce. Evidencia-se, por meio do discurso dos participantes, que temos um longo caminho a percorrer para a inclusão dessa população à rede de atenção à saúde auditiva, bem como fatores que estão implicados no risco e vulnerabilidade de adoecer.

### **5.1.2 Condições causais**

As Condições Causais do fenômeno *“Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids”* são

formadas por duas categorias: *Considerando a gestão pública do SUS complexa e fragmentada* e *Demonstrando preocupação com a nova demanda na rede*.



**Figura 2:** Diagrama do Componente Condições Causais

Fonte: elaborado pela autora

## CONSIDERANDO A GESTÃO PÚBLICA DO SUS COMPLEXA E FRAGMENTADA

### **Percebendo entraves na gestão da rede de atenção à saúde auditiva**

Os participantes do estudo esclarecem que há alguns problemas no sistema de saúde, e que para iniciar o atendimento dessa nova demanda há necessidade de integrar as duas portarias mais envolvidas nessa discussão. Queixam-se da falta de estrutura física, da falta de profissionais na área audiológica, tanto médicos especialistas, ou seja, otorrinolaringologistas, quanto fonoaudiólogos, o que acaba gerando os “gargalos” no sistema de saúde, referem também a falta de equipamentos como um item necessário para a realização do diagnóstico da perda auditiva, conforme o relato dos mesmos:

Não temos para quem pedir uma simples audiometria, se precisa do otorrino, ficam anos na fila. Mas tem que aproveitar essa rede que já está aí, a de saúde auditiva, mas com mais presença do município. Na verdade são as duas redes que precisam trabalhar juntas, de saúde auditiva e de DST/AIDS [...] fazer fluir, porque como está hoje fica bem complicado, não anda. E os gestores que me desculpem, mas o problema é lá, nesse sistema fragmentado, que já é complexo e desorganizado, fica mais ainda. (E19)

Bom, aí tem o problema de demanda de profissionais, tanto otorrino quanto fono, são poucos que trabalham no SUS. Precisaria contratar e comprar os equipamentos. Não só para essa população que estás estudando, a população geral sofre com essa ausência de serviços, principalmente na atenção básica. É complexo demais, pra deixar qualquer gestor maluco, no papel funciona, mas na prática é bem diferente. E aí fica essa estrutura enorme e fragmentada, complexa demais e que não funciona. Porque não vem me dizer que funciona! Porque ficar dois



anos na fila esperando uma audiometria, não funciona! (E11)

Não temos uma rede para cuidar desses pacientes, aqui não tem e provavelmente no Brasil todo não tenha. Temos que discutir isso e fazer mudar de alguma forma. Ter fonoaudiólogo nessa equipe é fundamental e não só para alterações auditivas, para todas as alterações como disfagia e problemas de comunicação. Na rede atual já temos muitos obstáculos, falta profissionais, equipamentos e uma boa gestão de tudo isso. A gestão é fragmentada demais! (E1)

[...] mas devemos garantir que essa audiometria seja realizada, como está hoje não dá. Deve levar o quê, um ano, dois, para fazer esse exame na rede? Acho que é uma proposta bastante avançada, o Ministério da Saúde ainda não tem esse tipo de protocolo de avaliação audiológica, mas a rede tem que mudar, a gestão tem que organizar isso, com os gargalos que temos hoje não dá, e isso é problema do gestor, e traz esse desafio que é estruturar uma rede, organizar essa rede. (E24)

Ainda, os participantes reconheceram que o maior desafio para a inclusão das pessoas que vivem com HIV/Aids à rede de atenção à saúde auditiva é a organização da estrutura desse sistema de saúde, e, acreditam que o problema esteja na organização e gestão dos fluxos, principalmente referentes aos especialistas e à referência e contrarreferência.

### **Apontando a falta de fonoaudiólogos no Núcleo de Atenção à Saúde da Família**

Nesta subcategoria, tanto os profissionais, quanto os gestores reconhecem que há necessidade de incluir fonoaudiólogos na atenção básica, e que, com a presença destes, toda a rede se beneficiaria, uma vez que o trabalho de orientação à população e equipe, diagnóstico

básico das alterações e distúrbios fonoaudiológicos, e monitoramento dos distúrbios, assim como o matriciamento, seriam funções exercidas pelo profissional, diminuindo os encaminhamentos equivocados para a média e alta complexidade, melhorando o fluxo dos serviços de saúde. Seguem-se os exemplos das falas:

Não temos fonos no NASF, e aqui sente falta, ele que vai capacitar o agente de saúde. Quantos riscos para déficit de comunicação a população tem? O HIV é mais um. E quantos fonos tem? É desproporcional. Eu acho que é isso que precisa, mais até que o otorrino, na verdade precisamos deles na avaliação, mas no acompanhamento desses pacientes o fono é fundamental, e não tem. É tudo na atenção básica, precisa urgente, pra ontem, ia melhorar muito a qualidade do atendimento na média e alta, e ia melhorar o fluxo dos serviços. Entendeu? (E14)

Então eu acho que a atenção básica tem que melhorar essa entrada, tem muito pouco profissional da nossa área na atenção básica, então esses laudos de surdez já estariam com os pacientes, média e alta não precisaria fazer, principalmente daqueles que não são surdos. Então falta contratação de fonoaudiólogos na atenção básica, no NASF, e isso iria fazer muita diferença. (E15)

Desse modo, os usuários entrariam na rede de uma forma mais fácil e justa, evitaria o estrangulamento no sistema de acesso aos demais níveis de atenção, bem como contribuiria para a garantia do atendimento integral, acesso universal e igualitário, com gerenciamento eficaz e resolutivo do sistema de saúde, como preconizam os princípios e diretrizes do SUS. Os Núcleos de Atenção à Saúde da Família são formados por equipes interdisciplinares, cujas ações de saúde estão voltadas para promoção, prevenção e proteção à saúde. Assim como qualquer outro profissional, o fonoaudiólogo é de extrema importância para compor esta equipe, uma vez que por meio do matriciamento todos os profissionais podem conhecer melhor a realidade do território, seus

problemas, suas necessidades e demandas, além de identificar casos que necessitam ser referenciados aos serviços de saúde auditiva de média e alta complexidade.

### **Supervalorizando o papel do agente comunitário de saúde**

Os participantes do estudo reconhecem a necessidade em estabelecer parcerias, principalmente na atenção básica, e destacam o agente comunitário de saúde (ACS) como um desses “profissionais”, uma vez que o mesmo está em contato direto com a população ao exercer suas funções junto à população atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF). Seguem abaixo algumas falas:

Para manter o contato com os municípios, se não tiver um fono na rede, sabe, eu poderia estar trabalhando com um enfermeiro, com os próprios agentes comunitários de saúde, que a gente faz a capacitação para eles. Mas, na verdade, se não tem aquele profissional que está com olhar pra isso, entendeu, o agente comunitário tem um milhão de coisas para ver. A enfermeira também, é difícil pra eles. Mas, enquanto não temos o fono, esses profissionais seriam a parceria mais fácil e tranquila, porque eu acho que isso que você está falando aí depende da atenção do profissional para aquela questão, [...] porque tenho certeza que se você não fosse fono, você não iria nem levantar essa questão. Essa do HIV e perda auditiva. (E14)

Desde o agente de saúde que tem contato direto com a população, toda equipe que está nas UBS, enfermagem, médicos que são os principais que estão em contato. Mas o agente de saúde é fundamental, porque quando ele vai na casa, vê que tem uma criança ou idoso com fatores de risco pra surdez, ele tem que saber que fatores são esses, e hoje eles não sabem. Seria muito importante ele ter esse conhecimento, eu acho que não tem. (E1)

Entendem que outros profissionais também são fundamentais, que há necessidade de capacitação, para reconhecimento dos pacientes com risco para perda auditiva, e que a enfermagem, apesar de ser o profissional ideal, não consegue dar conta de toda a demanda exigida para a sua função na atenção básica, então sugerem uma aproximação junto aos ACS, uma vez que não há fonoaudiólogos atuando na ESF.

## DEMONSTRANDO PREOCUPAÇÃO COM O AUMENTO DA DEMANDA NA REDE

### **Destacando a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids como geradora da demanda**

Nesta subcategoria, os participantes destacam que o avanço na terapêutica do HIV/Aids trouxe como consequência positiva o aumento da sobrevida, e da morbidade, diminuindo assim a mortalidade, e com qualidade de vida. Esses fatores geram a demanda para atendimentos de acompanhamento dessa população, principalmente em relação aos agravos advindos das relações existentes entre a infecção pelo HIV e outras doenças, que vão surgindo no decorrer do tempo e das pesquisas realizadas. Seguem-se então exemplos dessa natureza:

Realmente tem uma relação muito grande e a gente sabe que hoje em dia mudou muito a forma de ver um portador de HIV. Antigamente, a gente pensava que não teria muita expectativa de vida, mas hoje não, com o sistema de saúde oferecendo a medicação, a sobrevida dessas pessoas é grande e nós temos que nos preocupar com a qualidade de vida dessas pessoas. A gente convive com essas pessoas e nem sabe, então tem que entrar como um dos indicadores de perda auditiva o HIV/Aids. Tem que se pensar no cuidado, na assistência a essas pessoas, que têm esse agravo que é a perda de audição. São dois problemas em um só. Duas doenças que levam a estigmas e isolamento. Temos que planejar isso, como atender esses pacientes. (E1)

Na verdade, a consequência dessa demanda vem da qualidade do programa brasileiro, estou falando do HIV/Aids. O governo investiu, e quando o paciente adere ao tratamento ele vive bem, com uma boa qualidade de vida, não morre mais, e a surdez deve ser uma preocupação, porque tira essa pessoa do convívio social, ele fica isolado, deprime. (E8)

Desse modo, as pessoas que vivem com HIV/Aids necessitam de um cuidado voltado para a prevenção, acompanhados por equipes interdisciplinares com o objetivo de amenizar os efeitos das morbidades e agravos advindos da doença e seu tratamento, uma vez que, além do estigma do HIV, a surdez traz consigo o isolamento, pois limita o convívio social.

### **Reconhecendo as limitações da rede para atender a nova demanda**

Nesta subcategoria os participantes reconhecem que a rede de atenção à saúde auditiva, do jeito que está configurada no momento, não tem capacidade para dar conta da demanda advinda desta população com HIV/Aids, e demonstram preocupação com a implantação da rede de atenção para o atendimento dessas pessoas:

Então, nós não estamos com a rede pronta pra poder dar conta de toda essa demanda. Estamos mais avançados que outros estados até, mas ainda faltam algumas coisas pra dizer que a rede está funcionando bem. Precisamos de planejamento para receber esses pacientes, desde a porta de entrada até a média e alta. (E19)

Tem que ter uma estrutura que dê conta de executar essa demanda. E então, quando a gente chega a nível municipal isso pega. Tem que ser bem planejado, organizado e pra isso precisa de decisão política. (E24)

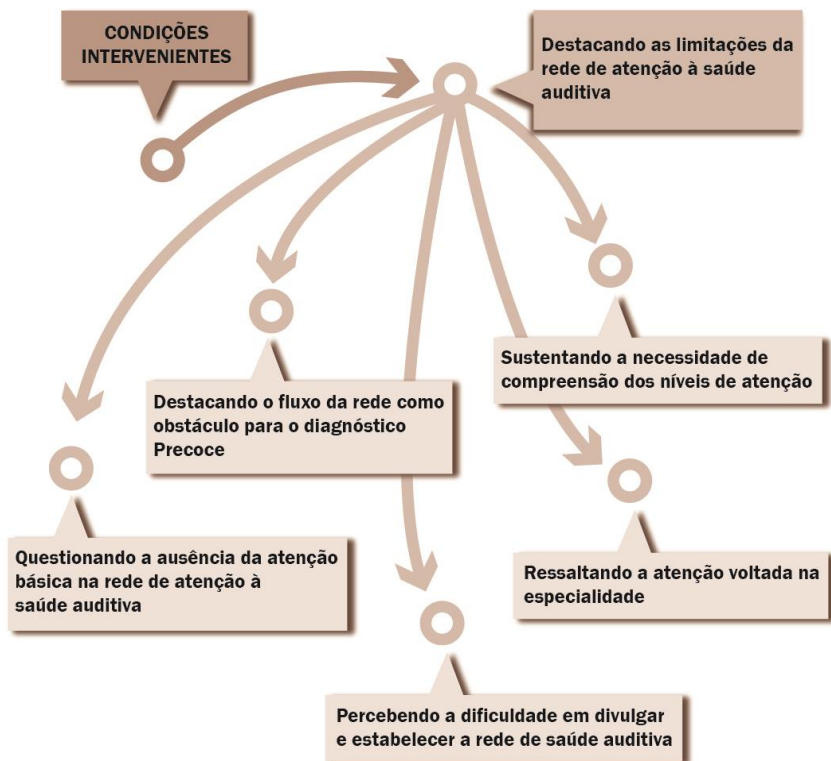
Vejo que é o momento de darmos atenção para isso, esses pacientes estão vivendo. Só que estão

estão ficando surdos lentamente. E a atenção básica não dá conta nem da demanda atual, sem os pacientes com HIV+. Imagina com esses pacientes! Não sei onde fariam os exames, mas creio que não seja responsabilidade da média e alta complexidade, de novo é da atenção básica, e vamos ficar aqui batendo na tecla de que eles não assumem. (E14)

No entanto, sugerem que com planejamento das ações seja possível realizar novos arranjos, fazer modificações de modo a organizar a rede para incluir os pacientes com HIV/Aids no atendimento na rede de atenção à saúde auditiva, e insistem em responsabilizar a atenção básica como porta de entrada, e que esta não assume as ações pertinentes a este nível de atenção.

### **5.1.3 Condições intervenientes**

As Condições Intervenientes do fenômeno *“Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids”* são formadas pela categoria: *Destacando as limitações na rede de atenção à saúde auditiva.*



**Figura 3:** Diagrama do Componente Condições Intervinentes

Fonte: elaborado pela autora

## DESTACANDO AS LIMITAÇÕES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA

### **Questionando a ausência da atenção básica na rede de atenção à saúde auditiva**

Em relação à atenção básica os participantes enfatizam a falta de comprometimento dos profissionais e dos municípios com o atendimento aos usuários, em relação às ações de caráter preventivo dos

agravos de saúde. Não há, nos municípios, estrutura mínima para que os profissionais possam, por exemplo, realizar avaliações audiológicas básicas (audiometria, imitanciometria, emissões otoacústicas), cuja responsabilidade é desse nível de atenção. A solução para a questão é geralmente realizada com a centralização dos atendimentos nas regiões metropolitanas, ou seja, na capital, como ilustram as seguintes falas:

Faltam profissionais, é verdade, mas falta comprometimento com o SUS também, com usuários. E os municípios? Onde estão? Então eu acho que a falha está aí, a rede tem falha nisso, e o município não assume a parte que tem que fazer. Não é eficiente, simplesmente compra a ambulância e manda pra capital. O fato de ser muito centralizadora, ser tudo aqui na capital, dificulta as coisas. Falta comprometimento de alguns profissionais, da gestão ao atendimento direto ao paciente. A rede básica não assume a parte dela, é ineficiente. Triste isso! (E3)

Falta comprometimento. Quando visito um município eu converso com os profissionais que trabalham na rede. Eu tento ir até gerência de enfermagem, pergunto se tem fono para que eu possa orientar sobre a rede. Tento fazer com que a orientação chegue até o profissional certo, então eu acho que está faltando comprometimento do profissional com o paciente e com a rede. E assim, tenho a impressão que alguns profissionais fazem de tudo para que a rede não funcione mesmo. (E18)

É toda uma estrutura que não funcionam, pessoas que não querem se comprometer, gestores que não entendem como o SUS deve funcionar, e assim não atendem a expectativa dos usuários, e de outra parte dos profissionais que estão comprometidos. Falta tudo, equipamentos, profissionais e gente que queira trabalhar para fazer funcionar. (E22)



As condições estruturais do sistema de saúde não atendem às necessidades da população, nem à expectativa dos profissionais. Sendo assim, os participantes demonstram dificuldades para realização de avaliações audiológicas, na atenção básica, tanto no interior do estado, quanto na capital. Percebem que a estrutura não atende a demanda de cada município, realizando encaminhamentos para os centros de referência na capital do estado, sobrecarregando os serviços e retardando o diagnóstico audiológico. Questionam ainda o comprometimento dos profissionais que trabalham no SUS, em relação aos pacientes e ao próprio sistema de saúde.

### **Destacando o fluxo da rede como obstáculo para o diagnóstico precoce**

Nos serviços de saúde de DST/Aids os participantes se queixam da demora em realizar o diagnóstico audiológico. Já os profissionais que atuam nos centros de referência em saúde auditiva queixam-se por estarem atendendo uma demanda reprimida proveniente da rede básica:

E acaba acontecendo que o paciente que precisa de uma simples audiometria usa a rede de média e alta, eu considero um desperdício, mas os municípios não se mexem, é mais fácil comprar automóvel e mandar pra cá. Eu entendo as queixas dos prestadores. E também entendo os pacientes que precisam da audiometria e que se depender do município ficará anos na fila, se conseguirem fazer. (E11)

Por exemplo, lá no HC que tinha um volume grande de pacientes, mas o paciente para passar na saúde auditiva só podia depois de estar pronto, com todas as avaliações. Eu era residente, e a gente só podia encaminhar paciente para a saúde auditiva lá quando ele já tivesse sido avaliado, com a audiometria pronta, o paciente já chegava triado, encaminhado, então o negócio rodava muito bem. Aqui não funciona, trava tudo! (E23)

[...] eu vejo são pacientes encaminhados, por exemplo, com problemas de audição, mas que boa parte deles não tem indicação de colocar aparelho, não precisa da alta complexidade. [...] Tem otite média crônica, quem vem encaminhado só pra fazer audiometria! Eu vejo que é um desperdício, tem paciente que vem, passa na psicóloga, na assistente social, na fonoaudióloga e vem só pra fazer áudio, e tem muita Secretaria de Saúde, eu acho que acontece isso...que descobriu que consegue fazer o exame aqui antes, ou a falta de informação mesmo! E é um desperdício de trabalho humano, de dinheiro também, porque passa por um monte de gente, e ocupa a vaga de uma pessoa que está na fila esperando há seis meses. Usa sistema equivocado, passa trabalho para juntar documentação, ocupa uma rede inteira, uma equipe toda, a manhã toda, pra fazer uma audiometria. (E12)

Nesse sentido, entendem que este modo de funcionamento da rede gera desperdício de tempo, de recursos humanos e materiais, uma vez que são serviços de alta complexidade, e mais complexos na sua conjuntura organizacional. A atenção básica com baixa resolubilidade produz um círculo vicioso, porque aumenta a demanda nos demais níveis de complexidade, e conseqüentemente aumenta a insegurança da população em relação à mesma. O fluxo que deveria ser descentralizado, e organizado por níveis, com a utilização da referência e contrarreferência não ocorre, fazendo com que os pacientes, e muitas vezes até os próprios profissionais, deem um jeito de burlar o gerenciamento do sistema de saúde, para conseguir o atendimento de que necessitam.

### **Ressaltando a atenção voltada para especialidade**

Os participantes da investigação relataram que, na organização da gestão, uma das deficiências na rede configura-se com a centralidade do médico nos processos produtivos, e/ou na ausência deste, gerando um estrangulamento na rede que impossibilita o andamento do processo

terapêutico, o que gera também a desvalorização do papel do médico generalista:

E há deficiências na rede que acabam sobrecarregando o profissional especialista como o grande salvador da pátria. O infectologista tem que atender o paciente que é portador do vírus e que está em tratamento. Enfim, tem que tentar resolver todos os problemas dele porque, quando você encaminha esse paciente para um especialista ajudar, pra dar um apoio, essa referência para outra especialidade sofre bloqueios, é difícil e é difícil pra todo mundo, não é difícil só pra quem é soropositivo. Não sei onde que está o problema aí, mas ele existe e acaba gerando um gargalo desnecessário. (E24)

E devem contar com o infectologista porque o paciente com HIV/Aids não vai, e nem consegue bater na porta do otorrino e dizer: “Olha, eu vim aqui fazer uma audiometria.” Somos o especialista de referência pra esses pacientes, atendemos, somos acessíveis, e mesmo com grande demanda o programa anda, tento fazer o que dá, dentro das minhas limitações. (E10)

E não sei o que acontece aqui, não sei se é porque não tem otorrino na cidade, ou se eles existem e não querem trabalhar no SUS, mas, sempre que a gente precisa desse especialista, o paciente fica na fila, e não consegue agendamento. É bem difícil, porque fica centrado no especialista, eu tento resolver o que posso, não é qualquer coisa que encaminho, mas também não é tudo que tenho capacidade de resolver, isso é complicado. (E7)

A falta de profissionais médicos, na área de otorrinolaringologia produz e reproduz dificuldades e limitações e determina a pouca eficácia da rede de atenção, que geram descrédito, desconfiança e insegurança na população e nos profissionais, demonstrando novamente a desarticulação entre os níveis de atenção.

## **Percebendo a dificuldade em divulgar e estabelecer a rede de saúde auditiva**

Relatam que não há uma boa rede de comunicação dentro e fora dos sistemas de saúde, evidenciado pela falta de informação sobre a existência, no Estado de Santa Catarina, dos Centros de referência em saúde auditiva, por parte dos profissionais e gestores que trabalham com a política de DST/Aids, demonstrando assim a fragmentação no processo de trabalho, como se observa nos depoimentos:

Nossa que bom, que legal! Não sabia disso, bom saber! Eu me lembro de uma representação que a gente fez em 2005 de uma portaria que saiu do tratamento da Lipodistrofia e da Lipoatrofia. Então se o HU já é referência em saúde auditiva, não haverá esse problema quando eles precisarem de aparelho auditivo. Essas coisas precisam de divulgação, eu não sabia da saúde auditiva, então é complicado, o estado não divulga. (E21)

[...] não são somente os profissionais da atenção básica, é em relação a todos os profissionais da saúde, em relação à rede de saúde auditiva, eles não têm muita noção, não sabem encaminhar, não sabem que existe, não estão preparados, é tudo muito novo, a portaria é de 2004. (E1)

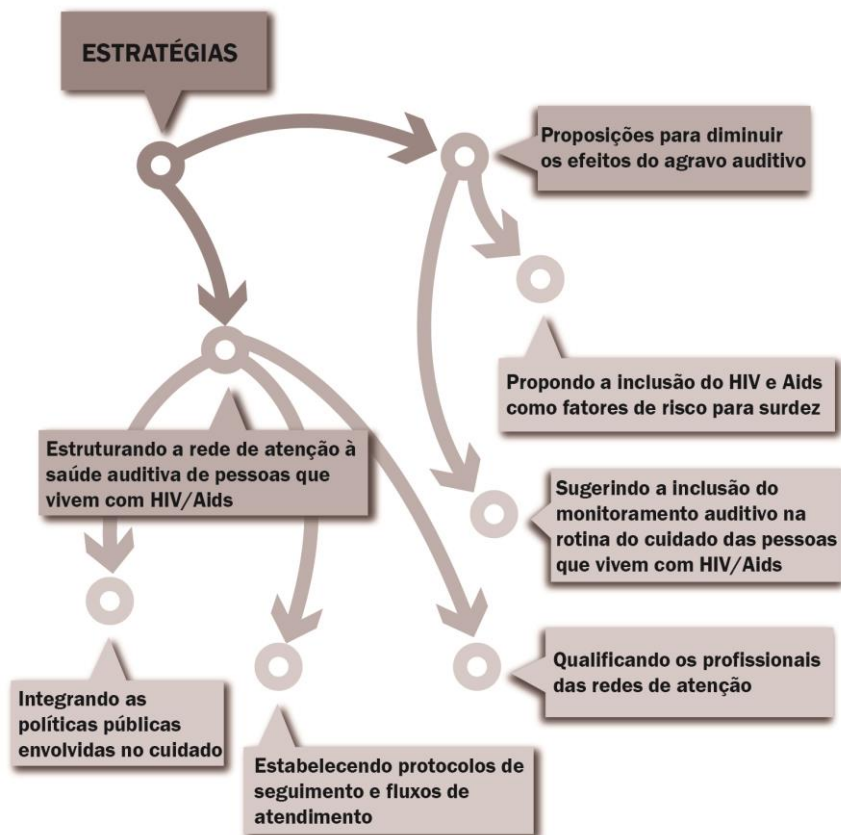
Minha impressão é de que não é muito fácil. Vou te dar um exemplo: minha mãe teve perda auditiva e não conseguiu ser encaminhada para nenhum centro desses seis centros de referência. Ninguém em Lages soube dizer para ela que existiam seis centros de saúde auditiva, então não sei se os centros existem somente no papel. Por que os municípios não sabem dos centros? Como as marcações estão descentralizadas nas Unidades de Saúde, eu acho isso até interessante, só que porque a unidade de saúde não tem acesso. Então assim, talvez se existe mesmo uma política de saúde auditiva, se esses centros existem, então nós temos que saber por que os pacientes têm

dificuldades de serem encaminhados para ele. Tem que avaliar isso, pode ser um problema de gestão mesmo, comunicação! (E6)

Evidencia-se que há dificuldades para que os usuários realizem os agendamentos de consultas com especialistas, no próprio centro onde eles já são atendidos, e que os médicos, enfermeiros, técnicos administrativos não têm conhecimento da existência da rede de atenção à saúde auditiva, inclusive no interior do estado, impossibilitando o acesso. Pelo discurso do profissional, o mesmo parece duvidar, inclusive, que exista no estado uma rede de atenção à saúde auditiva.

#### **5.1.4 Estratégias**

O Componente Estratégias do fenômeno “*Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids*” é formado por duas categorias: *Proposições para diminuir os efeitos do agravo auditivo* e *Organizando a rede de atenção para as pessoas que vivem com HIV/Aids*.



**Figura 4:** Diagrama do Componente Estratégias.  
Fonte: elaborado pela autora.

## PROPOSIÇÕES PARA DIMINUIR OS EFEITOS DO AGRAVO AUDITIVO

### **Propondo a inclusão da infecção pelo HIV e Aids como fatores de risco para surdez**

Nesta subcategoria, emerge uma proposta que segundo os participantes deverá ser incluída nas duas principais políticas públicas que envolvem este tema, ou seja, na Política de Atenção à Saúde

Auditiva (PNASA) e na Política de DST/Aids. Os profissionais entendem que a infecção pelo HIV e a Aids deve ser consideradas fatores de risco para surdez. Este novo olhar, para os entrevistados, é extremamente importante, uma vez que muda a dinâmica da consulta, significando o que muitas vezes não era visto, ou erroneamente interpretado, e inicia um novo processo de avaliação dessas pessoas, com o cuidado voltado para a prevenção do agravo auditivo em decorrência dessa condição crônica de saúde, como ilustram a seguintes falas:

[...] é verdade, então tem que ter na portaria da saúde auditiva que o HIV é um fator de risco para surdez. E nas políticas de acompanhamento de DST/Aids, e o trabalho de vocês traz isso de importante! Com certeza a relação com o paciente irá mudar, agora entendo porque muitas vezes falo, falo, repito e não adianta nada. Eles seguem tomando a medicação errado, pode ser porque não me ouviram. (E7)

Com essa nossa conversa uma coisa ficou clara pra mim: o HIV/Aids é um fator de risco para surdez, e os médicos que atendem esses pacientes com mais frequência precisam ficar de olho nisso. (E8)

[...] então tem que entrar como um dos indicadores de perda auditiva o HIV/Aids, tem que se pensar no cuidado, na assistência a essas pessoas, que têm esse agravo que é a perda de audição. (E1)

Alguma coisa tem que ser feita, quantas vezes repeti as orientações de como administrar a medicação? Muitas! E com essa entrevista, vejo que eu estava equivocada, o paciente poderia não estar ouvindo ou me entendendo. Que horror! Acredito que a primeira coisa a fazer é juntar otorrinos e fonoaudiólogos e dizer: HIV/Aids causa surdez. (E10)

Revelam também preocupação com a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids, e a necessidade de planejamento para iniciar o atendimento dessa população. Outra questão importante que surge atrelada a essa população são as dificuldades de comunicação. As equipes de saúde, geralmente representadas pelo enfermeiro, queixam-se de que as pessoas que vivem com HIV/Aids não compreendem as orientações, muitas vezes esta questão pode estar relacionada com alterações no sistema auditivo, afetando diretamente a adesão ao tratamento. Alguns dos recursos que podem ser utilizados para sanar essas dificuldades são comunicações alternativas, bem como orientações específicas para as equipes de saúde e os próprios pacientes, no entanto, cabe ressaltar que o fonoaudiólogo, juntamente com o enfermeiro, terá que diferenciar se a causa é cognitiva, neurossensorial ou do sistema nervoso central, uma vez que muda completamente a conduta em cada caso.

### **Sugerindo a inclusão do monitoramento auditivo na rotina do cuidado das pessoas que vivem com HIV/Aids**

Os participantes acreditam que o diagnóstico precoce seria outro objetivo a ser alcançado, para minimizar os efeitos negativos da perda auditiva na vida das pessoas que vivem com HIV/Aids e seus familiares. Somente com estabelecimento de protocolo (APÊNDICE B) de monitoramento auditivo este objetivo pode ser alcançado, vislumbram este esforço em equipe multidisciplinar, e sugerem que o infectologista possa iniciar esta etapa, uma vez que é o especialista responsável pelo acompanhamento da saúde das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Eu acho que esse acompanhamento deveria ser na atenção básica, na verdade começar com infecto e atenção básica. Acredito que dá pra criar um protocolo básico para o infectologista acompanhar a partir do diagnóstico do HIV+. Eu sei que eles são um pacote cheio de risco, mas é o infectologista que acompanha tudo, o monitoramento auditivo seria mais uma coisa. (E14)



Indicaria monitoramento auditivo. A portaria de saúde auditiva não prevê isso, então teríamos que rever a portaria. E cuidado integral é isso, não é só atender quem precisa de aparelho auditivo. Esses pacientes precisam de orientação, e monitorar essa perda que no futuro pode sim precisar de aparelho, e a intervenção fica mais tranquila, se já estamos acompanhando o paciente. Teria que prever na portaria, e a atenção básica assumir, com equipe multidisciplinar. Os exames serem solicitados pelo infectologista se houver necessidade do otorrino, aí sim encaminha para média e alta. (E1)

A primeira coisa é incluir a audiometria na rotina dos pacientes com HIV/Aids, e acompanhar, mas não vai funcionar, ele irá conseguir a solicitação da audiometria conosco, e ficará anos na fila, emperrado esperando para fazer a audiometria, ele vai emperrar no SUS como um todo, infelizmente é assim que funciona, não funciona. (E7)

A dúvida que emergiu no discurso dos participantes foi em relação ao local para onde o médico especialista encaminharia o paciente com pedido de avaliação audiológica, uma vez que tanto na atenção básica, quanto no serviço de referência em HIV/Aids não há fonoaudiólogos e equipamentos para realizar as avaliações necessárias. No entanto, não há dúvida de que, se o SUS estiver organizado em redes de atenção à saúde, de forma que a referência e contrarreferência sejam garantidas, e que haja profissionais e equipamentos disponíveis na atenção básica, o encaminhamento será sempre para os pontos de atenção na rede, e em caso de necessidade, referencia-se para média e alta complexidade.

## ESTRUTURANDO A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

### **Integrando as políticas públicas envolvidas no cuidado**

Os participantes entendem que para a integração das políticas é necessário que os níveis de atenção do sistema de saúde funcionem adequadamente, nas duas políticas públicas discutidas no estudo, e que, além disso, os profissionais de saúde tenham conhecimento acerca do funcionamento da audição e seus desdobramentos, conforme os relatos:

Os três níveis, atenção básica, média e alta complexidade, que todos tivessem bem definidos seus papéis e tudo funcionando, nas duas redes, HIV e audição. Que todos os profissionais que trabalham na atenção básica tivessem conhecimento de como funciona a audição, e não só os fonoaudiólogos. (E25)

A interação ou a integração dessas várias áreas nem sempre acontece no nível federal, e geralmente isso reflete no nível estadual e municipal. Mas a gente precisa quebrar esse paradigma e eu acho que uma forma disso acontecer é criar grupos de trabalho ou comitês técnicos, para momentos de apresentação e debates de dados estatísticos que seja de interesse das áreas. As caixas talvez nunca deixem de existir, mas o que precisa ter são momentos em que essas caixas se aproximem, se abram, debatam, resolvam coisas, proponham, que tenham propostas de ação conjunta e que essas ações conjuntas sejam efetivamente planejadas e realizadas com ações, atividades, metas, indicadores, tudo montadinho para que a coisa realmente funcione. Eu acho que grupos, comissões ou comitês técnicos que tenham uma agenda de reuniões regulares, mensais, eu acho que ajuda a quebrar as paredes das caixas. As caixas ficam então permeáveis, as pessoas de áreas técnicas diferentes se encontram e têm ideia do que o outro faz. Eu acho que este tipo de ação pode minimizar o impacto negativo que são os programas verticalizados, aquela coisa centrada em si mesma, cada um cuidando da sua caixinha, e esquecendo a caixinha do vizinho. (E28)

Ressalta-se também que a não integração das políticas públicas é consequência de um comportamento de gestão presente desde a esfera federal, refletindo nos estados e municípios, e propõem a criação de comitês técnicos, com planos de ação, agenda com reuniões regulares, com profissionais de diferentes áreas técnicas analisando, debatendo e planejando ações conjuntas, com olhar voltado para a integralidade, para unir, juntar, somar e dessa forma minimizar o impacto negativo de programas verticalizados, horizontalizando as ações.

### **Estabelecendo protocolos de seguimento e fluxos de atendimento**

Em relação ao estabelecimento dos protocolos e ao fluxo de atendimento, os participantes enfatizam dois aspectos: os centros de referência estadual no cuidado de pessoas que vivem com HIV/Aids, como porta de entrada para o sistema de saúde, e o monitoramento da saúde auditiva, e quando necessário, referenciar aos especialistas da média e alta complexidade; e ainda sugerem como ferramenta de cuidado um protocolo básico de triagem auditiva, a ser seguido pelo infectologista, de modo que este possa utilizar nas consultas de rotina no acompanhamento da saúde geral das pessoas que vivem com HIV/Aids:

Pensando no fluxo, o Hospital Nereu Ramos é referência no atendimento ao HIV/Aids, e eu penso que dali mesmo ele já teria que sair com o diagnóstico de surdez, e depois os médicos já encaminhariam direto para a rede. Aqueles com surdez para a média e alta complexidade, e os com necessidade de monitoramento para a atenção básica. Então falta essa parte, e não são pacientes que teriam que vir para o sistema de novo, eles já estão no sistema por conta do tratamento do HIV. É organizar a rede para atendê-los, e o ideal seria o diagnóstico da perda auditiva no Nereu Ramos. (E9)

Sendo prática, acho que dá pra fazer um protocolo básico, e incluir no programa do Nereu Ramos, mas seria imprescindível que tivesse fono e os equipamentos, precisamos dos exames, e não vejo necessidade de um otorrino, porque na

convivência em equipe o infectologista vai aprendendo a interpretar. E a demora por causa do especialista acabaria, só vai se precisa mesmo. (E30)

Não sei exatamente como funciona o ouvido, mas eu recomendaria que o paciente fosse visto anualmente, feito uma avaliação auditiva anual e que o início do processo fosse quando ele tivesse o diagnóstico de soropositivo. Desta forma iríamos trabalhar com prevenção, senão não resolve. E não vejo problema em pedir o exame, o infectologista acompanha esse paciente e poderia solicitar a audiometria. (E16)

Nesse sentido, sugerem ainda que o monitoramento auditivo seja realizado uma vez ao ano, e que a audiometria de base seja realizada logo após o diagnóstico da infecção pelo HIV, objetivando a prevenção do agravo auditivo, ou seja, na primeira consulta com o infectologista, o mesmo utiliza o protocolo sugerido (APÊNDICE B), e dependendo do caso encaminha para diagnóstico audiológico ou triagem auditiva com fonoaudiólogo, e/ou para o médico otorrinolaringologista.

### **Qualificando os profissionais das redes de atenção**

Em relação à qualificação das equipes de saúde, em relação aos cuidados de prevenção e monitoramento da perda auditiva, os participantes revelaram que a capacitação é um ponto relevante para a implantação da rede de atenção à saúde auditiva, que a disseminação do conhecimento para todos os profissionais da equipe de saúde, por meio de encontros e treinamentos, propiciará melhora na qualidade do atendimento das pessoas que vivem com HIV/Aids, e que podem ter perda auditiva em consequência dessa condição crônica de saúde:

A atenção básica tem muito que melhorar ainda, os pacientes teriam que chegar ao HU com o diagnóstico pronto, nós que somos da média e alta complexidade teríamos que treinar a atenção básica, está na portaria, e não é feito. Fazer encontros, treinamentos com eles, e a rede básica

que fizesse esse diagnóstico inicial. O treinamento seria para capacitá-los em como funciona a rede, como fazer a referência e contrarreferência. (E26)

[...] não estou dizendo que não precisa de fono no posto, mas muita coisa hoje poderia ser resolvida se outros profissionais fossem capacitados para compreender o que é saúde auditiva, falta isso! O fonoaudiólogo é fundamental para fazer o exame, é de nossa competência, mas até chegar a isso, todos os profissionais precisam saber. O agente de saúde tem que saber identificar esses problemas, a enfermagem também, é esses profissionais que estão no dia a dia do posto, estão na ponta, na atenção básica. (E20)

Ainda, diante dessa perspectiva, os participantes enfatizam a importância da capacitação para a atenção básica, principalmente para os agentes comunitários de saúde, que terão capacidade para identificar, na comunidade em que atuam, os usuários com risco para perda auditiva. A ênfase da capacitação na atenção básica evidencia-se devido ao fato de que a média e alta complexidade, no sistema de saúde atual, já têm uma vasta experiência no diagnóstico e reabilitação da perda auditiva.

### **5.1.5 Consequências**

Em relação às Consequências do fenômeno “*Organizando a rede de atenção à saúde auditiva para pessoas que vivem com HIV/Aids*”, emergiu como categoria principal: *Vislumbrando o cuidado integral tendo como subcategoria Contribuindo para a inclusão das pessoas que vivem com HIV/Aids à PNASA baseada na integralidade do cuidado*.



**Figura 5:** Diagrama do Componente Consequências  
 Fonte: elaborado pela autora.

## VISLUMBRANDO O CUIDADO INTEGRAL

### **Contribuindo para a inclusão das pessoas que vivem com HIV/Aids à PNASa baseada na integralidade do cuidado**

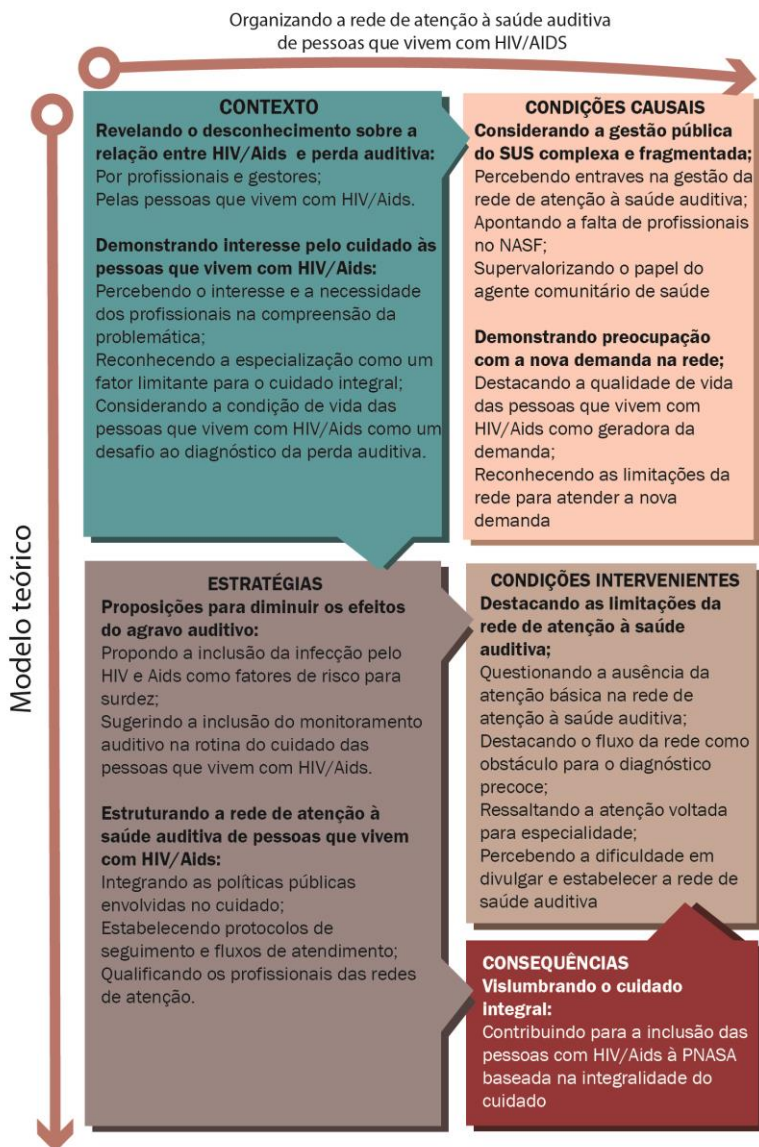
A integralidade do cuidado emergiu como consequência das estratégias propostas pelos participantes, além de qualificar o cuidado na rede de atenção à saúde auditiva, no Estado de Santa Catarina, beneficiando os usuários do sistema único de saúde com infecção pelo HIV, que podem ter a perda auditiva como agravo em consequência dessa condição de saúde.

Acho que é algo que irá dar um salto de qualidade para a assistência no estado. Partir da premissa de uma avaliação inicial para dar um *baseline* desse paciente e a partir daí definir condutas é fantástico. Os pacientes irão se beneficiar bastante disso. Aí começamos a falar na integralidade. (E24)

Ainda, afirmaram que há necessidade de definir condutas, partindo da premissa de um exame inicial servindo de base para o seguimento realizado posteriormente, melhorando a qualidade da assistência dos usuários do SUS.

## 5.2 MODELO TEÓRICO

Após a apresentação detalhada dos cinco componentes do paradigma, trazemos a seguir a descrição da categoria central ou fenômeno que emergiu da integração das categorias e suas relações, ou seja, o modelo teórico: organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids.



**Figura 6:** Diagrama do Modelo Teórico  
 Fonte: elaborado pela autora.



### **5.2.1 A categoria central ou fenômeno: organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids**

No processo de construção/criação do modelo teórico, tomamos como base unidades complexas, que interagem a todo o momento, gerando unidades multidimensionais, inseridas em um caos organizado e sistêmico. A construção do modelo teórico seguindo os cinco componentes do modelo paradigmático foi utilizada de forma didática, uma vez que não há como separar o ser humano complexo que é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional, de uma sociedade também complexa, e que comporta dimensões histórica, econômica, sociológica, entre outras, gerando uma rede interdependente, tendo a unicidade e a multiplicidade como componentes da complexidade.

Assim, a categoria central emerge da dinâmica inter-relação entre as demais categorias. A rede de atenção à saúde auditiva, como contexto complexo (ser humano e sociedade), revela e expõe aos profissionais e gestores das políticas públicas envolvidas no cuidado dos usuários com HIV/Aids que podem apresentar como agravo desta condição crônica de saúde alterações no sistema auditivo, de caráter progressivo e irreversível; e que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em suas diretrizes e princípios, propõe aos profissionais de saúde, bem como aos gestores, uma prática baseada nas redes de atenção à saúde, com relações e interações visando a interdisciplinaridade, o cuidado integral, o acesso universal e o direito igualitário. Embora essas prerrogativas já estejam em discussão desde o início do processo de implantação do SUS, evidencia-se, por meio deste estudo, a urgência de ações concretas na agenda dos atores agentes de mudanças no sistema de saúde brasileiro, visando alcançar efetivamente uma rede de atenção à saúde que atenda os anseios dos usuários e profissionais.

A gestão de uma rede de atenção à saúde engloba diversos fatores e fenômenos multidimensionais, que devem ser analisados/processados simultaneamente, em cada uma de suas dimensões, reconhecendo a realidade apresentada por determinado grupo, em um cenário/localidade determinado, de maneira a atender suas necessidades de saúde, de forma global, respeitando suas diferenças/especificidades, mas ao mesmo tempo reconhecendo suas singularidades/unicidades.

O desconhecimento de uma realidade de saúde é um dos fatores básicos que interferem diretamente nas tomadas de decisão de governantes, formuladores de políticas e gestores de saúde, portanto é de suma importância realizar e divulgar estudos epidemiológicos, com amostras extraídas de determinados grupos socioeconômicos, étnicos e/ou realizados em uma região demográfica específica, de modo que consigamos instrumentalizar o grupo gestor em saúde, com uma base analítica suficientemente rica em dados científicos, para a construção de planos de ação a fim de implantar as RAS.

Neste estudo, a multidimensionalidade e complexidade da temática estão baseadas nas políticas públicas do Sistema Único de Saúde, com seus princípios e diretrizes, na compreensão de que o princípio hologramático (MORIN, 2008) também nos ajuda a compreender o cenário que iremos descrever a seguir. Ou seja, temos um contexto em que não só a parte está no todo, mas como o todo está nas partes, e mesmo na tentativa de concluirmos o estudo, seria, científica, organizacional e humanamente impossível, uma vez que o todo não representa as partes, e as partes não revelam o todo, por isso o consideramos um sistema complexo, em constante movimento, com vida própria, sendo assim denominado de fenômeno.

O Contexto encontrado, sobre a relação entre a infecção pelo HIV e a perda auditiva, neste estudo, revela exatamente que esse cenário de desconhecimento, impossibilita o acesso de pessoas que vivem com HIV/Aids aos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva (SASA), e conseqüentemente os usuários encontram um sistema de saúde que não atende seus anseios/necessidades, que não cumpre com seus princípios básicos (acesso universal, igualitário e cuidado integral), tendo como porta de entrada a atenção básica, e iniciando com as ações de prevenção, promoção e proteção à saúde auditiva.

Apesar de demonstrarem interesse em construir uma base de conhecimento sólida, para o atendimento dessa população, utilizando como estratégia a qualificação das equipes multidisciplinares de saúde, por meio da educação permanente, os participantes consideraram também que as condições de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids é outra barreira que dificulta a realização do diagnóstico precoce nesses indivíduos, uma vez que eles têm uma baixa renda familiar, apresentam dificuldades para a compreensão das orientações/informações fornecidas

pelos profissionais de saúde, e ainda tem aqueles que não aderem ao tratamento.

Por fim, no componente contexto encontramos uma trama de multirrelações que envolvem profissionais lidando como o novo, enfrentando o desconhecido, e encarando os mesmos como desafios no processo de cuidado em saúde; convivendo no ambiente de trabalho com seres humanos em condições de vida precárias (socioeconômicas e cognitivas), porém com interesse em conhecer o processo saúde/doença relacionado à infecção pelo HIV e à audição, com o objetivo de construir uma rede de atenção à saúde auditiva resolutiva, e que incorpore os princípios e diretrizes do SUS. Nesta conjuntura, cabe salientar ainda, a importância do trabalho interdisciplinar e verdadeiramente voltado para o cuidado integral entre os profissionais da enfermagem e fonoaudiologia, compondo uma rede de atenção à saúde auditiva visando melhores práticas em saúde, numa construção conjunta, incorporando políticas, valores, saberes e práticas de áreas que se complementam, fortalecendo a dimensão organizacional e sistêmica do cuidado integral.

Como causas, os participantes da pesquisa consideraram a gestão pública do SUS complexa e fragmentada. Esse discurso tem como base os entraves encontrados na gestão do sistema de saúde, na falta de profissionais na atenção básica, principalmente otorrinolaringologistas, e fonoaudiólogos nos NASFs, e, diante dessas dificuldades, na tentativa de amenizar as dificuldades de gestão, acabavam por supervalorizar o papel do agente comunitário de saúde, chegando a erroneamente, considerá-los como profissionais. Uma das preocupações demonstradas pelos participantes da pesquisa é com a nova demanda de atendimento gerada pela qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids, e reconheceram que a atual rede de atenção à saúde auditiva de Santa Catarina, tem limitações para atender essa nova demanda.

No processo de construção de uma rede de atenção à saúde, independente da política pública em que está embasada, a qualidade de vida é um dos elementos fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e das ações de saúde, assim como para a integralidade e para a qualidade da atenção à saúde da população. Nesse sentido, cabe ressaltar que o produto final deve levar em consideração a qualidade de vida do ser humano, significando de forma abrangente,

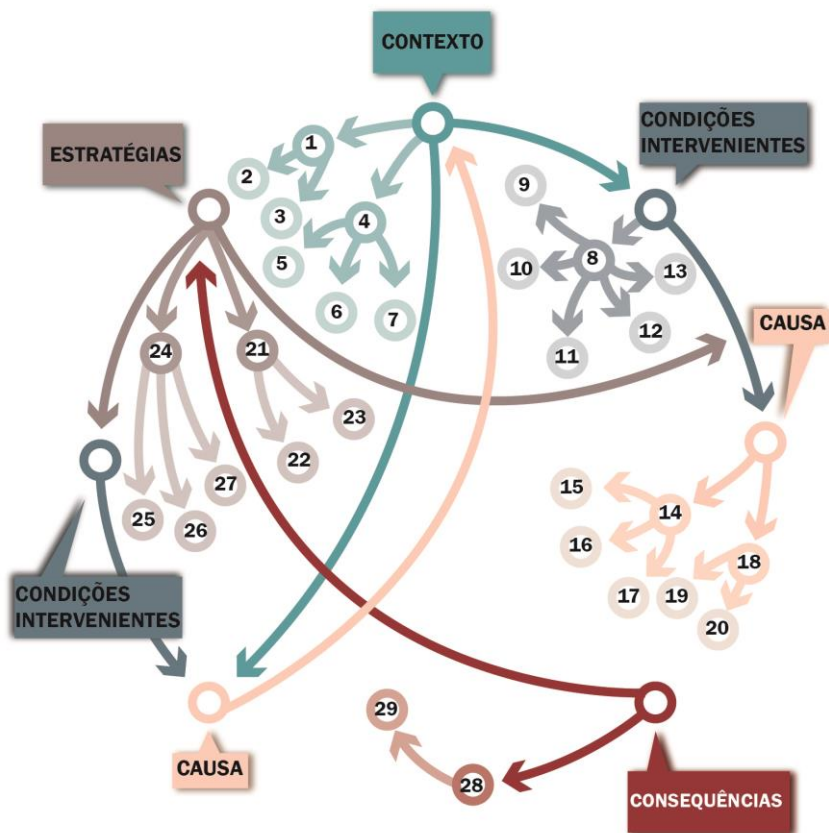
única, e multidimensional, uma vez que qualidade de vida é um estado de ser, estar, viver no mundo pessoal, próprio do ser humano, em suas relações com o outro, consigo mesmo e com a sociedade (dialética do ser), sendo ao mesmo tempo dependente e independente de qualquer definição que possamos encontrar.

As condições que interferem no processo de construção e organização de uma rede de atenção à saúde auditiva, e nos revelam os maiores desafios da gestão nesse contexto complexo, como apontado pelos participantes, estão localizadas no cenário da atenção básica. Os participantes destacaram as seguintes limitações: ausência de comprometimento da atenção básica, fluxo da rede de atenção como obstáculo para o diagnóstico precoce, a dificuldade em divulgar e estabelecer as redes de atenção à saúde auditiva em Santa Catarina, e, por fim, a atenção à saúde voltada para a especialidade.

A base estrutural de intervenção das RAS é a atenção básica, sustentada pela organização integrada dos pontos de atenção ambulatoriais, sendo assim, toda e qualquer limitação, dificuldade ou desafio nesse nível de atenção interfere diretamente no processo de implantação das redes de atenção. A abrangência deve ser estadual, regional, municipal, interestadual, assim como ser composta por micro e macrorregiões. Percebemos novamente que os elementos que compõem as redes são diversos, complexos, interdependentes, formando um quebra-cabeça, muitas vezes difícil de encaixar todas as peças, pois é um processo que requer mudanças sistêmicas amplas, com ações em vários níveis, e exigindo o compromisso de todos os atores (gestores de saúde, formuladores de políticas, profissionais de saúde, usuários), sendo portando um processo difícil, complexo e de longo prazo.

Pensando em todo esse processo, e nos desafios de gestão que emergiram das experiências vivenciadas pelos profissionais e gestores de saúde, participantes deste estudo, e com o objetivo de incluir as pessoas que vivem com HIV/Aids na rede de atenção à saúde auditiva, no Estado de Santa Catarina, elencamos as seguintes propostas advindas dos mesmos: incluir a infecção pelo HIV e a Aids como fatores de risco para surdez, monitorar a saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids, qualificar os profissionais de saúde, estabelecer protocolos de seguimento (APÊNDICE B) e fluxos de atendimento (APÊNDICE C), integrar a políticas públicas envolvidas no cuidado auditivo às pessoas que vivem com HIV/Aids.

E, como consequência, vislumbra-se uma rede de atenção à saúde auditiva com capacidade para incluir essa população na Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, tendo como base a integralidade do cuidado.



- 1 Revelando o desconhecimento sobre a relação entre HIV/Aids e perda auditiva
- 2 Por profissionais e gestores
- 3 Pelas pessoas que vivem com HIV/Aids
- 4 Demonstrando interesse pelo cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids
- 5 Percebendo o interesse e a necessidade dos profissionais na compreensão da problemática
- 6 Reconhecendo a especialização como um fator limitante para o cuidado integral
- 7 Considerando a condição de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids como um desafio ao diagnóstico da perda auditiva
- 8 Destacando as limitações da rede de atenção à saúde auditiva
- 9 Questionando a ausência da atenção básica na rede de atenção à saúde auditiva
- 10 Destacando o fluxo da rede como obstáculo para o diagnóstico precoce
- 11 Ressaltando a atenção voltada para especialidade
- 12 Percebendo a dificuldade em divulgar e estabelecer a rede de saúde auditiva
- 13 Sustentando a necessidade de compreensão dos níveis de atenção
- 14 Considerando a gestão pública do SUS complexa e fragmentada
- 15 Percebendo entraves na gestão da rede de atenção a saúde auditiva
- 16 Apontando a falta de profissionais no NASF
- 17 Supervalorizando o papel do agente comunitário de saúde
- 18 Demonstrando preocupação com a nova demanda na rede
- 19 Destacando a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids como geradora da demanda
- 20 Reconhecendo as limitações da rede para atender a nova demanda
- 21 Proposições para diminuir os efeitos do agravo auditivo
- 22 Propondo a inclusão da infecção pelo HIV e Aids como fatores de risco para surdez
- 23 Sugerindo a inclusão do monitoramento auditivo na rotina do cuidado das pessoas que vivem com HIV/Aids
- 24 Estruturando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids
- 25 Integrando as políticas públicas envolvidas no cuidado
- 26 Estabelecendo protocolos de seguimento e fluxos de atendimento
- 27 Qualificando os profissionais das redes de atenção
- 28 Vislumbrando o cuidado integral
- 29 Contribuindo para a inclusão das pessoas com HIV/Aids à PNASA baseada na integralidade do cuidado

**Figura 7:** Diagrama do Modelo Teórico “Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas com HIV/Aids”

Fonte: Elaborado pela autora

## 6. MANUSCRITOS

### 6.1 MANUSCRITO 1 – O COMPLEXO CONTEXTO DE GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

#### **O COMPLEXO CONTEXTO DE GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA DE PESSOAS COM HIV/AIDS**

##### **RESUMO**

Estudo qualitativo que teve por objetivo *compreender o complexo contexto* de gestão da Rede de Atenção à Saúde Auditiva de pessoas com HIV/Aids, na perspectiva de profissionais e gestores de políticas públicas de saúde auditiva e Aids de Santa Catarina. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada com 30 profissionais e gestores vinculados aos serviços estaduais de referência em saúde auditiva e DST/Aids, distribuídos em cinco grupos amostrais, entre maio de 2012 e abril de 2013. Tanto na coleta quanto na análise dos dados utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico, e o pensamento Complexo como referencial teórico. Os resultados foram: a relação entre HIV/Aids e perda auditiva é um tema desconhecido pelos participantes, emergiram ainda as dificuldades em realizar o diagnóstico e a etiologia da perda auditiva, bem como a indicação de exames. Os participantes demonstraram interesse pelo assunto, referiram que a formação centrada no modelo médico-assistencial hegemônica é uma limitação para o cuidado integral, e ainda, acreditavam que com a discussão em grupos interdisciplinares seja possível construir uma rede de atenção à saúde auditiva, baseada na prevenção do agravo auditivo, e na intervenção precoce.

**Descritores:** HIV. Perda auditiva. Sistema Único de Saúde. Fonoaudiologia. Enfermagem.

## THE COMPLEX CONTEXT OF ADMINISTRATION OF THE HEARING HEALTHCARE NETWORK FOR PEOPLE WITH HIV/AIDS

### ABSTRACT

This is a qualitative study with the goal of *understanding the complex context* of management in the Hearing Healthcare Network for people with HIV/AIDS from the perspective of managers of public policies for hearing and AIDs healthcare in Santa Catarina. The data collection took place through semistructured interviews with 30 professionals and managers linked to state reference centers in hearing healthcare and care for HIV/Aids, divided into five sample groups, from May 2012 to April 2013. Grounded Theory was used as the methodological reference and Complex thinking as the theoretical reference. The results found that the relationship between HIV/Aids and hearing loss is a theme unknown by the participants, and difficulties were revealed in conducting diagnostics and the etiology of hearing loss, and in the indication of examinations. The participants demonstrated interest in the issue, and indicated that the education based on the hegemonic “assistential” medical model limits the provision of integral care and believe that discussions in interdisciplinary groups would allow constructing a hearing healthcare network based on prevention of hearing damage, and on early intervention.

**Descriptors:** HIV. Hearing loss. Unified Health System. Speech, Language and Hearing Sciences. Nursing.

## COMPLEJO MARCO DE GESTIÓN DE LA REDE AUDIENCIA DE SALUD PARA PERSONAS CON VIH/SIDA

### RESUMEN

Este estudio cualitativo tuvo como objetivo comprender el complejo contexto de gestión de red salud auditiva para personas con VIH/SIDA desde la perspectiva de los profesionales y las autoridades de salud y los audífonos en Santa Catarina. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas con 30 profesionales y directivos relacionados con el estado de los servicios de referencia en salud



auditiva y el VIH/SIDA, distribuidos en cinco muestras diferentes, desde mayo 2012 y abril 2013. Tanto la recogida y el análisis de los datos se utilizó la Teoría Fundamentada como referencia metodológica y el pensamiento complejo como teórico. Los resultados fueron los siguientes: la relación entre el VIH/SIDA y la pérdida de audición es un tema desconocido para los participantes, surgieron dificultades todavía en el diagnóstico y la etiología de la pérdida auditiva, así como detalles de los exámenes. Los participantes mostraron interés en el asunto, informó que la capacitación se centró en lo hegemónico médico de atención es una limitación para la atención integral y todavía creen que la discusión en grupos interdisciplinarios es posible construir una red de salud auditiva , con base en la prevención de lesiones auditivas , y la intervención temprana .

**Descriptor:** VIH. La pérdida de audición. Fonoaudiología. Sistema Único de Salud. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a deficiência auditiva é o mais frequente déficit sensorial na população humana, afetando mais de 278 milhões de pessoas no mundo com perdas incapacitantes (perdas auditivas moderadas, severas ou profundas), e de 364 milhões com perdas auditivas que não geram incapacidade (perdas auditivas leves). No Brasil, o percentual de pessoas que declararam possuir deficiência auditiva severa foi de 1,1% (IBGE, BRASIL, 2010). Segundo dados do *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), no final de 2012, de um número de 34 milhões de pessoas vivem com HIV, estima-se que 0,8% dos adultos com idade entre 15-49 anos vivam com HIV no mundo, embora o peso da epidemia continue a variar consideravelmente entre países e regiões (UNAIDS, 2012).

Com relação à infecção pelo HIV, Swanepoel e Louw (2010) afirmam estar comprovado cientificamente que as pessoas que vivem com HIV/Aids apresentam desordens de audição e comunicação, e, mesmo não sendo desordens que ameaçam a vida, estas não podem ser subestimadas, uma vez que têm um grande impacto sobre a qualidade de vida dessas pessoas e seus familiares.

Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de possibilidades de atendimento à população em redes de atenção à saúde auditiva, bem como de organização de serviços para o atendimento de qualidade para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando a sua atuação na perspectiva da integralidade. Considerando que estudos apontam para a presença de alterações auditivas em pessoas que vivem com HIV/Aids (CHANDRASEJHAR, 2000; MOLYNEUX, 2003; KLEMM, 2004; SOUMARÉ, 2005; WENZEL, 2008; SILVA, PINTO, MATAS, 2007; MATAS, IÓRIO, SUCCI, 2008) e, que, portanto, essa população pode ter a perda auditiva como um dos agravos decorrente deste estado de saúde, há que se pensar em estratégias de prevenção e controle, na perspectiva da atenção integral.

Com base no exposto questiona-se: *Como os profissionais de saúde e gestores compreendem a relação entre a infecção pelo HIV/Aids e a perda auditiva?* A fim de identificar as fragilidades e as potencialidades deste cenário e suas contribuições para a prática interdisciplinar nas políticas públicas que envolvem as pessoas que vivem com HIV/Aids, bem como a política de saúde auditiva, este estudo tem por objetivo *compreender o complexo contexto de gestão* da Rede de Atenção à Saúde Auditiva para pessoas com HIV/Aids, na perspectiva de profissionais e gestores de políticas públicas de saúde auditiva e Aids de Santa Catarina.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório, oriundo de uma pesquisa ampliada intitulada “Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids sob a perspectiva da Complexidade”. Foi adotada a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico, por possibilitar compreender a realidade a partir da percepção que certo contexto ou objeto tem para as pessoas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A coleta dos dados ocorreu durante o período de maio de 2012 a abril de 2013, em dois serviços de referência em saúde auditiva, de alta complexidade, e um centro de referência estadual no controle e tratamento de pessoas com HIV/Aids, todos localizados em Santa Catarina. Participaram do estudo profissionais e gestores de saúde, selecionados com base na amostragem teórica, ou seja, processo no qual

o pesquisador decide, a partir das respostas e hipóteses de pesquisa, onde e com quem buscar as informações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Assim, para o primeiro grupo amostral, foram convidados profissionais de saúde que atuavam em serviços de referência estadual de alta complexidade, credenciados pelo Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), com no mínimo cinco anos de experiência na área, totalizando dez participantes, sendo seis fonoaudiólogos, dois assistentes sociais e dois médicos otorrinolaringologistas. Realizou-se entrevista individual, semiestruturada, cujas questões iniciais foram: *Como você vê a relação entre infecção pelo HIV/Aids e a perda auditiva? Quais os desafios na organização do cuidado a essas pessoas?* O encaminhamento das demais questões foi direcionado pelas pesquisadoras a partir das respostas dos participantes.

O segundo grupo amostral se formou de sete profissionais de saúde, quais sejam: quatro médicos infectologistas, três enfermeiros, que atuavam em um serviço de referência estadual no controle e tratamento de pessoas com HIV/Aids. O terceiro grupo amostral, por quatro gestores, dois representantes de municípios, e dois representantes do estado que atuavam com a Política de DST/Aids na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí e na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; o quarto grupo amostral foi realizado com os gestores estaduais da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Coordenadores Regionais dos Municípios de Itajaí, Florianópolis e São José; e, por fim, o quinto e último grupo amostral, formado por dois representantes de uma Organização Não Governamental (ONG), que atende pessoas que vivem com HIV/Aids.

Ressalta-se que o recrutamento dos participantes ocorreu por contato telefônico para o local de trabalho, com apresentação dos pesquisadores envolvidos e da metodologia da pesquisa, com posterior convite ao sujeito para participar do estudo. Caso se obtivesse retorno positivo, era agendado um segundo encontro para a realização da entrevista.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas em sua íntegra. A análise dos dados ocorreu de modo simultâneo à coleta, seguindo as etapas propostas pela TFD: codificação aberta, axial e seletiva. Na codificação aberta, os dados foram analisados linha por

linha com o objetivo de identificar incidente por incidente. Assim, foram gerados códigos que, depois de agrupados, promoveram a elaboração dos conceitos. Na codificação axial, os dados foram reagrupados, para se obter uma explicação mais clara e completa do fenômeno, relacionando categorias às subcategorias.

Contudo, na fase da codificação seletiva, as categorias e subcategorias encontradas anteriormente foram comparadas e analisadas continuamente com o objetivo de fazer emergir a categoria central ou o fenômeno, para assim desenvolver a explicação teórica (STRAUSS; CORBIN, 2008). Alcançou-se a saturação dos dados com a repetição das informações e consolidação das categorias encontradas. Utilizou-se o modelo paradigmático (STRAUSS; CORBIN, 2008) como estrutura guia da organização dos dados, emergindo o fenômeno “*Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids*”, amparado por cinco componentes: contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias e consequências. Devido à importância e relevância do primeiro componente, para este manuscrito, optou-se por abordá-lo separadamente, dando visibilidade às suas respectivas subcategorias.

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o nº 34564. Para preservar a identidade dos participantes empregou-se o uso de alônimos formados pela letra E, além de um número correspondente à sequência das entrevistas realizadas (E1, E2 a E30).

## RESULTADOS

O Componente Contexto do fenômeno “*Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids*” é formado por duas categorias: *Desconhecendo a relação entre HIV/Aids e perda Auditiva*, e *Demonstrando o interesse pelo cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids e a relação HIV e perda auditiva*.



**Figura 1** - Diagrama do Componente Contexto

Fonte: elaborado pela autora

## **DESCONHECIMENTO DA RELAÇÃO ENTRE HIV/AIDS E PERDA AUDITIVA**

### **Revelando o desconhecimento dos profissionais e gestores sobre a relação entre HIV/Aids e perda auditiva**

Nesta subcategoria, emerge um dos significados que aponta para a necessidade de estudos, discussões interdisciplinares e divulgação acerca da temática HIV/Aids e perda auditiva. Segundo os participantes, a lesão auditiva pode ser em sistema nervoso central, ocasionada por uso de medicações antirretrovirais e/ou ototóxicas, e citam estudos realizados com crianças, mas não revelam nenhuma preocupação com a população adulta, como ilustram as seguintes falas:

Eu lembro que há um tempo, eu li os trabalhos da Carla Gentile Matas, ela fez com crianças, alguma pesquisa com mães, fez avaliação comportamental, eu lembro que as crianças tinham ausência de reflexo cócleo-palpebral, que é um sinal central. [...] E imagino que pela medicação antirretroviral que eles tomam, tenha relação com a surdez, não sei os efeitos, mas imagino que seja significante. (E1)

A única coisa que eu soube é que as infecções oportunistas fazem com que eles tomem muitos medicamentos ototóxicos, e acabam prejudicando a audição em função disso. Não é a AIDS em si, não é o HIV em si só que vai causar a surdez. Foi o que eu aprendi, mas é muito básico. Eu nunca li sobre isso e não fui pesquisar a fundo. (E2)

Assim, os participantes pareciam surpresos ao saberem da relação entre a infecção pelo HIV e a perda auditiva e por desconhecimento não realizavam cuidado específico. No entanto, alguns profissionais, principalmente da área de enfermagem, relataram apenas observar se houve mudança no comportamento do paciente, geralmente após o questionamento do infectologista. Percebiam que o próprio paciente não se queixava e que, diante da suspeita de uma perda revelavam sentir angústia pela demora na confirmação do diagnóstico:

Pra mim foi surpreendente! Não fazemos nada específico, não temos uma rotina de enfermagem para isso. Jamais eu pensei que a simples infecção do HIV causasse uma perda auditiva! Eu sei que em muitas patologias está associada ao HIV, e agora existe também a perda auditiva. E com certeza vai ficar na mão da enfermagem. Porque a maioria das coisas aqui é assim, o médico dá o diagnóstico e diz: “Vai lá e fala com a enfermagem”. (E4)

A escassez de publicações na área, e os fatores múltiplos que podem causar a perda auditiva nas pessoas que vivem com HIV/Aids também estiveram presentes no discurso dos profissionais da saúde, principalmente dos otorrinolaringologistas.

Li poucos artigos na residência, na verdade na época estavam começando alguns estudos fora, não tinham estudos nacionais. Sei que agora já temos, mas são poucos ainda. E a dificuldade era saber a causas. Pode ser pela medicação antirretroviral, ou medicações ototóxicas utilizadas para tratar as doenças oportunistas. O HIV é uma infecção viral, e pode causar uma perda neurossensorial, e alguns estudos relatam sinais centrais. E também tem as doenças oportunistas, as neurológicas são as piores. (E23)

[...] E como vamos fazer o diagnóstico da causa? Acredito que nunca, não vejo uma forma de separar isso tudo... sei lá, acho bem complicado tentar fazer topodiagnóstico nessa população. É como te disse lá no começo, sabemos pouco sobre essa relação. Mas também não é por isso que não iremos fazer nada. Não estou dizendo isso! (E29)

Foram consideradas três principais causas de perda auditiva nesta população: uso prolongado de medicação ototóxica ou antirretroviral, doenças oportunistas e o vírus atuando no nervo auditivo. Outro problema referido pelo grupo foi a dificuldade em separar, nas pesquisas, quais fatores estão atuando na perda auditiva, em

determinado paciente, e em um determinado momento de sua vida, uma vez que a mesma pessoa pode ter uma ou mais causas durante vários momentos da vida.

### **Desconhecendo que as pessoas que vivem com HIV/Aids tem sobre a perda auditiva**

Nesta subcategoria, se verificou que as pessoas que vivem com HIV/Aids não percebem a perda auditiva como um problema. Quando chegam a se referir é porque já estão com uma perda permanente e com um grau que dificulta a comunicação. Desse modo, os participantes enfatizaram este aspecto e referiram a necessidade de orientar os pacientes para observarem sinais e sintomas da perda auditiva, de modo que consigam ajudar a equipe de saúde a realizar uma avaliação o mais precoce possível.

Sabe quando eu identifiquei perda auditiva em um paciente? Só paciente com quadro neurológico. Esse eu lembro bem, porque não ouvia nada. E a gente sabe que casos complicados, que não tratam direito, não usam a medicação corretamente, e vêm as doenças oportunistas. Porque no consultório, com aquele paciente que faz tudo certinho, eles não referem. Não no começo, e se, como você disse, a perda pode ser progressiva, então piorou. Ele não percebe, nós menos ainda. (E7)

O que a gente precisaria fazer já que os pacientes não se percebem com perda auditiva, mas eles se queixam que estão com zumbido constante, eu deito e boto a cabeça no travesseiro e não para de zumbir. [...] Eles referem que têm tontura muito frequentemente, que não consegue ficar de pé sozinhos, outros falam do zumbido e alguns se queixam de que a audição está diminuindo, que ele tem que aumentar o volume do celular pra ouvir o que está conversando e coisa e tal. E agora a gente tem que prestar atenção nisso e eles também. (E24)



Os sinais e sintomas de alterações auditivas em perdas com início em frequências agudas, e de progressão lenta são difíceis de serem identificadas pelos pacientes, e estas são as características encontradas em estudos realizados com pessoas que vivem com HIV/Aids, desse modo, as dificuldades em identificar os usuários que necessitam de especialistas em audiologia e/ou otorrinolaringologistas faz parte da rotina dos profissionais que trabalham com essa população.

## **DEMONSTRANDO O INTERESSE PELO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

### **Percebendo o interesse e dos profissionais na compreensão da problemática**

Nesta subcategoria, os participantes reconheceram o caráter inovador, demonstraram interesse em conhecer o tema abordado no estudo, sentiam-se instigados a participar de capacitação e treinamentos, bem como perceberam a necessidade de compreender melhor a relação entre HIV/Aids e perda auditiva, as consequências para aos pacientes e como construir, em equipe interdisciplinar, novos protocolos de cuidado nessa área.

Outra coisa óbvia é que o médico, o infectologista, vai precisar de treinamento, de ferramentas para compreender melhor essa relação. Não acredito que nossa função seja ficar solicitando exames, e quando o resultado voltar? O que eu faço com isso? Tenho que entender o resultado, saber como tratar, se for o caso, conhecer a rede, se precisar encaminhar para o outro especialista. Não é tão simples assim. Eu fiquei curioso, e ao mesmo tempo preocupado, os gestores, digo lá em Brasília, terão que saber disso também e agir, juntar os profissionais das áreas da audição e do HIV, construir isso junto. (E6)

Isso é uma coisa nova, e há vinte anos ninguém ia pensar que tinha que criar um serviço de otorrinolaringologia e fonoaudiologia para atender pacientes com HIV+. Isso é coisa nova! Então tem

que fazer pesquisa, e por isso é uma tese, é inovador o teu estudo! É essa tese vai contribuir para que a gente tenha um dado e faça o que deve ser feito. Porque realmente em cima de uma tese, de um estudo, nós temos que agora criar serviços para dar suporte a essa população que está ficando surda. São milhares de pessoas que precisam desse atendimento, mas só agora sabemos disso. É questão de a gente ter agora sim, pra isso que o SUS existe pra que a gente possa organizar o serviço, de forma estruturada para dar atenção ampla para que todas as especialidades, médicos e outros profissionais, possam atender esse paciente crônico. (E17)

Relataram, ainda, que, por ser um estudo novo, precisam organizar o serviço de forma estruturada, de maneira que as pessoas que vivem com HIV/Aids, que é uma condição crônica, possam ter um bom atendimento nessa área.

### **Reconhecendo a especialização como um fator limitante para o cuidado integral**

Os participantes acreditavam que a especialização, a divisão da ciência em diversas áreas, é um dos fatores que limitam o cuidado integral, e o trabalho em equipe, tendo como consequência os “gargalos” na rede, a referência e contrarreferência não funciona por falta desses especialistas, e estes acabam sendo os profissionais a que os pacientes não têm acesso, dificultando o prosseguimento do tratamento, como exemplificam as falas:

É bem complicado isso no dia a dia, um cuida do ouvido, o outro do olho, um da parte social, o outro da psicológica, e assim vai. Então isso afeta sim o atendimento, não vemos um ser, e sim um pedaço do corpo com problema, e o meu pedaço. Fico incomodada com isso, fico me questionando sobre as especializações. Hoje temos de volta o médico da família, mas mesmo assim a formação dos profissionais não é voltada para o trabalho em

equipe. E hoje, se vamos ler as portarias, as políticas públicas, existe a exigência das equipes mínimas. São vários profissionais que se complementam, mas que nunca trabalharam juntos, muitas vezes nem sabem o que o outro pode contribuir para o seu próprio atendimento. E aqui, com esse seu trabalho, pra mim fica escancarado. São duas políticas, cheia de profissionais, cada um com seu conhecimento específico. Não creio que a especialização vá acabar, mas a maneira como a formação é feita deveria ser repensada. (E5)

Sabe o que me deixa mais chateada, essa questão do especialista. Sempre que precisamos não tem na rede, o otorrino então nem se fala. E fico com isso martelando, e pensando por que a formação não é mais abrangente, ou por que o sistema não distribui melhor esses profissionais na rede. Alguma coisa tem que ser feita. Eu colocaria o profissional no nível de gestão de acordo com a necessidade da população local, e não deixar o especialista longe, inacessível, como um ser que sabe tudo, e no fim não resolve nada, porque o paciente não chega nele. (E13)

Destaca-se que, apesar de as políticas públicas exigirem equipes mínimas para o atendimento da população, os profissionais parecem ainda ter dificuldade em trabalhar de modo interdisciplinar, complementando o cuidado, e integrando as ações em saúde, assim como têm o desafio de encaminhar as pessoas que vivem com HIV/Aids ao especialista, neste caso, o otorrinolaringologista, uma vez que não há profissionais suficientes na rede, conforme relataram os participantes.

### **Considerando a condição de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids como um desafio ao diagnóstico da perda auditiva**

Evidencia-se outro desafio para a realização do diagnóstico precoce em pessoas que vivem com HIV/Aids, a condição de vida dessa população, geralmente caracterizada por pessoas de baixa renda, sem

escolaridade, crianças órfãs, e ou por aqueles que não aderem ao tratamento e apresentam múltiplos fatores de risco para a perda auditiva.

Eu tive um grupo de pesquisa com crianças durante cinco anos, mas eram bebês, e foi muito difícil, não conseguíamos fechar diagnóstico, não vinham, as condições sociais péssimas, mas tinham atraso de linguagem e muita otite de repetição. (E13)

A quantidade de fatores de risco que ele possa ter junto é grande, por exemplo, se teve doença oportunista, tempo de infecção que ele não sabia... tem muitos fatores aí, mas com certeza é um paciente que requer um olhar mais apurado. (E23)

[...] porque você pega uma população de menor renda, menor acesso a informação, não só acesso a informação, mas de menor entendimento sobre a informação. Então isso é complicado, emperra o tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids hoje, e agora fico imaginando em relação à perda auditiva, não vai ser fácil. (E7)

Adesão ao tratamento, capacidade de entendimento das informações, os fatores de risco envolvidos em cada caso são algumas das dificuldades apresentadas pelas pessoas que vivem com HIV/Aids para a realização do diagnóstico da perda auditiva, assim como a intervenção precoce; evidencia-se, por meio do discurso dos participantes, que temos um longo caminho a percorrer para a inclusão dessa população à rede de atenção à saúde auditiva.

## **DISCUSSÃO**

A literatura referente às alterações no sistema auditivo, em pessoas que vivem com HIV/Aids, ainda é pouco discutida no meio acadêmico, mas já se sabe que há três causas que podem comprometer o funcionamento auditivo desta população. A ação do vírus no sistema auditivo, o uso de medicações ototóxicas e as doenças oportunistas (STEARN; SWANEPOEL, 2010).

As alterações auditivas associadas ao HIV podem ser causadas diretamente pela ação do vírus no sistema auditivo, pela ototoxicidade de medicações utilizadas no tratamento de manifestações secundárias, a terapia antirretroviral e as doenças oportunistas. (BANKAITIS; KEITH, 1995; VIEIRA; GREGO; TEÓFILO; GONÇALVES, 2008; CECCARELLI et al. 1997).

Ao evidenciarmos o desconhecimento dos participantes sobre a relação entre HIV/Aids e perda auditiva, devemos levar em consideração o quanto este tema já esteve presente na rotina de trabalho deste grupo, compreendendo que, apesar de não conhecerem o assunto, conseguiram relacionar alguns sinais e sintomas de perda auditiva nesta população. Foram referidas algumas dessas causas como comprometedoras do sistema auditivo, não conseguiram associar todas, no entanto, percebe-se que a literatura científica não estabeleceu um consenso de quais alterações afetam mais, quanto tempo de uso de medicação, quais antirretrovirais seriam mais prejudiciais. Portanto, nesse sentido, evidencia-se que novas pesquisas que aprofundem o conhecimento sobre as alterações auditivas em pessoas que vivem com HIV/Aids precisam ser realizadas, discutidas e difundidas, a fim de melhorar o atendimento desta população, diminuindo o tempo do diagnóstico, e prevenindo este agravo.

Um estudo foi realizado por meio de uma Revisão Integrativa de Literatura, com o objetivo de identificar os fatores relacionados à perda auditiva em pessoas que vivem com HIV/Aids, na literatura científica mundial. Utilizando como descritores: Perda Auditiva, Transtornos da Audição e Surdez associados separadamente ao descritor HIV, nas bases PUBMED, SciELO, LILACS e ISI, considerando pesquisas originais, de acesso completo, gratuito, nos idiomas inglês, espanhol, francês e português. Selecionaram-se para análise 13 estudos quantitativos, publicados no período de 1994 a 2010. Pode-se concluir que não foi encontrada forte relação direta da terapia antirretroviral com a perda auditiva; no entanto, evidencia-se a existência de alterações auditivas na população estudada, portanto suas relações e causas precisam ser mais bem investigadas (ASSUITI et al., 2013).

Em relação ao desconhecimento sobre a relação entre HIV/Aids e perda auditiva, nas pessoas que vivem com HIV/Aids, o fato pode estar relacionado ao comprometimento lento e progressivo, que ocorre nas frequências agudas, e por serem estas menos perceptíveis, sendo

assim, os pacientes não referem o problema, por ser inicialmente insidioso e lento, apesar da progressão ser diferente da presbiacusia. A deterioração do sistema auditivo devido à infecção pelo HIV progrediu mais do que o esperado devido ao envelhecimento, em frequências altas, progressivamente, com base em resultados de tons puros, ou seja, realizados por meio de audiometria (CHANDRASEKHAR et al., 2005, 2000; MATAS et al., 2000; MOAZEZZ; ALVI, 1998; VINCENTI et al., 2005).

Um dos sete princípios de Morin (2008) é o *Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento*, e isso significa dizer que todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e épocas determinadas. Assim, o novo conhecimento nos leva a reconstruir nosso modo de ver, de cuidar, de ser, de estar, e nos possibilita construir novos caminhos, e, a partir deste contexto apresentado pelos participantes, temos a possibilidade de construir um novo cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids, o cuidado com um novo agravo, o cuidado com sua saúde auditiva, e conseqüentemente com a característica mais humana, a comunicação. Para isso será necessário um pensamento que saiba tratar, interrogar, eliminar e salvaguardar as contradições. Esta é a tarefa do pensamento complexo (MEIRELLES, 2003).

Destaca-se também a atenção voltada na especialidade, principalmente com a falta de otorrinolaringologistas na atenção básica, uma vez que as especialidades médicas, de acordo com os níveis de hierarquização do SUS, estão presentes na média e alta complexidade. Podemos afirmar que, em relação à formação acadêmica, ainda temos enraizado, e não é forçoso admitir que o perfil (científico-técnico e ético-político) dos profissionais formados continua predominantemente direcionado à reprodução do modelo médico-assistencial hegemônico, que subsiste mesmo no interior do SUS. O que, em parte, resulta da conservação de um modelo de formação superior que ressalta a profissionalização precoce, com tendência à especialização e subspecialização, contribuindo para tornar os profissionais formados dependentes tecnologicamente e carentes de capacidade crítica diante das transformações na situação de saúde e na organização do trabalho no setor. A interdisciplinaridade aparece para promover a superação da superespecialização e da desarticulação entre teoria e prática. O trabalho interdisciplinar se caracteriza pela intensidade das trocas entre os

especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa, equipes de saúde, proporcionando um olhar integral, voltado à compreensão da totalidade do ser, na tentativa de integrar as equipes e os usuários ao sistema de saúde, hoje fragmentado (TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013; PIRES, 1998; VILELA; MENDES, 2003).

No entanto, para a construção de um novo cuidado, e em novas ações em saúde, devemos iniciar nossa trajetória pelo sistema de saúde, e a concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção, assim divididas: atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Para Mendes (2011, p.83) “essa concepção é totalmente equivocada”, pois a atenção primária à saúde (APS) não é menos complexa do que os cuidados ditos de média e alta complexidade, na realidade a APS deve atender mais de 85% dos problemas de saúde, problemas estes com necessidades de atendimento em clínicas mais ampliadas, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde. Essa visão hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, “a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais” (MENDES, 2011).

Nesse contexto, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento (PORTER; TEIBERG, 2007), e isso significa dizer que a continuidade da atenção à saúde deve ser garantida (atenção primária, secundária e terciária), assim como a integralidade da atenção (ações de promoção da saúde, prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição) (MENDES, 2011).

A deficiência auditiva em adultos é uma condição crônica prevalente, associada com deficiências psicossociais e qualidade de vida (WEINSTEIN, 1996). As RAS tentam superar a fragmentação do cuidado para condições crônicas e agudas, e isso só tem sentido com cuidado integral, os problemas das condições crônicas não podem ser resolvidos por um sistema centrado nos médicos, deve sim envolver uma equipe multidisciplinar que atue com atendimentos programados e

monitoramento das pessoas usuárias, com ações preventivas, educacionais e de autocuidado, realizadas por membros das equipes de saúde, que devem estar presentes, seja presencial, seja à distância, por meio telefone ou correio eletrônico.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo apresenta como limitações algumas características inerentes à pesquisa qualitativa, cujo cenário e amostra de participantes resgatam elementos específicos e peculiares, o que compromete sua capacidade de generalização. Entretanto, alcançou o objetivo de compreender o contexto da relação entre HIV/Aids e perda auditiva a partir da vivência de profissionais que atuavam nas políticas públicas de saúde auditiva e de DST/Aids em Santa Catarina.

O desconhecimento geral dos participantes foi confirmado durante a análise dos dados, uma vez que no meio científico ainda se apresenta como um tema controverso, apesar de as evidências científicas de alterações auditivas já terem sido demonstradas nesta população.

Os profissionais com seu conhecimento disciplinar, como os médicos especialistas em otorrinolaringologia e infectologia, compreendem a dificuldade em identificar a etiologia da perda auditiva nessa população, mas reconhecem também a necessidade de um olhar mais apurado no atendimento das pessoas que vivem com HIV/Aids.

O interesse em discutir, compreender e trabalhar em equipe, evidenciado no discurso, dos profissionais que atuavam diretamente com as pessoas que vivem com HIV/Aids, é um dos fatores que nos levam a vislumbrar um caminho onde haja a possibilidade de construir uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário, com ações interdisciplinares, serviços integrados em redes, com o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde auditiva das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Acreditamos que uma nova dimensão do ser, de viver e de cuidar será necessária para atender esta população. Nesta dimensão de cuidado, o novo e diferente é igual, devemos proporcionar um atendimento individualizado, e junto, em todas as etapas do processo, preservando a exposição, mas integrando, englobando e considerando sua realidade de vida diária (escola, trabalho, lazer, família, idade, doenças associadas), tendo como finalidade melhorar a qualidade de



vida das pessoas que vivem com HIV/Aids e seus familiares, focando na aceitação e na compreensão das limitações de comunicação causadas pela deficiência auditiva.

## REFERÊNCIAS

ASSUITI, L. F .C. et al . Perda auditiva em pessoas com HIV/AIDS e fatores relacionados: uma revisão integrativa. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo , v. 79, n. 2, Apr. 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-86942013000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942013000200019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-8694.20130042>.

BANKAITIS, A. E; KEITH R. W. Audiological Changes Associated with HIV Infection. **Ear Nose Throat J.** v, 74, n. 5, 1995.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. IBGE. **Censo 2010**: 6,7% da população tem alguma deficiência severa. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: Ago. 2013.

BRASIL. **Lei n 8080, 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, 1990.

CECCARELLI, J. C. et al. Avaliação otoneurológica em pacientes HIV positivos. **Rev. Bras. de Otorrinolaringologia.** v. 63, pp. 312-316, 1997.

CHANDRASEJHAR, S. S. et al. Otologic and Audiologic Evaluation of Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients. **American Journal of Otolaryngology.**v. 21, pp. 1-9, 2000.

ERDMANN, A. L. et al . Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 3, Sept. 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

07072006000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Ago. 2013.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300014>.

ERDMANN, A. L. MEIRELLES, B. H. S.; SOUSA, F. G. M. A produção do conhecimento: diálogo entre os diferentes saberes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, ago. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-1672006000400017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672006000400017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 21 ago. 2013.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-1672006000400017>.

KLEMM, E.; WOLLINA, U. Ootosyphilis: report on six cases. **European Academy of Dermatology and Venereology**. v. 18, pp. 429-434, 2004.

MATAS, C. G., et al. Audiological evaluation in children Born to HIV-positive mothers. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. v. 66, n. 4, pp. ,317-324, 2000.

MATAS, C. G.; IORIO, M. C. M.; SUCCI, R. C. M.. Auditory disorders and acquisition of the ability to localize sound in children born to HIV-positive mothers. **Braz J Infect Dis**, Salvador, v. 12, n. 1, fev. 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-86702008000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702008000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 23 ago. 2013.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702008000100004>.

QUIDICOMO, S; MATAS, C. G.. Estudo da função auditiva em indivíduos com HIV/AIDS submetidos e não submetidos à terapia antirretroviral. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo , v. 18, n. 1, mar. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-64312013000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312013000100004&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 11 fev. 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312013000100004>.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MEIRELLES, B.H.S. **Viver saudável em tempos de aids**: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto da prevenção da

infecção pelo HIV. 2003. 310f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MOLYNEUX, E. et al. The effect of HIV infection on paediatric bacterial meningitis in Blantyre, Malawi. **Arch Dis Child**. v. 88, pp. 1112–1118, 2004.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. /Edgar Morin (1921); tradução de Eloá Jacobina. 15ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

SILVA A. C.; PINTO; F. R; MATAS, C. G. Audiological and electrophysiological evaluation of children with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). **Braz J Infect Dis**. v. 10, n. 4, 2007.

SOUMARÉ, M. et al. Epidemiological, clinical, etiologial features of neuromeningeal diseases at the Fann Hospital Infectious Diseases Clinic, Dakar (Senegal). **Médecine et maladies infectieuses**. v. 25, pp. 383–389, 2005.

SOUSA, F. G. M; ERDMANN, A. L. A integralidade do Cuidado: do real à fantasia. In: SOUSA, F. G. M; KOERICH, M. S. (Organizadoras) **Cuidar** – Cuidado Reflexões Contemporâneas. – Florianópolis: PAPA-Livro, 2008.

STEARN, N.; SWANEPOEL, D. W. Sensory and Neural Auditory Disorders Associated with HIV/AIDS. In: SWANEPOEL, D. W.; LOUW, B. **HIV/AIDS: Related Communication, Hearing and Swallowing Disorders**. United Kingdom: Plural Publishing Inc, 2010.

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

UNAIDS. **Global report:** UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. WHO Library: Genebra/Suíça, 2012.. Disponível em: [www.unaids.org/en](http://www.unaids.org/en).

VIEIRA, A. B. C. Manifestações otoneurológicas associadas à terapia anti-retroviral. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. V.41, n.1, p. 65-69, 2008.

WEINSTEIN, B. E. Treatment Efficacy: Hearing Aids in the Management of Hearing Loss in Adults. **J Speech Hear Res**. v. 39, pp. 37-45, 1996.

WENZEL G. I. et al. HIV-associated cerebral lymphocyte infiltration mimicking vestibular schwannoma. **Eur Arch Otorhinolaryngol**. v. 265, pp. 1567-1571, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2002:** reducing risks, promoting healthy life. Suíça: World Health Organization, 2002.

\_\_\_\_\_. **Diagnosed with hearing loss at a young age and was fitted with a hearing aid, 2006.** Disponível em: [www.who.int/features/2006/hearing\\_impairment/en/](http://www.who.int/features/2006/hearing_impairment/en/)>. Acesso em 23 ago. 2013.

## 6.2 MANUSCRITO 2 – ORGANIZANDO A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA DE PESSOAS COM HIV/AIDS: CONDIÇÕES CAUSAIS E INTERVENIENTES

### **ORGANIZANDO A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA DE PESSOAS COM HIV/AIDS: CONDIÇÕES CAUSAIS E INTERVENIENTES**

#### **RESUMO**

Trata-se de um estudo qualitativo que teve por objetivo compreender as condições causais e intervenientes para a gestão da rede de atenção à saúde auditiva de pessoas com HIV/Aids em Santa Catarina a partir da perspectiva dos profissionais e gestores de saúde. Utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico e a coleta dos dados ocorreu através de entrevista semiestruturada com 30 profissionais e gestores, distribuídos em cinco grupos amostrais. Identificaram-se como elementos causais a gestão pública do SUS complexa e fragmentada e a preocupação com a nova demanda para a rede. Como influências emergiram as limitações na rede de atenção à saúde auditiva. Conclui-se que a inclusão de fonoaudiólogos nos Programas de Atenção à Saúde, especialmente na Atenção Básica, contribuirá para o atendimento apropriado à pessoa com HIV/Aids, favorecerá a interlocução entre os níveis de atenção no que tange à saúde auditiva, bem como promoverá a consolidação das Redes de Atenção à Saúde.

**Descritores:** Fonoaudiologia. HIV. Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde. Enfermagem.

### **ORGANIZING OF THE HEARING HEALTHCARE NETWORK FOR PEOPLE WITH HIV: CAUSAL AND INTERVENING CONDITIONS**

#### **ABSTRACT**

This is a qualitative study with the objective of understanding the causal and intervening conditions for the management of the hearing healthcare network for people with HIV/Aids in Santa Catarina from the

perspective of healthcare professionals and administrators. It used Grounded Theory as a methodological reference and the data collection took place through semi-structured interviews with 30 professionals and managers in five sample groups. It identified as causal elements the complex and fragmented public management of Brazil's Single Healthcare System and the concern for the new demand for the network. The influences found were the limitations in the hearing healthcare network. It concluded that the inclusion of speech therapists in the healthcare programs, especially in basic care, would contribute to suitable care for people with HIV/Aids, and would favor interlocution between the levels of care involved with hearing healthcare, and promote the consolidation of the healthcare networks.

**Descriptors:** Speech, Language and Hearing Sciences. HIV. Primary Health Care Health Management. Nursing.

## **ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SALUD AUDITIVA CUIDADO DE LAS PERSONAS CON VIH / SIDA: CONDICIONES CAUSALES Y INTERVENIENTES**

### **RESUMEN**

Se trata de un estudio cualitativo que tuvo como objetivo conocer las condiciones causales y intervinientes las partes interesadas para la gestión de red de la salud auditiva de las personas con VIH/SIDA en Santa Catarina, desde la perspectiva de los profesionales sanitarios y los gestores. Se utilizó la Teoría Fundamentada como referencia metodológica y los datos fueron recolectados através de entrevistas semi-estructuradas con 30 profesionales y directivos , distribuidos en cinco muestras diferentes. Identificado como elementos causales de la complejidad de la gestión pública del SUS y fragmentada y la preocupación por la nueva demanda de la red. Influencias emergieron como las limitaciones de la red de la salud auditiva. Se concluye que la inclusión de programas de formación profesional en el cuidado de la salud, especialmente en la atención primaria, contribuyen a una atención adecuada a las personas con VIH/SIDA, fomentar el diálogo entre los niveles de atención en lo que respecta a la salud auditiva, y promover la consolidación de las redes de atención médica.

**Descritores** : Fonoaudiologia. VIH. Atención Primaria de Salud. Gestión en Salud. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Com os avanços científicos alcançados com a utilização da terapia antirretroviral, a expectativa e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids tiveram aumento, transformando o processo de viver dessas pessoas, sendo considerados portadores de uma doença crônica potencialmente controlável (BUCCIARDINI, et al., 2006). Contudo, é identificada significativa perda auditiva ou distúrbio audiológico nas pessoas com HIV/Aids, apontando a necessidade de melhoria na oferta de serviços para prevenção e tratamento deste agravo, como outra condição crônica (ASSUITI, et al., 2013).

Os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva (SASA) têm por objetivo prestar assistência especializada às pessoas com doenças otológicas, em especial, às pessoas com *déficit* auditivo. Devem realizar triagens e monitoramento da audição, diagnóstico da perda auditiva, indicação, seleção e adaptação, validação e acompanhamento do processo de protetização auditiva, além de realizar os procedimentos diagnósticos e de habilitação e reabilitação necessários ao deficiente auditivo. Também devem acolher as famílias, prestando-lhes esclarecimentos primordiais para que possam lidar com a deficiência auditiva. Esse processo, em serviços de média complexidade, engloba desde crianças a partir dos três anos de idade até idosos e, em serviços de alta complexidade, em todas as faixas etárias, bem como pessoas com múltiplas deficiências ou deficiências auditivas unilaterais (Centro de Pesquisa em Audiologia – CPA, 2007). Embora a saúde auditiva tenha ganhado espaço e visibilidade junto aos serviços especializados, apresenta pouca expressão e entraves burocráticos para o seu acesso junto aos serviços da Atenção Básica em Saúde.

Estima-se que 360 milhões de pessoas em todo o mundo tenham surdez incapacitante, segundo a Organização Mundial da Saúde (2013), enquanto que cerca de 20 a 40% das pessoas que vivem com HIV experimentem algum tipo de manifestação auditiva e/ou vestibular (MATA, et al., 2000). Considerando a relevância social e as consequências da deficiência auditiva na população e a possibilidade de

sucesso nas intervenções, há consonância entre a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva e da Atenção Básica à saúde, que preconizam a atuação multidisciplinar e interdisciplinar para lidar com as complexas questões de saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2004a).

Como suporte para a equipe saúde da família da ABS, composta por enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, dentista e Agente Comunitário de Saúde (ACS), designação para a equipe atuante na ABS, existe o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este último não conta com a participação de fonoaudiólogos, exigindo que os usuários sejam encaminhados para a atenção secundária ou terciária e trazendo à tona todas as potencialidades e fragilidades da gestão da rede de atenção à saúde auditiva às pessoas com HIV/Aids.

A Atenção Básica, como consta da Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na saúde e autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Por meio da Portaria nº 2.488/2011, a Política Nacional de Atenção Básica estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A ESF é a principal estratégia da Atenção Básica. Suas ações são realizadas por meio das Unidades Básicas de Saúde. A ESF contribui para a reorganização da atenção básica. Há uma ampliação do entendimento do processo saúde/doença, embasando-se numa prática intersetorial e interdisciplinar, na qual são consideradas a inserção do indivíduo e sua família na comunidade. A ESF é um modelo de reorganização do atendimento à população na Atenção Básica em Saúde (ABS). Esta esfera de atenção é orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. E deve ser a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde (BRASIL, 1990).

Os municípios podem implantar a ESF, com a equipe mínima, composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde; ou com a equipe ampliada, por meio da inserção do fonoaudiólogo e outros profissionais de saúde. O



Fonoaudiólogo inserido na ESF pode, após análise das necessidades de cada território:

- participar dos grupos de gestantes para orientar sobre amamentação e hábitos orais inadequados do bebê;
- participar dos grupos de envelhecimento ativo com o objetivo de orientar ações que favoreçam a comunicação oral e habilidades cognitivas, auditivas e vocais;
- participar de grupos e/ou realizar ações que favoreçam o desenvolvimento infantil, no que diz respeito às suas áreas de atuação; orientar agentes comunitários de saúde, para coletar dados referentes à comunicação dos usuários e detecção de sinais indicadores de alterações da comunicação humana;
- desenvolver atividades de promoção à saúde e da comunicação, por meio da abordagem de temas como saúde materno-infantil, desenvolvimento infantil, saúde auditiva, saúde mental, saúde vocal e saúde do idoso;
- realizar visitas domiciliares, para elencar fatores ambientais e familiares que possam gerar alterações na comunicação humana; realizar atividades em instituições educacionais, participar das entidades representativas da população (conselho gestor, popular);
- realizar com a equipe campanhas de aleitamento materno, saúde auditiva, saúde vocal, envelhecimento ativo e comunicação humana, etc.

A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, configura-se como um importante avanço para o SUS. A atenção básica, antes restrita aos cuidados dos profissionais das equipes de saúde da família, incorporou outras categorias profissionais. Revista pela Portaria nº MS/GM nº 2.488/2011, aponta que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados para ampliar a abrangência e o escopo

das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. O governo federal repassa recursos para a implantação e custeio dos núcleos, respeitando as particularidades de cada modalidade (NASF 1, NASF 2 e NASF 3). É de responsabilidade dos gestores municipais definirem a composição de cada núcleo, a partir das necessidades de saúde do território. O fonoaudiólogo pode fazer parte de qualquer uma das modalidades do NASF.

Os profissionais do NASF devem apoiar a equipe de saúde da família por meio de matriciamento, construção conjunta de projetos terapêuticos e demais momentos de troca de saberes, garantindo um processo de trabalho compartilhado e corresponsável na prestação do cuidado (CFFa, 2013). O fonoaudiólogo do NASF desenvolve tanto atividades comuns aos demais profissionais quanto ações específicas. Dentre estas estão:

- identificar fatores de risco que levam aos distúrbios da comunicação e funções orofaciais;
- compartilhar a construção de projetos terapêuticos dos usuários com necessidade de atenção especializada;
- realizar consulta compartilhada com a equipe de saúde da família;
- facilitar a inclusão social de usuários com deficiência auditiva, física e intelectual;
- promover educação permanente para os profissionais da saúde e da educação a respeito dos diversos distúrbios da comunicação.

A Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012, instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, e coloca o desafio de trabalhar redes integradas de saúde, com o objetivo específico, entre outros, de promover cuidados em saúde dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, e desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta.

As ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) deverão estar organizadas na Atenção Básica (UBS/ESF/NASF), na Atenção Especializada (CER – Centro

Especializado em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e CEO – Centro de Especialidades Odontológicas) e na Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Diante desse quadro interrogamos: Como os profissionais de saúde e gestores, compreendem a organização de uma rede de atenção à saúde auditiva para atender pessoas que vivem com HIV/Aids, em especial os elementos causadores e intervenientes? Este estudo tem por objetivo compreender as condições causais e intervenientes para a gestão da rede de atenção à saúde auditiva de pessoas com HIV/Aids em Santa Catarina a partir da perspectiva dos profissionais e gestores de saúde envolvidos.

## **METODOLOGIA**

Este estudo é de natureza qualitativa, no qual se utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico, por gerar construtos teóricos que elucidam as interações humanas inseridas em seu contexto social (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O cenário escolhido para a coleta dos dados: dois serviços de referência em saúde auditiva, de alta complexidade, e um centro de referência estadual no controle e tratamento de pessoas com HIV/Aids, dois destes localizados em Florianópolis e um em Itajaí, porém, todos de abrangência para o Estado de Santa Catarina.

Durante o período de maio de 2012 a abril de 2013, foram entrevistados profissionais de saúde selecionados com base na amostragem teórica, caracterizada pela busca de dados relevantes para desenvolver a teoria emergente através busca intencional por bons informantes, orientando o pesquisador para onde deve ir (CHARMAZ, 2009).

O convite aos participantes ocorreu por contato telefônico para o local de trabalho, com apresentação dos pesquisadores envolvidos e da metodologia da pesquisa, com posterior agendamento de um encontro para a realização da entrevista individual. Esta era composta pelas seguintes questões norteadoras: *Como você define uma rede de atenção à saúde auditiva? Como vê a organização de uma rede de atenção à saúde auditiva para atender pessoas que vivem com HIV/Aids, em especial os elementos causadores e intervenientes? Você participa da gestão dessa rede de atenção?* A condução do restante do processo foi

encaminhada pelas pesquisadoras a partir das respostas dos participantes

O primeiro grupo amostral foi formado pelos profissionais de saúde que atuavam em serviços de referência estadual de alta complexidade, credenciados pelo Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), com no mínimo dois anos de experiência na área, totalizando dez participantes, sendo seis fonoaudiólogos, dois assistentes sociais e dois médicos otorrinolaringologistas. O segundo grupo amostral foi composto por quatro médicos infectologistas, três enfermeiros, que atuavam em um serviço de referência estadual no controle e tratamento de pessoas com HIV/Aids, totalizando em sete participantes. O terceiro grupo amostral, por dois coordenadores municipais e dois gestores estaduais da Política de DST/Aids; o quarto grupo amostral foi realizado com coordenadores regionais dos Municípios de Florianópolis, São José e Itajaí, os coordenadores estaduais da PNASA na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC); e finalmente, o quinto grupo amostral, formado por dois representantes de uma Organização Não Governamental (ONG), que atende pessoas que vivem com HIV/Aids, no Município de Florianópolis.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas em sua íntegra. A análise dos dados incidiu de modo simultâneo à coleta, seguindo as etapas recomendadas pela TFD: codificação aberta, axial e seletiva. Na codificação aberta, os dados foram analisados linha por linha com o objetivo de identificar incidente por incidente. Portanto, foram gerados códigos que, depois de agrupados, promoveram a elaboração dos conceitos. Na codificação axial, os dados foram reagrupados, para se alcançar uma explicação mais clara e completa do fenômeno, relacionando categorias às subcategorias.

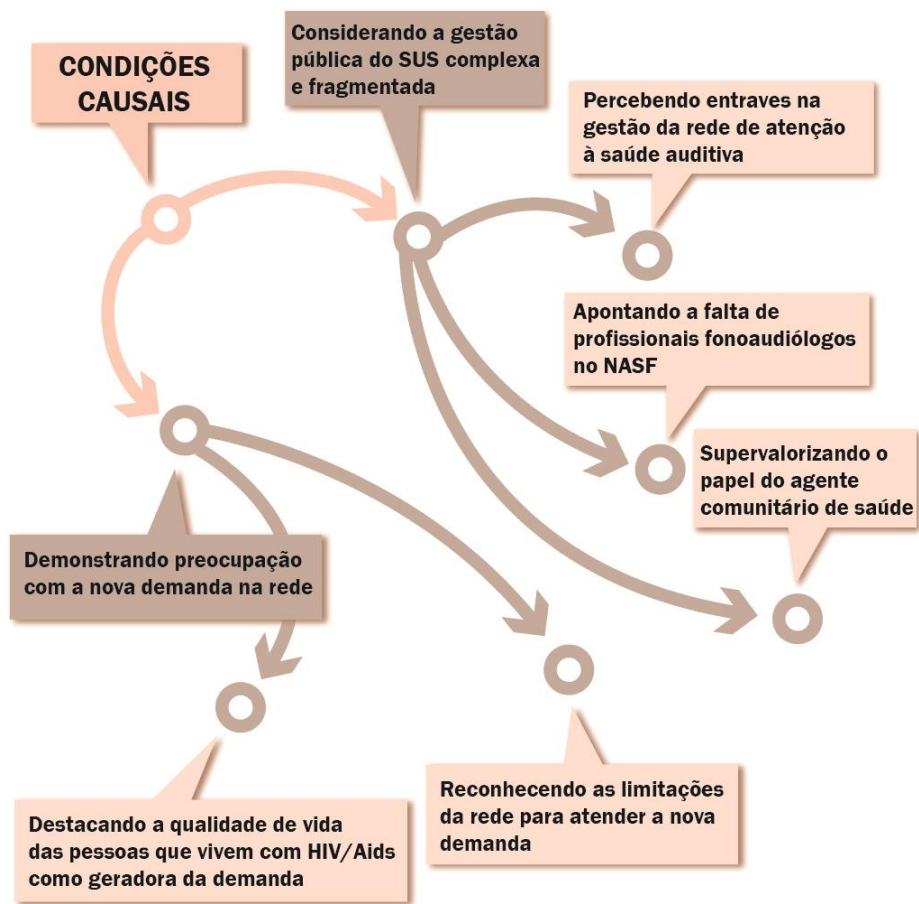
No entanto, na fase da codificação seletiva, as categorias e subcategorias encontradas anteriormente foram comparadas e analisadas continuamente com o objetivo de manifestar a categoria central ou o fenômeno, para assim expor a explicação teórica (STRAUSS; CORBIN, 2008). Obteve-se a saturação dos dados com a repetição das informações e concretização das categorias encontradas. Utilizou-se o modelo paradigmático (STRAUSS; CORBIN, 2008) como estrutura guia da organização dos dados, emergindo assim o fenômeno *“Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids”*, resguardado por cinco elementos: contexto, condições

causais, condições intervenientes, estratégias e consequências. Devido à interdependência das condições causais e intervenientes, para este manuscrito, optou-se por abordá-las conjuntamente, dando visibilidade às suas respectivas subcategorias.

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o nº 34564. Para preservar a identidade dos entrevistados empregou-se o uso de pseudônimos formados pela letra E, seguida de um número correspondente à sequência das entrevistas realizadas (E1, E2 a E30).

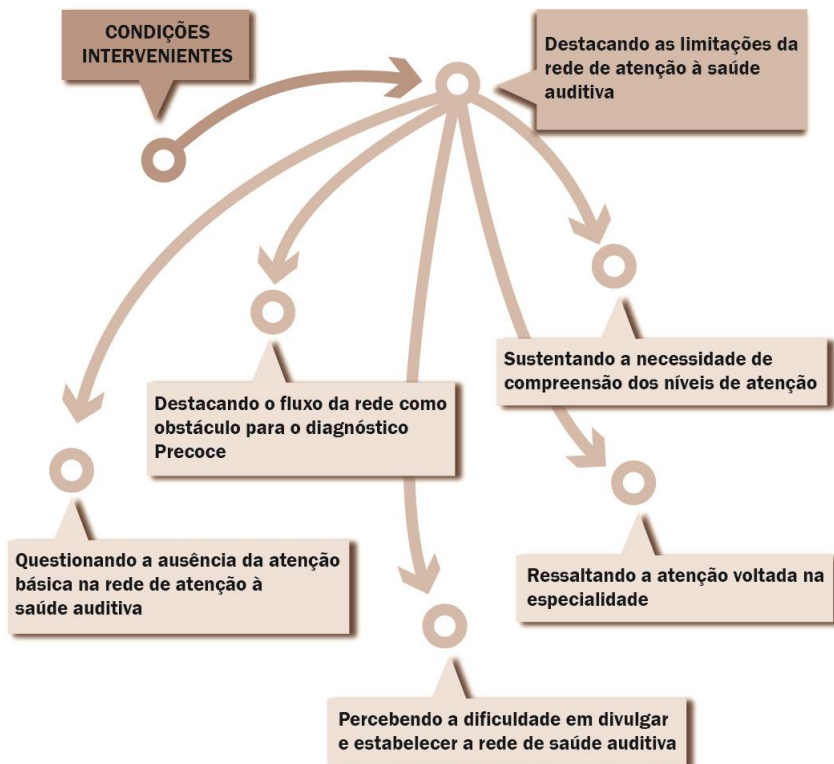
## **RESULTADOS**

As Condições Causais do fenômeno “*Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas com HIV/Aids*” são formadas por duas categorias: *Considerando a gestão pública do SUS complexa e fragmentada* e *Demonstrando preocupação com a nova demanda na rede*. Como Condição Interveniente emergiu: *Destacando as limitações na rede de atenção à saúde auditiva*.



**Figura 1:** Diagrama do Componente Condições Causais

Fonte: elaborado pela autora



**Figura 2:** Diagrama do Componente Condições Intervinentes

Fonte: elaborado pela autora

## CONSIDERANDO A GESTÃO PÚBLICA DO SUS COMPLEXA E FRAGMENTADA

### Percebendo entraves na gestão da rede de atenção à saúde auditiva

Os participantes do estudo esclareceram que há alguns problemas no sistema de saúde, e que para iniciar o atendimento dessa nova demanda há necessidade de integrar as duas portarias mais envolvidas nessa discussão. Queixaram-se da falta de estrutura física, da

falta de profissionais na área audiológica, tanto médicos especialistas, ou seja, otorrinolaringologistas, quanto fonoaudiólogos, o que acaba gerando os “gargalos” no sistema, referiram também a falta de equipamentos, como um item necessário para a realização do diagnóstico da perda auditiva, conforme o relato dos mesmos:

Não temos para quem pedir uma simples audiometria, se precisa do otorrino, ficam anos na fila. Mas tem que aproveitar essa rede que já está aí, a de saúde auditiva, mas com mais presença do município. Na verdade são as duas redes que precisam trabalhar juntas, de saúde auditiva e de DST/AIDS [...] fazer fluir, porque como está hoje fica bem complicado, não anda. E os gestores que me desculpem, mas o problema é lá, nesse sistema fragmentado, que já é complexo e desorganizado, fica mais ainda. (E19)

Bom, aí tem o problema de demanda de profissionais, tanto otorrino quanto fono, são poucos que trabalham no SUS. Precisaria contratar e comprar os equipamentos. Não só para essa população que estás estudando, a população geral sofre com essa ausência de serviços, principalmente na atenção básica. É complexo demais, pra deixar qualquer gestor maluco, no papel funciona, mas na prática é bem diferente. E aí fica essa estrutura enorme e fragmentada, complexa demais e que não funciona. Porque não vem me dizer que funciona! Porque ficar dois anos na fila esperando uma audiometria, não funciona! (E11)

Não temos uma rede para cuidar desses pacientes, aqui não tem e provavelmente no Brasil todo não tenha. Temos que discutir isso e fazer mudar de alguma forma. Ter fonoaudiólogo nessa equipe é fundamental e não só para alterações auditivas, para todas as alterações como disfagia e problemas de comunicação. Na rede atual já temos muitos obstáculos, falta profissionais,



equipamentos e uma boa gestão de tudo isso. A gestão é fragmentada demais! (E1)

Ainda, os participantes reconhecem que o maior desafio para a inclusão das pessoas que vivem com HIV/Aids à rede de atenção à saúde auditiva é a organização da estrutura desse sistema de saúde, e acreditam que o problema esteja na gestão.

### **Apontando a falta de fonoaudiólogos no Núcleo de Atenção à Saúde da Família**

Nesta subcategoria, tanto os profissionais, quanto os gestores reconhecem que há necessidade de incluir fonoaudiólogos na atenção básica, e que, com a presença destes, toda a rede se beneficiaria, uma vez que o trabalho de orientação à população e equipe, diagnóstico básico das alterações e distúrbios fonoaudiológicos, e monitoramento dos distúrbios, assim como o matriciamento, seriam funções exercidas pelo profissional, diminuindo os encaminhamentos equivocados para a média e alta complexidade, melhorando o fluxo dos serviços de saúde. Seguem-se os exemplos das falas:

Não temos fonos no NASF, e aqui sente falta, ele que vai capacitar o agente de saúde. Quantos riscos para déficit de comunicação a população tem? O HIV é mais um. E quantos fonos tem? É desproporcional. Eu acho que é isso que precisa, mais até que o otorrino, na verdade precisamos deles na avaliação, mas no acompanhamento desses pacientes o fono é fundamental, e não tem. É tudo na atenção básica, precisa urgente, pra ontem, ia melhorar muito a qualidade do atendimento na média e alta, e ia melhorar o fluxo dos serviços. Entendeu? (E14)

Então eu acho que a atenção básica tem que melhorar essa entrada, tem muito pouco profissional da nossa área na atenção básica, então esses laudos de surdez já estariam com os pacientes, média e alta não precisaria fazer, principalmente daqueles que não são surdos.

Então falta contratação de fonoaudiólogos na atenção básica, no NASF, e isso iria fazer muita diferença. (E15)

Desse modo, os usuários entrariam na rede de uma forma mais fácil e justa, evitaria o estrangulamento no sistema de acesso aos demais níveis de atenção, bem como contribuiria para a garantia do atendimento integral, acesso universal e igualitário, com gerenciamento eficaz e resolutivo do sistema de saúde, como preconizam os princípios e diretrizes do SUS.

### **SUPERVALORIZANDO A ATUAÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE**

Os participantes do estudo reconheceram a necessidade em estabelecer parcerias, principalmente na atenção básica, e destacaram o agente comunitário de saúde (ACS) como um desses profissionais, uma vez que o mesmo está em contato direto com a população ao exercer suas funções junto à população atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF). Seguem abaixo algumas falas:

Para manter o contato com os municípios, se não tiver um fono na rede, sabe, eu poderia estar trabalhando com um enfermeiro, com os próprios agentes comunitários de saúde, que a gente faz a capacitação para eles. Mas na verdade se não tem aquele profissional que está com olhar pra isso, entendeu, o agente comunitário tem um milhão de coisas para ver, a enfermeira também, é difícil pra eles. Mas enquanto não temos o fono, esses profissionais seriam a parceria mais fácil e tranquila, porque eu acho que isso que você está falando aí depende da atenção do profissional para aquela questão, [...] porque tenho certeza que, se você não fosse fono, você não iria nem levantar essa questão. Essa do HIV e perda auditiva. (E14)

Desde o agente de saúde que tem contato direto com a população, toda equipe que está nas UBS, enfermagem, médicos que são os principais que estão em contato. Mas o agente de saúde é

fundamental, porque, quando ele vai à casa, vê que tem uma criança ou idoso com fatores de risco pra surdez, ele tem que saber que fatores são esses, e hoje eles não sabem. Seria muito importante ele ter esse conhecimento, eu acho que não tem. (E1)

Entenderam que outros profissionais também são fundamentais, que há necessidade de capacitação, para reconhecimento dos pacientes com risco para perda auditiva, e que a enfermagem, apesar de ser o profissional ideal, não consegue dar conta de toda a demanda que é exigida das suas funções na atenção básica, então sugeriram uma aproximação junto aos ACS, uma vez que não há fonoaudiólogos atuando na ESF.

## **DEMONSTRANDO PREOCUPAÇÃO COM O AUMENTO DA DEMANDA NA REDE**

### **Destacando a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS como geradora da demanda**

Nesta subcategoria, os participantes destacaram que o avanço na terapêutica do HIV/Aids trouxe como consequência positiva o aumento da sobrevida, e da morbidade, diminuindo assim a mortalidade, e com qualidade de vida. Esses fatores geram a demanda para atendimentos de acompanhamento dessa população, principalmente em relação aos agravos advindos das relações existentes entre infecção pelo HIV e outra doença, que vão surgindo no decorrer do tempo e das pesquisas realizadas. Seguem-se então exemplos dessa natureza:

Realmente tem uma relação muito grande e a gente sabe que hoje em dia mudou muito a forma de ver um portador de HIV. Antigamente a gente pensava que não teria muita expectativa de vida, mas hoje não, com o sistema de saúde oferecendo a medicação, a sobrevida dessas pessoas é grande e nós temos que nos preocupar com a qualidade de vida dessas pessoas. São dois problemas em um só. Duas doenças que levam os estigmas e

isolamento. Temos que planejar isso, como atender esses pacientes. (E1)

Na verdade a consequência dessa demanda vem da qualidade do programa brasileiro, estou falando do HIV/Aids. O governo investiu, e quando o paciente adere ao tratamento ele vive bem, com uma boa qualidade de vida, não morre mais, e a surdez deve ser uma preocupação, porque tira essa pessoa do convívio social, ele fica isolado, deprime. (E8)

Desse modo, as pessoas que vivem com HIV/Aids necessitam de um cuidado voltado para a prevenção, acompanhados por equipes interdisciplinares com o objetivo de amenizar os efeitos das morbidades e agravos advindos da doença e seu tratamento, uma vez que, além do estigma do HIV, a surdez traz consigo o isolamento, pois limita o convívio social.

### **Reconhecendo as limitações da rede para atender a nova demanda**

Nesta subcategoria os participantes reconheceram que a rede de atenção à saúde auditiva, do jeito que está configurada no momento, não tem capacidade para dar conta da demanda advinda desta população, e demonstraram preocupação com a implantação da rede de atenção para o atendimento desta população.

Então, nós não estamos com a rede pronta pra poder dar conta de toda essa demanda. Estamos mais avançados que outros estados até, mas ainda faltam algumas coisas pra dizer que a rede está funcionando bem. Precisamos de planejamento para receber esses pacientes, desde a porta de entrada até a média e alta. (E19)

Vejo que é o momento de darmos atenção para isso, esses pacientes estão vivendo. Só que estão ficando surdos lentamente. E a atenção básica não dá conta nem da demanda atual, sem os pacientes com HIV+. Imagina com esses pacientes! Não sei

onde fariam os exames, mas creio que não seja responsabilidade da média e alta complexidade, de novo é da atenção básica, e vamos ficar aqui batendo na tecla de que eles não assumem. (E14)

No entanto, sugeriram que com planejamento das ações seja possível realizar novos arranjos, fazer modificações de modo a organizar a rede para incluir os pacientes com HIV/Aids no atendimento na rede de atenção à saúde auditiva, e insistiram em responsabilizar a atenção básica como porta de entrada, e que esta não assume as ações pertinentes a este nível de atenção.

## **DESTACANDO AS LIMITAÇÕES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA**

### **Questionando a ausência da atenção básica na rede de atenção à saúde auditiva**

Em relação à atenção básica os participantes enfatizaram a falta de comprometimento dos profissionais e dos municípios. Não há, nos municípios, estrutura mínima para que os profissionais possam realizar avaliações básicas, cuja responsabilidade é desse nível de atenção. A solução para a questão é geralmente realizada com a centralização dos atendimentos nas regiões metropolitanas, ou seja, na capital, como ilustram as seguintes falas:

Faltam profissionais, é verdade, mas falta comprometimento com o SUS também, com usuários. E os municípios? Onde estão? Então eu acho que a falha está aí, a rede tem falha nisso, e o município não assume a parte que tem que fazer. Não é eficiente, simplesmente compra a ambulância e manda pra capital. O fato de ser muito centralizadora, ser tudo aqui na capital, dificulta as coisas. Falta comprometimento de alguns profissionais, da gestão ao atendimento direto ao paciente. A rede básica não assume a parte dela, é ineficiente. Triste isso! (E3)

É toda uma estrutura que não funciona, pessoas que não querem se comprometer, gestores que não entendem como o SUS deve funcionar, e assim não atendem a expectativa dos usuários, e de outra parte dos profissionais que estão comprometidos. Falta tudo, equipamentos, profissionais e gente que queira trabalhar para fazer funcionar. (E22)

As condições estruturais do sistema de saúde não atendem as necessidades da população, nem a expectativa dos profissionais. Sendo assim, os participantes demonstraram dificuldades para realização de avaliações audiológicas, na atenção básica, tanto no interior do estado, quanto na capital. Perceberam que a estrutura não atende a demanda de cada município, realizando encaminhamentos para os centros de referência na capital do estado, sobrecarregando os serviços e retardando o diagnóstico audiológico. Questionaram ainda o comprometimento dos profissionais que trabalham no SUS, em relação aos pacientes e ao próprio sistema de saúde.

### **Destacando o fluxo da rede como obstáculo para o diagnóstico**

Nos serviços de saúde de DST/Aids os participantes se queixaram da demora em realizar o diagnóstico audiológico. Já os profissionais que atuavam nos centros de referência em saúde auditiva queixaram-se por estarem atendendo uma demanda reprimida proveniente da rede básica:

E acaba acontecendo que o paciente que precisa de uma simples audiometria, usa a rede de média e alta, eu considero um desperdício, mas os municípios não se mexem, é mais fácil comprar automóvel e mandar pra cá. Eu entendo as queixas dos prestadores. E também entendo os pacientes que precisam da audiometria e que se depender do município ficará anos na fila, se conseguirem fazer. (E11)

[...] eu vejo são pacientes encaminhados, por exemplo, com problemas de audição, mas que boa parte deles não tem indicação de colocar aparelho,

não precisa da alta complexidade. [...] Tem otite média crônica, quem vem encaminhado só pra fazer audiometria! Eu vejo que é um desperdício, tem paciente que vem, passa na psicóloga, na assistente social, na fonoaudióloga, e vem só pra fazer áudio, e tem muita Secretaria de Saúde, eu acho que acontece isso... que descobriu que consegue fazer o exame aqui antes, ou a falta de informação mesmo! E é um desperdício de trabalho humano, de dinheiro também, porque passa por um monte de gente, e ocupa a vaga de uma pessoa que está na fila esperando há seis meses. Usa sistema equivocado, passa trabalho para juntar documentação, ocupa uma rede inteira, uma equipe toda, a manhã toda, pra fazer uma audiometria. (E12)

Nesse sentido, entenderam que este modo de funcionamento da rede gera desperdício de tempo, de recursos humanos e materiais, uma vez que são serviços de alta complexidade, e mais complexos na sua conjuntura organizacional. A atenção básica com baixa resolubilidade produz um círculo vicioso, porque aumenta a demanda nos demais níveis de complexidade, e conseqüentemente aumenta a insegurança da população em relação à mesma. Segundo os participantes, a referência e a contrarreferência apresentam problemas, como a lentidão e sua ineficiência, incentivando a busca pelo atendimento de forma desordenada e “informal”, ou seja, favorecendo o atendimento de usuários que procuram o serviço especializado diretamente e que não podem mais aguardar pela avaliação audiológica.

### **Ressaltando a atenção voltada para especialidade**

Os participantes da investigação relataram que, na organização da gestão, uma das deficiências na rede configura-se com a centralidade do médico nos processos produtivos, e/ou na ausência deste, gerando um estrangulamento na rede que impossibilita o andamento do processo terapêutico, e desvalorizando o papel do médico generalista:

E há deficiências na rede que acabam sobrecarregando o profissional especialista como

o grande salvador da pátria. O infectologista tem que atender o paciente que é portador do vírus e que está em tratamento. Enfim, tem que tentar resolver todos os problemas dele porque, quando você encaminha esse paciente para um especialista ajudar, pra dar um apoio, essa referência para outra especialidade sofre bloqueios, é difícil e é difícil pra todo mundo, não é difícil só pra quem é soropositivo. Não sei onde que está o problema aí, mas ele existe e acaba gerando um gargalo desnecessário. (E24)

E devem contar com o infectologista porque o paciente com HIV/Aids não vai, e nem consegue bater na porta do otorrino e dizer: “Olha, eu vim aqui fazer uma audiometria”. Somos o especialista de referência pra esses pacientes, atendemos, somos acessíveis, e mesmo com grande demanda o programa anda, tento fazer o que dá, dentro das minhas limitações. (E10)

A falta de profissionais médicos, na área de otorrinolaringologia, produz e reproduz dificuldades e limitações e determinam a pouca eficácia da rede de atenção, geram descrédito, desconfiança e insegurança na população e nos profissionais, demonstrando novamente a desarticulação entre os níveis de atenção.

### **Percebendo a dificuldade em divulgar e estabelecer a rede de saúde auditiva**

Relataram que não há uma boa rede de comunicação dentro e fora dos sistemas de saúde, evidenciado pela falta de informação sobre a existência, no Estado de Santa Catarina, dos Centros de referência em saúde auditiva, por parte dos profissionais e gestores que trabalham com a política de DST/AIDS, demonstrando assim a fragmentação no processo de trabalho, como se observa nos depoimentos:

Nossa que bom, que legal! Não sabia disso, bom saber! Eu me lembro de uma representação que a gente fez em 2005 de uma portaria que saiu do



tratamento da Lipodistrofia e da Lipoatrofia. Então, se o HU já é referência em saúde auditiva, não haverá esse problema quando eles precisarem de aparelho auditivo. Essas coisas precisam de divulgação, eu não sabia da saúde auditiva, então é complicado, o estado não divulga. (E21)

Minha impressão é de que não é muito fácil. Vou te dar um exemplo: minha mãe teve perda auditiva e não conseguiu ser encaminhada para nenhum centro desses seis centros de referência. Ninguém em Lages soube dizer para ela que existiam seis centros de saúde auditiva, então não sei se os centros existem somente no papel. Por que os municípios não sabem dos centros? Como as marcações estão descentralizadas nas Unidades de Saúde, eu acho isso até interessante, só que porque a unidade de saúde não tem acesso. Então assim, talvez se exista mesmo uma política de saúde auditiva, se esses centros existem, então nós temos que saber por que os pacientes têm dificuldades de serem encaminhados para ele. Tem que avaliar isso, pode ser um problema de gestão mesmo, comunicação! (E6)

Evidencia-se que há dificuldades para que os usuários realizem os agendamentos de consultas com especialistas, no próprio centro onde eles já são atendidos, e que os médicos, enfermeiros, técnicos administrativos não têm conhecimento da existência da rede de atenção à saúde auditiva, inclusive no interior do estado, impossibilitando o acesso. Pelo discurso do profissional, o mesmo parece duvidar, inclusive, que exista no estado uma rede de atenção à saúde auditiva.

## **DISCUSSÃO**

Para iniciarmos a discussão sobre a primeira categoria que emergiu a partir das entrevistas com profissionais e gestores, e representantes dos usuários, lembramos que com a implementação do SUS há três principais princípios estabelecidos na Lei Orgânica da

Saúde. A universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, ou seja, todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Igualdade na assistência a saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza, não sendo aceitável que somente alguns grupos, por motivos relacionados à renda, cor, sexo ou religião, tenham acesso a determinados serviços, e outros não. E, por fim, a Integralidade da assistência, que é um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A partir do momento que o usuário permanece por tempo indeterminado na espera para a realização de um exame, neste caso, para o diagnóstico de deficiência auditiva, ou tem que burlar o sistema, para conseguir realizá-lo, sendo atendido em um nível de atenção desnecessário e/ou de alto custo, o sistema de saúde fere o princípio da Universalidade. E com a formação dos “gargalos” na rede de atenção, a Integralidade da assistência também não está sendo respeitada, ou seja, as ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos não são realizadas. Nesse sentido, os profissionais de saúde e os gestores do SUS devem empenhar-se em organizar as práticas dos serviços, de modo que as ações sejam integradas, ou seja, não fiquem dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar, voltadas para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Para Noronha, Lima e Machado (2008), a articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços dos SUS que transcende o espaço político-administrativo de um município ou estado é uma questão bastante complexa, como relataram os entrevistados, uma vez que esbarra em uma série de dificuldades políticas e operacionais, exigindo tomadas de decisão, escolhas por parte dos gestores, responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS, além de recursos financeiros. Ainda segundo estes autores, é preciso definir os serviços por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-los geograficamente (regionalização). Em um nível mais básico, estariam os serviços dotados de tecnologias e profissionais para realizar os procedimentos mais frequentemente necessários. E em um nível mais especializado ou complexo, estariam situados os hospitais, os ambulatorios e as unidades de diagnose e terapia capazes de realizar

aqueles procedimentos menos frequentemente necessários, e com custo mais elevado. Os entrevistados relataram claramente que essas dificuldades estão presentes em sua rotina de trabalho, e alegaram que estas são questões que precisam ser resolvidas pelos gestores, por serem dificuldades de gerenciamento que fogem do poder de decisão dos prestadores do sistema de saúde ou dos profissionais que atuam nos serviços de saúde auditiva.

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho no Núcleo de Atenção a Saúde da Família - NASF dependem de algumas ferramentas, dentre elas podemos citar o apoio matricial e o projeto terapêutico singular (PTS). O apoio matricial deve ser formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas devem se comprometer a prestar apoio às equipes de referência, são equipes de suporte, com ações técnico-pedagógica de apoio educativo com e para as equipes. O PTS é uma variação da discussão do “caso clínico”, para um sujeito individual ou coletivo, geralmente é indicado para casos mais complexos, é uma construção também coletiva, podendo partir da equipe matricial ou não, (BRASIL, 2009).

O fonoaudiólogo inserido no NASF deverá atuar de forma que consiga integrar as pessoas com HIV/Aids, nos serviços de saúde auditiva, por meio desses dois processos de trabalho, atuando fortemente com a equipe de saúde, discutindo os casos clínicos, e fortalecendo ainda mais este espaço de construção para os profissionais do NASF.

Outro princípio importante é o da participação da comunidade, uma vez que garante a participação da população, por intermédio de suas entidades representativas, assim elas podem participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde que são executados nos diferentes níveis de governo (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Neste estudo, os participantes relataram dificuldades no âmbito da atenção primária, cuja responsabilidade é municipal, nível este teoricamente mais próximo dos usuários. A concretização desse princípio se produz, no domínio do SUS, pela constituição dos Conselhos de Saúde e pela realização das Conferências de Saúde, que representam um canal permanente de diálogo e interação entre gestores, profissionais de saúde e população.

No que tange à atenção básica, os participantes foram enfáticos ao afirmarem que o maior desafio para a inclusão das pessoas que vivem com HIV/Aids na rede de atenção à saúde auditiva está na porta de entrada, ou seja, na atenção básica, que é de responsabilidade dos municípios, e que tem entre seus objetivos justamente a prevenção de agravos e a redução de danos. Não há profissionais suficientes para atender essas prerrogativas, realizando as triagens audiológicas, as orientações e capacitações para as equipes de saúde, uma vez que faltam otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos, assim como equipamentos básicos da área audiológica.

Entre os desafios no desenvolvimento das Redes de Atenção, em relação aos municípios, apontados pelo CONASS (2012) estão: falta de compromisso de alguns municípios com as atividades de planificação, realizar regulação em todos os níveis, ou seja, local, micro e macrorregional, Secretarias de Saúde dos municípios, sede de macrorregião, assumirem papel diferenciado, no sentido da organização e da garantia de acesso dos serviços de referência macrorregional, nem sempre os textos das portarias pactuadas estão adequados à realidade estadual e municipal, necessidade de articulação, comunicação mais afinada nas relações interfederativas, envolvendo governo federal, estados e municípios, e por fim a concretização da solidariedade regional no estado, com entraves nas pactuações intermunicipais em razão das diferenças político-partidárias, na pouca comunicação e articulação entre os serviços e fragilização na formação dos profissionais (CONASS, 2012).

Ainda, podemos afirmar que a equipe de saúde compreende o profissional enfermeiro como um componente significativo na rede de relações e interações do ACS com a comunidade, sendo considerado como mediador e líder (LANZONI; MEIRELLES, 2013).

[...] os enfermeiros da ESF possuem uma ação relevante junto à equipe de saúde, fornecendo suporte clínico na organização do cuidado e gerencial da unidade de saúde ao fomentar boas relações, direcionar as atividades da equipe e conduzir o fluxo de informações. O enfermeiro atua responsabilizando-se e visando a corresponsabilização da equipe, com participação ativa nas reuniões, articulando as opiniões,

elaborando as estratégias de ação, incentivando a equipe na implementação e direcionamento das ações numa constante interação/ação, demarcando a sua liderança na equipe.

Sendo assim, o enfermeiro é o profissional que o fonoaudiólogo deve procurar para fazer a parceria, uma vez que o mesmo, na maioria das vezes, é responsável pela unidade básica de saúde (UBS), e também reconhecido pela equipe de saúde como a liderança responsável pelas atividades da equipe na ESF. O ACS é mais um elemento que compõe a equipe, que deverá ser parceiro para efetivar a rede de saúde auditiva, uma vez que conhece a comunidade adstrita à UBS, entretanto não possui formação técnica específica em saúde para assumir a responsabilidade de intermediar as relações entre o fonoaudiólogo e a comunidade.

Destaca-se também a questão da demanda que emergiu do discurso dos entrevistados, a partir da percepção de que a sobrevida das pessoas que vivem com HIV/Aids está gerando uma maior fluxo de atendimento ambulatorial, e mais uma vez salientamos a importância da prevenção de agravos e da redução de danos, que neste estudo está relacionada à perda auditiva. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (2012), cerca de 220 mil pessoas estão em tratamento, utilizando a terapia antirretroviral, disponibilizada pelo SUS. Então podemos afirmar que a partir do momento em que lidamos com uma maior sobrevida, temos que nos voltar para outros temas que essa maior sobrevida trará, como os desejos pertinentes a uma vida normal (GRINSZTEJN, 2004).

O diagnóstico em tempo hábil, a disponibilização universal de medicamentos eficazes pelo SUS e o acompanhamento clínico adequado aumentaram tanto a expectativa de vida, quanto a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids, trazendo novos desafios para promoção da integralidade, tais como a reinserção social, incluindo o mercado de trabalho e o sistema educacional, e para esses dois campos de atuação a integralidade da audição é fundamental.

A compreensão sobre qualidade de vida lida com inúmeros campos de conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, médico, entre outros, numa constante inter-relação. O universo de conhecimento em qualidade de vida se expressa como uma

área multidisciplinar de conhecimento que engloba, além de diversas formas de ciência e conhecimento popular, conceitos que permeiam a vida das pessoas como um todo. Nessa perspectiva, se lida com inúmeros elementos do cotidiano do ser humano, considerando desde a percepção e expectativa subjetivas sobre a vida, até questões mais deterministas como o agir clínico frente a doenças e enfermidades (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). No caso das pessoas que vivem com HIV/Aids, os profissionais de saúde ainda precisam lidar com a adesão ao tratamento, um dos maiores desafios enfrentados na rotina ambulatorial dos que atuam juntos à população.

A adesão ao tratamento assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade. Estudos indicam que a eficácia do tratamento, expressa nos níveis de supressão viral, exige que o uso do esquema terapêutico deva ser igual ou superior a 95% das doses prescritas. Adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo (BRASIL, 2008).

Para melhor compreender a área de conhecimento em qualidade de vida é necessário adotar uma perspectiva, ou um paradigma complexo de mundo, pois se expressa na relação entre o Homem, a natureza e o ambiente que o cerca (MORIN, 1997). Qualidade de vida não se esgota nas condições objetivas de que dispõem os indivíduos, tampouco no tempo de vida que estes possam ter, mas no significado que dão a essas condições e à maneira com que vivem. Nessa concepção, a percepção sobre qualidade de vida é variável em relação a grupos ou sujeitos (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Mínayo et al. (2000) tratam a esfera subjetiva de percepção com valores não materiais como amor, felicidade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade. Por fim, qualidade de vida, para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995), é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto cultural e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

O problema do SUS também está numa situação de saúde que combina transição epidemiológica e nutricional acelerada e tripla carga de doença, com forte predomínio relativo de condições crônicas, e uma resposta social estruturada num sistema de atenção à saúde que é

fragmentado, que opera de forma episódica e reativa e que se volta, principalmente, para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas (MENDES, 2013).

As doenças transmissíveis de curso longo, como tuberculose, hanseníase e HIV/Aids, são consideradas condições crônicas porque seu enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde exige respostas proativas e contínuas. As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica, etc.) ao envolverem doenças infecciosas; condições ligadas à maternidade e ao período perinatal; condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida; distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras, etc.); e doenças bucais (MENDES, 2010).

Evidencia-se, portanto, que a perda auditiva é mais uma, entre tantas outras condições crônicas enfrentadas pelas pessoas que vivem com HIV/Aids, e que ainda não há um sistema de atenção à saúde voltado para o cuidado dessa relação, e que a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids gerou a demanda para o cuidado em saúde auditiva. Portanto, temos um novo desafio pela frente, inserir esses usuários na rede de atenção à saúde auditiva de forma que possam ser atendidos em sua integralidade, e o desafio maior é enfrentar um sistema fragmentado, com fragilidades na atenção básica, mas com novas propostas de conformação do sistema, ou seja, as redes de atenção à saúde (RAS), um dos mais novos desafios para serem implementados por todos os atores, quais sejam, pelos gestores, profissionais e usuários.

A resposta a esse desafio está em restabelecer a coerência entre a situação de saúde e a forma de organização do sistema de saúde no plano microeconômico, acelerando as mudanças necessárias que levem à conformação de um sistema integrado que opere de forma contínua e proativa e que seja capaz de responder, com eficiência, efetividade, qualidade e de maneira equilibrada às condições agudas e crônicas. Ou seja, o SUS deverá ser estruturado em redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária à saúde (MENDES, 2013).

Existem várias razões/motivações/desafios para implantar as RAS no SUS, como as lacunas assistenciais e a fragmentação das ações e serviços, o financiamento público insuficiente, fragmentado e com baixa eficiência no emprego dos recursos, a configuração inadequada

dos modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e as reais necessidades da população, o modelo atual que não acompanha o declínio das condições agudas e ascensão das condições crônicas, as fragilidade e carências na gestão do trabalho, alinhadas às políticas de saúde e precarização dos vínculos profissionais, pulverização dos serviços nos municípios e entre os municípios com concorrência predatória (público e privado), baixa inserção da vigilância e promoção da saúde no cotidiano dos serviços de atenção, sobretudo na atenção básica (MENDES, 2008, 2010, 2011).

A integralidade do cuidado também é um desafio posto ao profissional fonoaudiólogo, o entendimento deste conceito é fundamental para sua inserção nas equipes de saúde, desarticulando as amarras, incluindo o incerto, estabelecendo novas relações, e como profissional da comunicação, interpretando os ruídos e ajudando a transpô-los, valorizando a condição humana e reconhecendo o usuário como um sujeito de direitos.

Embora se tenha clareza das dificuldades presentes no sistema, como a falta de comprometimento dos municípios, também devemos reconhecer que temos um sistema carente de financiamento estável, e sofremos com a falta de profissionalização na gestão, assim não conseguimos transformar os princípios e diretrizes em realidade, e que a Rede de Atenção à Saúde Auditiva sofre as consequências nesse complexo contexto descrito pelos participantes, advindo principalmente pelas questões relatadas até o momento, que são enfrentamentos presentes nas RAS.

Este é um grande desafio que se coloca para os anos futuros, mas que não será fácil de ser superado porque a fragmentação presente tem profundas raízes econômicas, políticas e culturais que a sustentam. Mas alguns passos têm sido dados, nos últimos anos, no caminho da construção de redes de atenção à saúde no SUS (MENDES, 2013).

As redes de atenção à saúde são respostas adequadas à situação de saúde vigente em nosso país e implicam organizar, de forma integrada, os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares secundários e terciários, os sistemas de apoio (sistema de assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e sistema de informação), os sistemas logísticos (sistema de regulação da atenção, registro eletrônico em saúde e sistema de transporte em saúde) e o sistema de governança (MENDES, 2013).



Integralidade do cuidado é interdisciplinaridade, e o desafio é o de cuidar no contexto de um saber mais coerente com a condição humana, é enxergar a pessoa e inserir-se na perspectiva do conceito ampliado de saúde, nas relações dialógicas e no trabalho em equipe. É superar os conflitos. É aceitar a diversidade (SOUSA; ERDMANN, 2008).

Outra dificuldade apontada pelos participantes é a de divulgar, e consequentemente estabelecer a rede de atenção à saúde auditiva. Acreditamos que este fato esteja relacionado justamente à não inclusão dos profissionais da área, atuando na porta de entrada do sistema de saúde, ou seja, não há profissionais com conhecimento específico na área audiológica, dificultando a disseminação das informações para os outros elementos da equipe de saúde da ESF e NASF.

O cuidado em saúde auditiva aos pacientes que vivem com HIV/Aids implica numa atitude de sensibilidade profissional, onde o ser humano precisa ser visto em sua complexidade, aceito em sua completude, valorizando e compreendendo suas dificuldades auditivas, incluindo nesse contexto os estigmas e preconceitos próprios do HIV/Aids e da perda auditiva. Outras questões também precisam ser incluídas nesta discussão, os atuais problemas de saúde, como as mudanças demográficas, as condições sociais, as mudanças epidemiológicas, as epidemias, tanto em caráter individual quanto coletivo, não podem ser entendidos isoladamente, ao contrário, exigem compreensão sistêmica, pois são resultados de relações, conexões e interconexões de vários fenômenos (ERDMANN et al., 2006).

As atuais políticas públicas básicas, como educação, saúde e assistência social, são setoriais e desarticuladas, respondendo a uma gestão com características centralizadoras e hierárquicas, onde prevalecem práticas que não geram a promoção humana. Esta forma de gestão gera fragmentação da atenção, paralelismo de ações, centralização de decisões, de informações e de recursos, além da rigidez quanto às normas, divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, fortalecimento de hierarquias e poderes políticos/decisórios e fragilização do usuário. De outro modo, é necessário compreender que a qualidade de vida passa pela interação de várias dimensões do bem-estar (ERDMANN; MEIRELLES; SOUSA, 2006).

A exemplo do que ocorre em sistemas de saúde de vários países no mundo, o SUS apresenta-se hoje como um sistema fragmentado, que

dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada. Em outras palavras, como sistema de saúde fragmentado, o SUS não dá conta de responder adequadamente às exigências colocadas por esse quadro de necessidades de saúde. A fragmentação do SUS manifesta-se de diferentes formas, mas principalmente: como fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas e a gerência dos serviços; como desarticulação entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e como desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos (LAVRAS, 2011).

Nessa perspectiva, o fenômeno “Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids” é constituído por um sistema complexo, auto-organizado, de acesso universal, baseado na integralidade do cuidado, nas relações intersetoriais, na interdisciplinaridade, na Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva e Política de DST/AIDS, em consonância com as demais políticas públicas, principalmente com a Política Nacional de Atenção Básica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo alcançou o objetivo de construir um referencial que contribua para a organização e gestão da rede de atenção integral à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids, em especial as condições causais e intervenientes, a partir do ponto de vista dos profissionais e gestores que atuavam em/com serviços de referência de infectologia e de audiologia sob a perspectiva da Complexidade.

A gestão pública do SUS foi considerada complexa e fragmentada, com dificuldades no acesso, no tempo e na resolução dos problemas de saúde da população. Emergiram também a incoerência entre a oferta de serviços e a real necessidade do usuário, carência de profissionais, equipamentos, e de comprometimento de profissionais e gestores com o SUS, atendimento voltado para especialidade médica, a fragilidade na divulgação da rede de atenção à saúde auditiva, e consequentemente de seu estabelecimento efetivo, resultando em entraves no fluxo dentro do sistema de saúde, não atendendo aos anseios e necessidades de usuários, profissionais e gestores.

Os entrevistados também demonstraram preocupação com a nova demanda na rede de atenção à saúde auditiva, reconheceram que este fato está atrelado ao tratamento com antirretrovirais disponibilizados pelo SUS, diminuindo a mortalidade, aumentando a morbidade/sobrevida e os agravos, em decorrência da infecção pelo HIV, por conseguinte uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com HIV/Aids. Acreditavam que com a inclusão de fonoaudiólogos na atenção básica, isso contribuirá para o desenvolvimento de ações na área fonoaudiológica, uma vez que com conhecimento e olhar diferenciado, no que diz respeito à saúde auditiva, assim como outras deficiências/distúrbios de sua formação, este profissional terá um papel decisivo e efetivo, para a integralidade do cuidado, o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, se for incorporado no cotidiano das ESF e NASF.

Destaca-se que historicamente o fonoaudiólogo não é um profissional incluído nas redes de atenção à saúde criadas nos programas do SUS, principalmente na atenção básica. Dessa maneira, e concordando com a percepção dos participantes do estudo, percebemos as dificuldades enraizadas no sistema ao tentarmos estabelecer a Rede de Atenção à Saúde Auditiva no Estado de Santa Catarina, na média e alta complexidade, uma vez que a atenção básica, que deveria ser a porta de entrada para o sistema, ainda não está pronta para receber os usuários adequadamente, realizando as triagens audiológicas e referenciando somente aqueles que necessitam de um nível mais complexo de atenção. No entanto, como podemos perceber, o fonoaudiólogo é o profissional capacitado para atuar na ESF e nos NASF incorporando seus conhecimentos à equipe interdisciplinar, e com a nova Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências vislumbra-se um futuro promissor em relação à integralidade do cuidado e à inclusão e valorização das ações fonoaudiológicas junto às equipes de saúde nas ações da ABS.

Acreditamos que, para a construção de uma rede de atenção à saúde auditiva para atender as pessoas que vivem com HIV/Aids, esta deverá ser fundamentada nas cinco características do processo de construção da RAS: (1) organizadas por critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, (2) integradas a partir da complementaridade de diferentes densidades tecnológicas, (3) objetivadas pela provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada à saúde, (4) construídas mediante

planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, (5) voltadas para as necessidades de cada espaço regional singular.

Cabe ressaltar que compreendemos a diferença do impacto na vida dos indivíduos em relação a viver com HIV/Aids e/ou ter perda auditiva, porém, quando estamos discutindo políticas públicas, devemos nos aprofundar nos estudos epidemiológicos, bem como no impacto biopsicossocial em que a relação saúde-doença afeta cada ser, que é individual na sua forma de sentir e significar seus enfrentamentos perante situações de doenças, risco de morte, agravos de saúde, entre outros. Para que dessa forma possamos ter ferramentas adequadas para o planejamento das ações, uma vez que tanto a infecção pelo HIV, quanto a perda auditiva trazem em seu escopo a invisibilidade das limitações, como o isolamento social, o estigma, a depressão, entre outros.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. B.. **Qualidade de vida:** definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012.

ASSUITI, L. F. C. et al. Perda auditiva em pessoas com HIV/AIDS e fatores relacionados: uma revisão integrativa; Hearing loss in people with HIV/AIDS and associated factors: an integrative review. **Braz. j. otorhinolaryngol.**(Impr.), v. 79, n. 2, pp. 248-255, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O estado e as Redes de Atenção à Saúde** – 1ª Mostra Nacional de Experiências/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e AIDS**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 2.073 de 28 de setembro de 2004a.** Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislação-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saúde-auditiva/PORTARIA\\_2073.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislação-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saúde-auditiva/PORTARIA_2073.pdf)>. Acesso em 18 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola/Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 587 de 08 de outubro de 2004b.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br> . Acesso em 18 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 589 de 08 de outubro de 2004c.** Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br>. Acesso em: 18 de ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids.** Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. (sd)

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes** / Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. \_ Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica,

para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BUCCIARDINI R. et al. ISSQoL: a new questionnaire for evaluation the quality of life of people living with in the HAART era. **Qual Life Res.** v. 15, pp. 377-90, 2006.

CENTRO DE PESQUISAS AUDIOLÓGICAS (CPA). **SUS e audiologia:** formação de auditores. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br> Acesso em: 19 de ago. 2013.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para a análise qualitativa.** [S. l]: Artmed, 2009.

LANZONI, G. M. M; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 66, n. 4, ago. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000400014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400014&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 24 set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400014>.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, Dec. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 Oct. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

MARTINEZ, M.A.N.S. O papel do terceiro setor na saúde auditiva infantil. In: BEVILACQUA, M.C.; MORET, A.L.M. **Deficiência Auditiva:** conversando com os pais e profissionais de saúde. São José dos Campos: Pulso, 2005.

MATA CASTRO, N. et al. Hearing loss and human immunodeficiency virus infection. Study of 30 patients. **Rev Clin Esp.** v. 200, n. 5, pp. 271-4, 2000.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Rev Med Minas Gerais**. v. 18, 2008.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, ago, 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

\_\_\_\_\_. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ªed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo , v. 27, n. 78, 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>.

MORIN, Edgar. **Cultura de massa no século XX**: neurose. 9ª edição. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1997.

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science and medicine**. v. 41, n. 10, pp. 403-409, 1995.

PIRES, M. F. C. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no ensino. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 2, n. 2, Feb. 1998 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32831998000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000100010>.

RAXACH, J. C. et al. **Qualidade de vida para pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.

ROQUETE, F. F. et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da

saúde pública. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.2, n.3 pp. 463-474, 2013.

SANTOS, K. T. et al . Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700035&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700035&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 24 set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700035>.

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

TEIXEIRA, C. F. S; COELHO, M. T. A. D; ROCHA, M. N. D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, jun. 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600015>.

VILELA, E. M; MENDES, I. J M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 11, n. 4, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 Ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000400016>.

UNAIDS. **Targets and Commitments made by Member-States at the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS UNGASS – HIV/AIDS**. Brazilian Response 2008-2009. Country Progress Report Brazil, March, 2011. Disponível em: [www.unaids.org/en](http://www.unaids.org/en).

\_\_\_\_\_. **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012**. WHO Library: Genebra/Suíça, 2012. Disponível em: [www.unaids.org/en](http://www.unaids.org/en)



WHO. **Deafness and hearing loss.** February 2013. Disponível em:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>



### 6.3 MANUSCRITO 3 – PERSPECTIVAS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

#### **PERSPECTIVAS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

##### **RESUMO**

Estudo qualitativo que teve por objetivo propor estratégias, bem como apontar as consequências destas para a organização e gestão da rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids a partir da vivência de profissionais que atuavam nas políticas públicas da saúde auditiva e de DST/Aids em Santa Catarina na perspectiva da integralidade do cuidado. Utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico e a coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada com 30 profissionais e gestores vinculados aos serviços estaduais de referência em saúde auditiva, de alta complexidade, e ao serviço de referência estadual em controle e tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids, distribuídos em cinco grupos amostrais. Resultado: A inclusão da infecção pelo HIV e Aids como fatores de risco para surdez, o monitoramento da perda auditiva, a criação de protocolo de seguimento e fluxo de atendimento, e a qualificação dos profissionais foram estratégias sugeridas pelos participantes, a fim de minimizar o agravo auditivo. Vislumbra-se o cuidado integral como consequência. A integralidade das ações de gestão das políticas que envolvem o atendimento de deficientes auditivos e/ou pessoas que vivem com HIV/Aids é vista como um desafio para gestores, profissionais e usuários.

**Descritores:** HIV. Audição. Perda Auditiva. Sistemas de Saúde. Enfermagem

#### **PERSPECTIVES FOR HEARING HEALTHCARE FOR PEOPLE WITH HIV/AIDS**

##### **ABSTRACT**

This is a qualitative study with the objective of proposing strategies for the organization and management of hearing healthcare for people who live with HIV/AIDS based on the experience of professionals who work

with public policies related to hearing healthcare and STD/AIDS in Santa Catarina state from the perspective of integral care. It used Grounded Theory as a methodological reference and data collection took place through semi-structured interviews with 30 professionals and administrators in five sample groups who are linked to state reference centers for high complexity hearing healthcare and to the state reference center that serves in the control and treatment of people who live with HIV/Aids. Results: Strategies suggested by the participants for minimizing the hearing damage were: the inclusion of HIV and AIDS as risk factors for deafness, the monitoring of hearing loss, the creation of protocols to be followed and a flow for treatment, and the training of professionals. Integrality was seen as the consequence of these changes. The establishment of integral management actions for implementing the policies that involve care for people with hearing loss and or people who live with HIV/AIDs, is seen as a challenge for administrators, professionals and users.

**Descriptors:** HIV. Hearing. Hearing loss. Health Systems. Nursing

## **PERSPECTIVAS DE LA AUDIENCIA DE SALUD DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH / SIDA**

### **RESUMEN**

Este estudio cualitativo tuvo como objetivo proponer estrategias para la organización y gestión de la red de la salud auditiva de las personas que viven con el VIH/SIDA de la experiencia de los profesionales que trabajan en la política pública de salud auditiva y de las ETS/SIDA en Santa Catarina la perspectiva de la atención integral. Se utilizó la Teoría Fundamentada como referencia metodológica y los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas con 30 profesionales y directivos vinculados a los servicios de salud del estado de referencia audiencia, de alta complejidad, y el centro de referencia estatal para el control y tratamiento personas que viven con el VIH/SIDA , distribuidas en cinco muestras diferentes. Resultado: la inclusión de la infección por el VIH y el SIDA como factores de riesgo para la pérdida de audición, pérdida de control, la creación de protocolos de seguimiento y flujo de servicio, y las cualificaciones de los profesionales fueron las estrategias sugerido por los participantes, con el fin de minimizar la audiencia de queja. Se espera que el cuidado

completo como un resultado. Políticas de gestión de Integralidad involucran el cuidado de las personas sordas y / o las personas que viven con el VIH/SIDA es visto como un reto para los gestores, profesionales y usuarios .

**Descriptorios:** VIH. Audición. Perdida Auditiva. Sistemas de Salud. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O princípio norteador da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) (BRASIL, 2004a) é de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que estabeleça uma linha de cuidados integrados no atendimento das principais causas da deficiência auditiva e determinar diretrizes para o credenciamento de serviços de atenção básica, média e alta complexidade da pessoa com deficiência auditiva.

A Política Nacional de DST/Aids (BRASIL, 1999) norteia as ações do Programa Nacional de DST/Aids no domínio da promoção à saúde; da proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/Aids; da prevenção da transmissão das DSTs, do HIV/Aids e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas com DST/HIV/Aids; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área. Essas ações têm como alicerce os fundamentos do SUS: a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social, se compreendendo como um sistema integrado (estado e sociedade) que interage para um fim comum, qual seja, a promoção da saúde da população.

Tais princípios e ações convergem para a proposta da promoção da saúde e a integralidade do cuidado à pessoa com deficiência auditiva e/ou HIV/Aids, compreendendo o desenvolvimento das ações de prevenção e assistência a agravos como objetivos que apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para esses dois grupos. Resume-se no desafio de possibilitar ao deficiente auditivo e/ou às pessoas que vivem com HIV/Aids um viver, ser, estar e desenvolver-se no mundo com todo o seu potencial.

Portanto, a integralidade ocorre quando nos é possível ampliar a visão sobre a parte, buscando integrar outras partes afins em direção ao

todo, um conceito designado por Morin (1999, 2005) de hologramático. Tomando o princípio hologramático como guia, as práticas de cuidado que envolvem o deficiente auditivo e/ou as pessoas que vivem com HIV/Aids, na atenção básica, média e alta complexidade, devem ser construídas como um projeto coletivo, constituído pela totalidade das práticas que sustentam a dinâmica do cuidado, e integram todas as políticas públicas envolvidas – PNASAs, PNAB e DST/Aids. Compreende-se, assim, que a organização do cuidado deve sustentar-se em ações compartilhadas dos vários profissionais que são, ao mesmo tempo, autores e atores de um projeto coletivo.

O princípio da integralidade apresenta três dimensões que permearam este estudo. (1) O cuidado integral, a integralidade, é um valor que se expressa na forma como os profissionais de saúde respondem aos pacientes que os procuram (MATTOS, 2006), esse cuidado tem o sentido de “atitude cuidadora que envolve o assistir ou o tratar segundo os parâmetros do acolher e do respeitar” (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p. 25). É uma prática que se traduz em atitudes de sensibilidade, confiança, pertencimento, tratamento digno, horizontalidade e continuidade da atenção. (2) Como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, ampliando as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional, ou seja, a integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de ações de serviços que atendam as necessidades da população, reconhecendo adequadamente os problemas biológicos, psicológicos, sociais que causam as doenças. (3) É uma convicção de que cabe ao governo responder a certos problemas de saúde pública, e que essa resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção, quanto as assistências, sendo, portanto a integralidade de atenção à saúde (ações de promoção de saúde, de prevenção das condições de saúde, e de gestão das condições de saúde, estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição) (MATTOS, 2006; MENDES, 2011).

Com base no exposto questiona-se: Quais estratégias de cuidado, para a prevenção do agravo auditivo, e ações de organização e gestão, os profissionais e gestores compreendem como ideais para a integralidade do cuidado das pessoas que vivem com HIV/Aids na rede de atenção à saúde auditiva? Este estudo tem por objetivo *propor estratégias para a organização e gestão da saúde auditiva de pessoas*

*que vivem com HIV/Aids a partir da vivência de profissionais que atuam nas políticas públicas da saúde auditiva e de DST/Aids em Santa Catarina na perspectiva da integralidade do cuidado.*

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório, oriundo de uma pesquisa ampliada intitulada “Revelando os desafios de gestão no complexo contexto da rede de atenção à saúde auditiva para pessoas que vivem com HIV/Aids sob a perspectiva da Complexidade”, no qual se adotou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico; um método específico desenvolvido por Glaser e Strauss (1967) com a finalidade de construção de uma teoria de dados, por permitir compreender os significados da realidade que certa situação ou elemento tem para as pessoas (CORBIN, 2008).

A coleta dos dados ocorreu durante o período de maio de 2012 a abril de 2013, em dois serviços de referência em saúde auditiva, de alta complexidade, e um centro de referência estadual no controle e tratamento de pessoas com HIV/Aids, todos localizados no Estado de Santa Catarina. Participaram do estudo profissionais selecionados com base na amostragem teórica, ou seja, processo no qual o pesquisador decide, a partir das respostas e hipóteses de pesquisa, onde e com quem buscar as informações (CORBIN, 2008).

Assim, para o primeiro grupo amostral, foram convidados profissionais que atuavam em serviços de referência estadual de alta complexidade, credenciados pelo Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, com no mínimo cinco anos de experiência na área, totalizando dez participantes. Foi realizada entrevista individual, semiestruturada, cujas questões iniciais foram: *Quais as estratégias que você recomendaria, nas políticas de atenção à saúde das pessoas com HIV/Aids, considerando a saúde auditiva? Pensando no conceito de integralidade, como essas duas políticas públicas podem se integrar para atender essa população?* O encaminhamento das demais questões foi direcionado pelas pesquisadoras a partir das respostas dos participantes.

No decorrer do processo de coleta e análise dos dados, percebeu-se a necessidade de incluir outros quatro grupos amostrais. O segundo grupo se formou de sete profissionais de saúde que atuavam em

um serviço de referência estadual de alta complexidade, credenciado pelo Ministério da Saúde por meio da Política de DST/Aids. O terceiro por quatro gestores estaduais da Política de DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde Santa Catarina, o quarto grupo foi realizado com os gestores estaduais da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, e por fim, o quinto e último grupo formado por dois representantes de uma Organização Não Governamental (ONG), representando as pessoas que vivem com HIV/Aids.

Ressalta-se que o recrutamento dos participantes ocorreu por contato telefônico para o local de trabalho, com apresentação dos pesquisadores envolvidos e da metodologia da pesquisa, com posterior convite ao sujeito para participar do estudo. Caso se obtivesse retorno positivo, era agendado um segundo encontro para a realização da entrevista.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas em sua íntegra. A análise dos dados ocorreu de modo simultâneo à coleta, seguindo as etapas propostas pela TFD: codificação aberta, axial e seletiva. Na codificação aberta, os dados foram analisados linha por linha com o objetivo de identificar incidente por incidente. Assim, foram gerados códigos que, depois de agrupados, promoveram a elaboração dos conceitos. Na codificação axial, os dados foram reagrupados, para se obter uma explicação mais clara e completa do fenômeno, relacionando categorias às subcategorias.

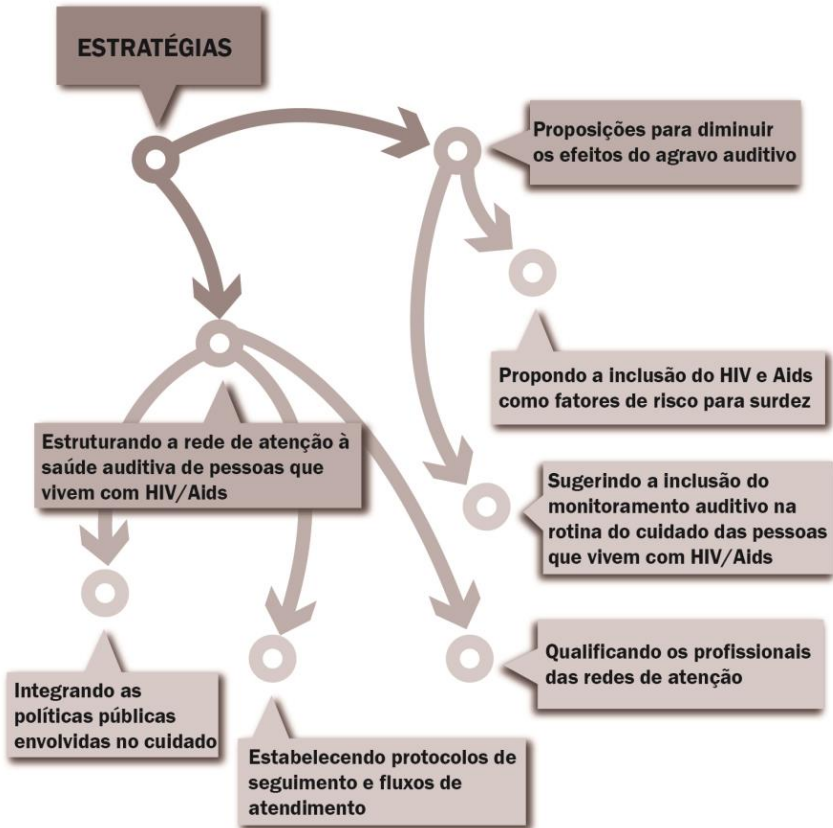
Contudo, na fase da codificação seletiva, as categorias e subcategorias encontradas anteriormente foram comparadas e analisadas continuamente com o objetivo de fazer emergir a categoria central ou o fenômeno, para assim desenvolver a explicação teórica (CORBIN, 2008). Alcançou-se a saturação dos dados com a repetição das informações e consolidação das categorias encontradas. Utilizou-se o modelo paradigmático (CORBIN, 2008) como estrutura guia da organização dos dados, emergindo o fenômeno “*Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids*”, amparado por cinco componentes: contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias e consequências. Devido à interdependência dos dois últimos componentes, para este manuscrito, optou-se por abordá-los conjuntamente, dando visibilidade às suas respectivas subcategorias.



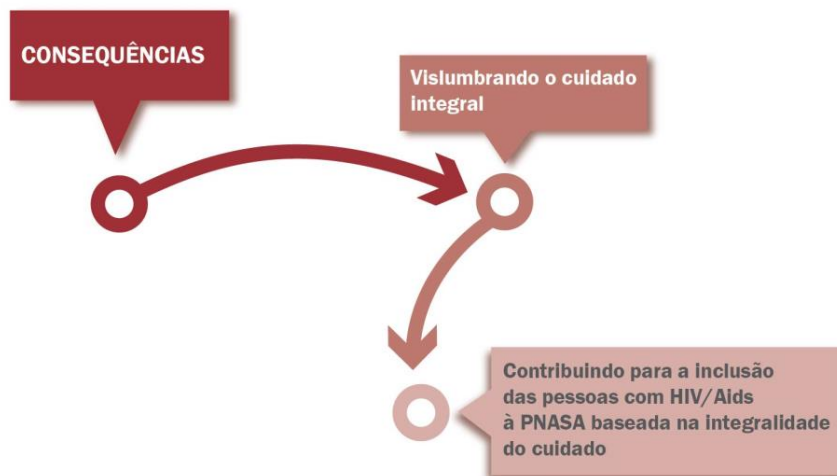
Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o nº 34564. Para preservar a identidade dos entrevistados empregou-se a letra E, seguida de um número correspondente à sequência das entrevistas realizadas (E1, E2 a E30).

## **RESULTADOS**

As Componentes Estratégias do fenômeno “*Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids*” são formadas por duas categorias: *Proposições para diminuir os efeitos do agravo auditivo*, que inclui: Propondo a inclusão da infecção pelo HIV como indicador de risco para surdez e Sugerindo o monitoramento auditivo na rotina do cuidado das pessoas que vivem com HIV/Aids; e *Estruturando a rede de atenção para as pessoas que vivem com HIV/Aids*, que contempla: Integrando as políticas públicas envolvidas no cuidado, Estabelecendo protocolos de seguimento e fluxos de atendimento e Qualificando os profissionais das redes de atenção. Em relação às Consequências emergiu como categoria principal *Vislumbrando o cuidado integral: Contribuindo para a inclusão das pessoas que vivem com HIV/Aids à PNASA baseada na integralidade do cuidado*.



**Figura 1:** Diagrama do Componente Estratégias  
Fonte: elaborado pela autora.



**Figura 2:** Diagrama do Componente Consequências  
 Fonte: elaborado pela autora.

## PROPOSIÇÕES PARA DIMINUIR OS EFEITOS DO AGRAVO AUDITIVO

### **Propondo a inclusão da infecção pelo HIV e Aids como fatores de risco para surdez**

Nesta subcategoria, emerge uma proposta que segundo os participantes deverá ser incluída nas duas principais políticas públicas que envolvem este tema, ou seja, na Política de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) e no Programa de DST/Aids. Os profissionais entendem que a infecção pelo HIV e a Aids devem ser considerados fatores de risco para surdez. Este novo olhar, para os entrevistados, é extremamente importante, uma vez que muda a dinâmica da consulta, significando o que muitas vezes não era visto, ou erroneamente interpretado, e inicia um novo processo de avaliação dessas pessoas, com o cuidado voltado para a prevenção do agravo auditivo em decorrência dessa condição crônica de saúde, como ilustram a seguintes falas:

...é verdade, então tem que ter na portaria da saúde auditiva que o HIV é um fator de risco para surdez. E nas políticas de acompanhamento de DST/Aids, e o trabalho de vocês traz isso de importante! Com certeza a relação com o paciente irá mudar! Agora entendo porque muitas vezes falo, falo, repito e não adianta nada. Eles seguem tomando a medicação errado, pode ser porque não me ouviram. (E7)

Com essa nossa conversa uma coisa ficou clara pra mim: o HIV/Aids é um fator de risco para surdez, e os médicos que atendem esses pacientes com mais frequência precisam ficar de olho nisso. (E8)

[...] então tem que entrar como um dos indicadores de perda auditiva o HIV/AIDS, tem que se pensar no cuidado, na assistência a essas pessoas, que têm esse agravo que é a perda de audição. (E1)

Revelaram também preocupação com a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids, e a necessidade de planejamento para iniciar o atendimento dessa população. Outra questão importante que surge atrelada a esta população são as dificuldades de comunicação. As equipes de saúde, geralmente representada pelo enfermeiro, queixam-se de que as pessoas que vivem com HIV/Aids não compreendem as orientações, muitas vezes esta questão pode estar relacionada com alterações no sistema auditivo, afetando diretamente a adesão ao tratamento. Alguns dos recursos que podem ser utilizados para sanar essas dificuldades são comunicações alternativas, bem como orientações específicas para as equipes de saúde e os próprios pacientes, no entanto, cabe ressaltar que o fonoaudiólogo juntamente com o enfermeiro, terá que diferenciar se a causa é cognitiva, neurossensorial ou do sistema nervoso central, uma vez que muda completamente a conduta em cada caso.

## **Sugerindo o monitoramento auditivo na rotina do cuidado das pessoas que vivem com HIV/AIDS**

Os participantes acreditavam que o diagnóstico precoce seria outro objetivo a ser alcançado, para minimizar os efeitos negativos da perda auditiva na vida das pessoas que vivem com HIV/Aids e seus familiares. Somente com o estabelecimento de protocolo (APÊNDICE B) para o monitoramento auditivo este objetivo pode ser alcançado. Os entrevistados vislumbravam este esforço em equipe multidisciplinar, e sugeriram que o infectologista pudesse iniciar esta etapa, uma vez que é o especialista responsável pelo acompanhamento da saúde das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Eu acho que esse acompanhamento deveria ser na atenção básica, na verdade começar com infecto e atenção básica. Acredito que dá pra criar um protocolo básico para o infectologista acompanhar a partir do diagnóstico do HIV+. Eu sei que eles são uns pacotes cheios de risco, mas é o infectologista que acompanha tudo, o monitoramento auditivo seria mais uma coisa. (E14)

Indicaria monitoramento auditivo. A portaria de saúde auditiva não prevê isso. Então teríamos que rever a portaria. E cuidado integral é isso, não é só atender quem precisa de aparelho auditivo. Esses pacientes precisam de orientação, e monitorar essa perda que no futuro pode sim precisar de aparelho, e a intervenção fica mais tranquila, se já estamos acompanhando o paciente. Teria que prever na portaria, e a atenção básica assumir, com equipe multidisciplinar. Os exames serem solicitados pelo infectologista se houver necessidade do otorrino, aí sim encaminha para média e alta. (E1)

...a primeira coisa é incluir a audiometria na rotina dos pacientes com HIV/Aids, e acompanhar, mas não vai funcionar, ele irá conseguir a solicitação da audiometria conosco, e ficará anos na fila,

emperrado esperando para fazer a audiometria, ele vai emperrar no SUS como um todo, infelizmente é assim que funciona, não funciona. (E7)

A metodologia sugerida para acompanhar a saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids foi a audiometria e as emissões otoacústicas, no entanto, existe a preocupação de que não haja sucesso nessas ações, uma vez que tanto na atenção básica, quanto no serviço de referência em HIV/Aids não há fonoaudiólogos e equipamentos para realizar as avaliações necessárias. No entanto, não há dúvida de que se o SUS estiver organizado em redes de atenção à saúde, de forma que a referência e contrarreferência sejam garantidas, e que haja profissionais e equipamentos disponíveis na atenção básica, o encaminhamento será sempre para os pontos de atenção na rede, e, em caso de necessidade, referencia-se para média e alta complexidade.

## **ESTRUTURANDO A REDE DE ATENÇÃO PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

### **Integrando as políticas públicas envolvidas no cuidado**

Os participantes entendem que para a integração das políticas é necessário que os níveis de atenção do sistema de saúde funcionem adequadamente, nas duas políticas públicas discutidas no estudo, e que, além disso, os profissionais de saúde tenham conhecimento acerca do funcionamento da audição e seus desdobramentos, conforme os relatos:

Os três níveis, atenção básica, média e alta complexidade que todos tivessem bem definidos seus papéis e tudo funcionando, nas duas redes, HIV e audição. Que todos os profissionais que trabalham na atenção básica tivessem conhecimento de como funciona a audição, e não só os fonoaudiólogos. (E25)

A interação ou a integração dessas várias áreas nem sempre acontece no nível federal, e geralmente isso reflete no nível estadual e municipal. Mas a gente precisa quebrar esse

paradigma e eu acho que uma forma disso acontecer é criar grupos de trabalho ou comitês técnicos, para momentos de apresentação e debates de dados estatísticos que seja de interesse das áreas. As caixas talvez nunca deixem de existir, mas o que precisa ter são momentos em que essas caixas se aproximem, se abram, debatam, resolvam coisas, proponham, que tenham propostas de ação conjunta e que essas ações conjuntas sejam efetivamente planejadas e realizadas com ações, atividades, metas, indicadores, tudo montadinho para que a coisa realmente funcione. Eu acho que grupos, comissões ou comitês técnicos que tenham uma agenda de reuniões regulares, mensais, eu acho que ajuda a quebrar as paredes das caixas. As caixas ficam então permeáveis, as pessoas de áreas técnicas diferentes se encontram e têm ideia do que o outro faz. Eu acho que este tipo de ação pode minimizar o impacto negativo que são os programas verticalizados, aquela coisa centrada em si mesma, cada um cuidando da sua caixinha, e esquecendo a caixinha do vizinho. (E28)

Ressalta-se também que a não integração das políticas públicas é consequência de um comportamento de gestão presente desde a esfera federal, refletindo nos estados e municípios, e os entrevistados propuseram a criação de comitês técnicos, com planos de ação, agenda com reuniões regulares, com profissionais de diferentes áreas técnicas analisando, debatendo e planejando ações conjuntas, com olhar voltado para a integralidade, para unir, juntar, somar e dessa forma minimizar o impacto negativo de programas verticalizados, horizontalizando as ações.

### **Estabelecendo protocolos de seguimento e fluxos de atendimento**

Em relação ao estabelecimento dos protocolos e ao fluxo de atendimento, os participantes enfatizam dois aspectos: os centros de referência estadual no cuidado de pessoas que vivem com HIV/Aids, como porta de entrada para o sistema de saúde, e o monitoramento da

saúde auditiva, e, quando necessário, referenciar aos especialistas da média e alta complexidade; e ainda sugeriram como ferramenta de cuidado um protocolo básico de triagem auditiva, a ser seguido pelo infectologista, de modo que este possa utilizar nas consultas de rotina no acompanhamento da saúde geral das pessoas que vivem com HIV/Aids:

Pensando no fluxo, o Hospital Nereu Ramos é referência no atendimento ao HIV/Aids, e eu penso que dali mesmo ele já teria que sair com o diagnóstico de surdez, e depois os médicos já encaminhariam direto para a rede. Aqueles com surdez para a média e alta complexidade, e os com necessidade de monitoramento para a atenção básica. Então falta essa parte, e não são pacientes que teriam que vir para o sistema de novo, eles já estão no sistema por conta do tratamento do HIV. É organizar a rede para atendê-los, e o ideal seria o diagnóstico da perda auditiva no Nereu Ramos. (E9)

Sendo prática, acho que dá pra fazer um protocolo básico, e incluir no programa do Nereu Ramos, mas seria imprescindível que tivesse fono e os equipamentos, precisamos dos exames, e não vejo necessidade de um otorrino, porque na convivência em equipe o infectologista vai aprendendo a interpretar. E a demora por causa do especialista acabaria, só vai se precisa mesmo. (E30)

Não sei exatamente como funciona o ouvido, mas eu recomendaria que o paciente fosse visto anualmente, feito uma avaliação auditiva anual e que o início do processo fosse quando ele tivesse o diagnóstico de soropositivo. Desta forma iríamos trabalhar com prevenção, senão não resolve. E não vejo problema em pedir o exame, o infectologista acompanha esse paciente e poderia solicitar a audiometria. (E16)



Nesse sentido, sugeriram ainda que o monitoramento auditivo seja realizado uma vez ao ano, e que a audiometria de base seja realizada logo após o diagnóstico do HIV, objetivando a prevenção do agravo auditivo, ou seja, na primeira consulta com o infectologista (APÊNDICE C), o mesmo utiliza o protocolo sugerido (APÊNDICE B), e dependendo do caso encaminha para diagnóstico audiológico ou triagem auditiva com fonoaudiólogo, e/ou para o médico otorrinolaringologista.

### **Qualificando os profissionais das redes de atenção**

Em relação à qualificação das equipes de saúde, quanto aos cuidados de prevenção e monitoramento da perda auditiva, os participantes revelaram que a capacitação é um ponto relevante para a implantação da rede de atenção à saúde auditiva, que a disseminação do conhecimento para todos os profissionais da equipe de saúde, por meio de encontros e treinamentos, propiciará melhora na qualidade do atendimento das pessoas que vivem com HIV/aids, e que podem ter perda auditiva em consequência dessa condição crônica de saúde:

A atenção básica tem muito que melhorar ainda, os pacientes teriam que chegar ao HU com o diagnóstico pronto, nós que somos da média e alta complexidade teríamos que treinar a atenção básica, está na portaria, e não é feito. Fazer encontros, treinamentos com eles, e a rede básica que fizesse esse diagnóstico inicial. O treinamento seria para capacitá-los em como funciona a rede, como fazer a referência e contrarreferência. (E26)

[...] não estou dizendo que não precisa de fono no posto, mas muita coisa hoje poderia ser resolvida se outros profissionais fossem capacitados para compreender o que é saúde auditiva, falta isso! O fonoaudiólogo é fundamental para fazer o exame, é de nossa competência, mas, até chegar a isso, todos os profissionais precisam saber. O agente de saúde tem que saber identificar esses problemas, a enfermagem também, é esses profissionais que

estão no dia a dia do posto, estão na ponta, na atenção básica. (E20)

Ainda, diante dessa perspectiva, os participantes enfatizaram a importância da capacitação para a atenção básica, principalmente para os agentes comunitários de saúde, que os profissionais acreditavam que tenham a capacidade de identificar, na comunidade em que atuam, os usuários com risco para perda auditiva, o que pode ser temerário. A ênfase da capacitação na atenção básica evidencia-se devido ao fato de que a média e alta complexidade, no sistema de saúde atual, já tem uma vasta experiência no diagnóstico e reabilitação da perda auditiva.

## **VISLUMBRANDO O CUIDADO INTEGRAL**

### **Contribuindo para a inclusão das pessoas que vivem com HIV/AIDS à PNASa baseada na integralidade do cuidado**

A integralidade do cuidado emergiu como consequência das estratégias propostas pelos participantes, além de qualificar o cuidado na rede de atenção à saúde auditiva, no Estado de Santa Catarina, beneficiando os usuários do Sistema Único de Saúde com infecção pelo HIV, que podem ter a perda auditiva como agravo em consequência dessa condição de saúde.

Acho que é algo que irá dar um salto de qualidade para a assistência no estado. Partir da premissa de uma avaliação inicial para dar um *baseline* desse paciente e a partir daí definir condutas é fantástico. Os pacientes irão se beneficiar bastante disso. Aí começamos a falar na integralidade. (E24)

Ainda, afirmaram que há necessidade de definir condutas, partindo da premissa de um exame inicial servindo de base para o seguimento realizado posteriormente, melhorando a qualidade da assistência dos usuários do SUS.

## DISCUSSÃO

Em um estudo transversal descritivo, com o objetivo de descrever a prevalência e a natureza das manifestações otológicas e auditivas em adultos com HIV/Aids, em toda a fase de progressão da doença, por meio de exames clínicos e sintomas autorrelatados, com amostra composta por duzentos pacientes adultos infectados pelo HIV (56,5% do sexo masculino; 43,5% do sexo feminino, com idade média:  $37,99 \pm 6,66$  anos) atendidos no Ambulatório de Doenças Infecciosas de um Hospital de Referência Terciária em Pretória, África do Sul, os pacientes realizaram exames clínicos: otoscopia, imitanciometria, audiometria tonal e emissões otoacústicas por produto de distorção (EOAPD), foram entrevistadas, e tiveram seus prontuários revisados. Um grupo controle foi incluído, sem HIV, com o objetivo de comparar a prevalência da perda auditiva. Os resultados encontrados em relação aos sintomas autorrelatados foram: zumbido (26%), vertigem (25%) perda auditiva (27,5%), otalgia (19%), e canal auditivo com prurido (38%). Anormalidades na otoscopia, imitanciometria e emissões otoacústicas eram evidentes em 55%, 41% e 44% dos pacientes, respectivamente. Média tonal perda auditiva > 25 dB foi evidente em 14% dos pacientes e 39% para a perda auditiva > 15 dB. Diferenças significativas entre os limiares médios no grupo controle sem HIV e com HIV+ estavam presentes. Evidenciaram-se um aumento na autoavaliação da vertigem, na perda auditiva autorrelatada, as alterações nas EOAs, e perda auditiva (média > 15 dB e média > 25 dB) foi vista com a progressão da doença, mas não foi estatisticamente significativa. Porém um aumento significativo ( $p < 0,05$ ) na perda auditiva neurossensorial foi evidente com a progressão da doença. Os autores concluíram que a perda auditiva autorrelatada e os sintomas otológicos são mais comuns em pacientes com infecção pelo HIV, há também um aumento geral dos sintomas, especialmente na perda auditiva neurossensorial, para estágios avançados de progressão da doença (VAN DER WESTHUIZEN; SWANEPOEL; HEINZE; HOFMEYER, 2013).

Nos indivíduos adultos a deficiência auditiva neurossensorial pode resultar de infecção por HIV. Algumas das causas mais comuns dessa deficiência em pessoas com infecção pelo HIV são citomegalovírus, criptococose, meningite bacteriana, toxoplasmose e herpes zoster (MAC-FARLANT, 2002).

Em estudo recente, realizado na África do Sul, os autores encontraram evidências de que as medicações utilizadas no tratamento do HIV/Aids podem acelerar o envelhecimento, o que nos levaria a acreditar que a perda auditiva progressiva, com início em frequências altas[,] pode estar relacionada ao fato de o sistema auditivo também envelhecer precocemente em indivíduos que fazem uso prolongado de medicação para tratar a doença (PAYNE et al., 2011).

Em relação aos medicamentos ototóxicos, mais comuns, utilizados para combater a infecção pelo HIV, alguns autores afirmam que as medicações inibidoras de transcriptase reversa (Retrovir® [AZT], Hivid®, e Videx®) e inibidores da protease (Crixivan®, Norvir®, Invirase®) são as drogas que inibem a replicação do HIV, mas todas elas podem comprometer a audição, quando utilizadas por longos períodos de tempo. As pessoas que usam esses medicamentos precisam realizar avaliações audiológicas periódicas para verificar se o sistema auditivo não foi comprometido. Caso haja indícios de que a audição está sendo afetada, os medicamentos precisam ser alterados para evitar a perda de audição. O efeito dos medicamentos sobre a audição é uma das razões para que um audiologista faça parte da equipe que atua em programas de HIV/Aids (MAC-FARLAND, 2002).

Portanto, o HIV/Aids associado à perda auditiva de natureza sensorial e neural não é incomum e ocorre principalmente através de três principais etiologias. Em primeiro lugar, o efeito direto do HIV no sistema nervoso central, por expor a degeneração e desmielinização das vias auditivas. Em segundo lugar, o estado imunológico comprometido resultante de HIV/Aids leva às infecções oportunistas, que são causas comuns de perda de audição. Em terceiro lugar, a ototoxicidade associada com medicamentos antirretrovirais para HIV/Aids e medicamentos para as infecções oportunistas secundárias são um risco real e importante para a perda auditiva adquirida nesta população. Portanto, identificação, avaliação e gestão de estratégias das alterações auditivas e perda auditiva associadas com HIV/Aids devem ser formuladas para gerir a diversidade de sintomas que possam surgir. Prevenção primária e secundária dessas alterações da perda de audição por meio de acompanhamento regular da saúde auditiva devem ser uma prioridade no atendimento integral de pacientes com HIV/Aids (STEARNS; SWANEPOEL, 2010).

As pessoas com HIV/Aids podem apresentar alterações na avaliação audiológica convencional, audiometria em altas frequências, emissões otoacústicas, supressão das emissões otoacústicas e nos potenciais evocados auditivos, sugerindo comprometimento tanto da via auditiva periférica como da via auditiva central (MATAS; JUAN; NAKANO, 2009; MATAS; MARCON; SILVA, 2010; QUIDICOMO; MATAS, 2013).

Diante desse quadro, e das recomendações indicadas pelos participantes do estudo, a fim de minimizar o agravo auditivo nas pessoas que vivem com HIV/Aids sugerimos que a infecção pelo HIV seja incluída como fator de risco para surdez, e que o monitoramento auditivo faça parte das ações de cuidado na rotina dessa população, junto à Política Nacional de Atenção Básica.

Neste momento cabe definir a diferença entre a triagem auditiva e avaliação auditiva, que, por vezes, pode ser confusa. A triagem auditiva é geralmente uma etapa preliminar em que a audição de um indivíduo é verificada para ver se é necessária uma avaliação mais aprofundada. Em outras palavras, a triagem auditiva é uma maneira rápida e econômica de separar as pessoas em dois grupos: um grupo que passa e um grupo de falhas. Aqueles que passam nos rastreios auditivos se presume que não tenham perda auditiva. São aqueles que não têm necessidade de avaliação auditiva mais detalhada de um fonoaudiólogo qualificado. A avaliação auditiva é uma avaliação profunda da audição de um indivíduo por um fonoaudiólogo. O objetivo dessa avaliação é determinar a natureza e o grau da perda auditiva e as melhores opções de tratamento (ASHA, 2013).

Os programas de rastreio podem ser defendidos se a evidência está disponível para apoiar cada um dos três critérios, geralmente aceitos para o programa de triagem em uma determinada comunidade ou população (CADMAN et al., 1984, NIELSEN et al., 1999). Esses critérios são que (1) o impacto da doença deve ser significativo o suficiente para justificar o esforço do rastreio, (2) um tratamento eficaz deverá estar disponível para a condição detectada, e (3) um prático, conveniente e preciso teste de rastreio deve existir. Os autores têm argumentado que essas condições são satisfatórias para a triagem da deficiência auditiva (MULROW; LICHENSTEIN, 1991). Em relação ao HIV/Aids podemos afirmar que os três critérios são atendidos, necessitando, porém da integralidade das políticas públicas envolvidas

nas ações dentro do sistema de saúde; assim são necessárias algumas revisões nas recomendações e diretrizes das seguintes políticas públicas, objetivando a integralidade do cuidado: Política Nacional de DST/Aids, Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 1985, BRASIL, 2004, BRASIL, 2012).

Portanto, devido à prevalência altíssima de alterações auditivas em indivíduos com HIV/Aids, bem como uma crescente ênfase na qualidade de vida, a necessidade de triagem para distúrbios auditivos é claramente indicada (STEARN; SWANEPOEL, 2010).

Seguindo as recomendações de Stern e Swanepoel (2010) constam na lista da tabela abaixo as atividades de triagem que devem ser realizadas em indivíduos infectados pelo HIV, durante as avaliações médicas. No entanto, muitas vezes não é possível realizar todas, devido aos recursos limitados em termos de tempo e de equipamentos. Nos casos em que os profissionais de saúde não têm equipamentos para audiometria e triagem por emissões otoacústicas, devem, pelo menos, conduzir a história clínica e um exame de otoscopia completa. Se todos os fatores de risco são identificados a partir da história clínica, ou se qualquer anormalidade é anotada, o encaminhamento para diagnóstico audiológico deve ser realizado. O fonoaudiólogo (ou outro especialista em cuidados de saúde auditiva), que realiza a avaliação de diagnóstico deve fazer referências apropriadas para otorrinolaringologista ou neurologista, se for considerado necessário (STERN; SWANEPOEL, 2010).

<b>Tipo de Triagem</b>	<b>Descrição</b>	<b>Crítérios de referência</b>	<b>Encaminhar para</b>
História Clínica	As perguntas devem identificar fatores de risco para a perda auditiva: Alguma diminuição relatada na sensibilidade auditiva	Referência se a resposta for "sim" para qualquer uma das perguntas da história clínica. Relatos de alterações na audição Se o indivíduo apresenta	Audiologista Otorrinolaringologista Infectologista Pediatra

	<p>Todas as infecções oportunistas mais comuns, por exemplo, otite média recorrente, colesteatoma, CMV, otosífilis, herpes zoster, ou meningite</p> <p>Recebendo medicação antirretroviral (especialmente TARP)</p> <p>A medicação para infecções oportunistas, incluindo antifúngica, ou outros agentes antivirais?</p> <p>Alguma significativa exposição ocupacional ao ruído, o que pode contribuir para a perda auditiva?</p> <p>Com idade superior a 35 anos?</p>	<p>infecções oportunistas: necessita de diagnóstico audiológico e tratamento médico.</p> <p>Se anormalidades no audiograma e individual estão em medicamentos ototóxicos: encaminha ao especialista para uma possível mudança no regime de tratamento.</p> <p>Se o indivíduo tem uma exposição significativa a ruído e aumento da idade: encaminhe para avaliação audiológica, pois pode ser mais propenso a efeitos ototóxicos.</p>	
Otoscopia	<p>O canal auditivo externo e a membrana timpânica devem ser inspecionados</p>	<p>Referência deve ser feita se houver alguma das seguintes situações:</p> <p>Obstruções no canal auditivo</p>	Otorrinolaringologista

	visualmente utilizando um otoscópio.	externo, como cerume, detritos, etc. Se a membrana timpânica aparece vermelha, com abaulamento ou retraída, ou anormal de qualquer maneira.	
Triagem Audiométrica	A linha de base ou audiometria de triagem deve ser realizada antes de iniciar o tratamento com medicamentos ototóxicos.	A percentagem de perda de audição (PPA) deve ser calculada e encaminhamento feito em conformidade com: Se a PPA > 11,1% necessita de diagnóstico. Se a PPA > 30% necessita de diagnóstico e do médico especialista. Se houver assimetria consulte médico especialista.	Audiologista Otorrinolaringologista
Triagem EOA	Indica o funcionamento das células ciliadas externas na cóclea. Teste Automático que deve ser usado com o critério predefinido de “passa” e “falha”.	“Passa” indica funcionamento normal das células ciliadas externas na cóclea. “Falha” indica a necessidade de referenciar para o diagnóstico audiológico.	Audiologista Otorrinolaringologista



**Tabela 1:** Procedimentos e Critérios de referência para identificação de problemas auditivos ou perda auditiva associados ao HIV/Aids. Fonte: Adaptado de Swanepoel e Louw (2010) e traduzido pela autora

Em relação às recomendações feitas pelos participantes do estudo, podemos perceber que a experiência clínica dos profissionais e gestores fez emergir basicamente as mesmas indicações de utilização dos testes de triagem, do controle desse monitoramento pelo médico que acompanha com frequência as pessoas que vivem com HIV/Aids, no Brasil, o infectologista, assim como em relação à regularidade da triagem auditiva, uma vez que orientaram a fazer pelo menos a cada seis meses, concordando com Stern e Swanepoel (2010).

A importância da equipe multiprofissional foi igualmente mencionada pelos participantes do estudo, concordando também com os autores que referem ser essencial para a avaliação e tratamento de indivíduos com multifacetadas desordens e doenças relacionadas ao HIV, com o objetivo de garantir a prestação de serviço adequado e abrangente. Distúrbios auditivos sensoriais e neurais em indivíduos infectados com HIV/Aids, frequentemente, são somente alterações secundárias a outras desordens do sistema nervoso central ou complicações neurológicas, requerendo tratamento e intervenção de uma equipe de especialistas (MEYNARD et al., 1997; MOAZZEZ; ALVI, 1998).

Segundo Stearn e Swanepoel (2010), o primeiro contato que as pessoas que vivem com HIV/Aids têm ao iniciar seu processo de tratamento no sistema de saúde, na atenção primária, é com o *general practitioner*, ou médico generalista. No entanto, no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), esses pacientes têm seu seguimento de saúde realizado com os médicos infectologistas, nos serviços de referência da atenção primária e da média complexidade. O papel do *general practitioner* é fazer o primeiro contato com o indivíduo infectado com HIV, e ser a fonte de referência para os outros componentes da equipe, monitorando o regime da terapia antirretroviral, se baseando nos resultados audiológicos. Sendo assim, este papel no SUS deverá ser exercido pelo infectologista, e o mesmo irá precisar de capacitação para compreender os resultados audiológicos, as estratégias de prevenção, para orientar, tratar e encaminhar adequadamente os usuários na rede de atenção à saúde auditiva. Não sendo diferente para os outros

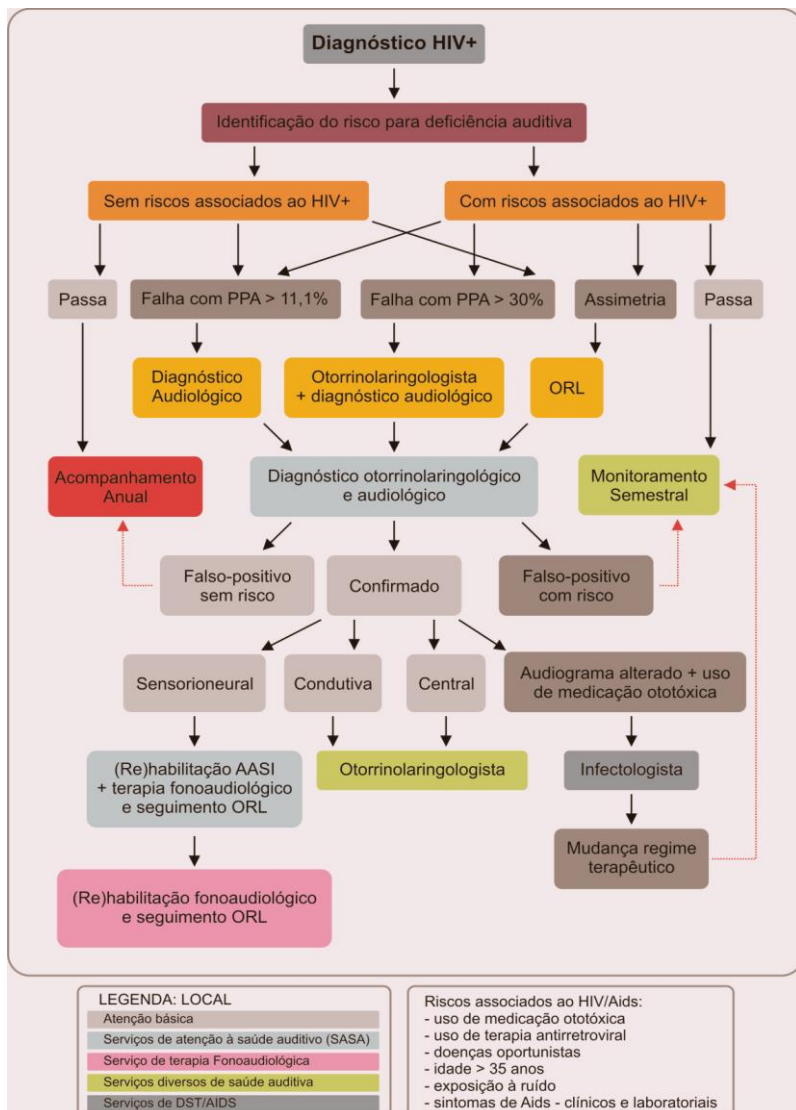
componentes da equipe de saúde, como enfermeiros, audiologistas, pediatras, neurologistas, entre outros.

Muitos aspectos da intervenção para pessoas que vivem com HIV/Aids são os mesmos da intervenção para qualquer outro indivíduo com transtorno auditivo (McNEILLY, 2005). É importante, no entanto, que os profissionais de cuidados de saúde (enfermeiros, fonoaudiólogos, médicos) propiciem a estes indivíduos uma intervenção adequada, e para isso precisam ter conhecimento sobre a progressão da doença. Os profissionais de saúde que lidam com saúde auditiva, como fonoaudiólogos, devem estar familiarizados com o estado de saúde do indivíduo infectado pelo HIV, bem como quaisquer fatores que possam afetar o bem-estar socioemocional do indivíduo (McNEILLY, 2005).

As estratégias de prevenção para as desordens auditivas em pessoas que vivem com HIV/Aids são: monitoramento regular (a cada seis meses) da audição e funcionamento auditivo para detectar desordens o mais cedo possível; precoce identificação e tratamento de otite média, para prevenir complicações secundárias (colesteatoma, por exemplo) que causem perda permanente de audição; no tratamento de otite média em crianças deve ser particularmente proibido prolongar períodos de perda auditiva condutiva durante o período crítico de desenvolvimento de linguagem, fala e alfabetização; iniciar o tratamento antirretroviral altamente ativo (HAART) para prevenir infecções oportunistas que possam levar à perda de audição; monitorar os efeitos das medicações ototóxicas com base no audiograma inicial e a cada três meses depois (em tratamento com HAART ou outros tratamentos ototóxicos para infecções oportunistas); avaliar dosagens e combinações de fármacos antirretrovirais, em primeira corrente de ototoxicidade, a fim de reverter e prevenir mais danos ototóxicos, tanto quanto possível (STEARN; SWANEPOEL, 2010).

A atenção integral à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids deverá integrar diferentes unidades e níveis de atenção da saúde auditiva, o fluxograma abaixo apresenta as ações que deverão ser desenvolvidas indicando o nível e o local de atendimento na rede.

Fluxograma:



**Figura 8:** Sugestão de fluxograma de referência na Rede de Atenção à Saúde Auditiva para pessoas que vivem com HIV/Aids (ASSUITI e MEIRELLES, 2013).

Fonte: Elaborado pela autora

Na Triagem Auditiva para pessoas que vivem com HIV/Aids (TA/HIV/Aids), o diagnóstico funcional e a reabilitação são ferramentas para a gestão do cuidado das desordens auditivas relacionadas ao HIV, assim como fazem parte de um processo contínuo e indissociável, para que se alcance o desfecho esperado para a prevenção do agravamento de perdas auditivas permanentes nessa população. O acompanhamento dos pacientes com HIV/Aids, assim como o monitoramento daqueles que apresentam outros fatores de risco associados ao HIV e/ou Aids, garantem o diagnóstico e intervenção precoces, minimizando os efeitos do agravamento auditivo (McNEILLY, 2005).

Assim como Stearn e Swanepoel (2010), os profissionais e gestores, concordamos e sugerimos a utilização do Protocolo de Triagem Auditiva para pessoas que vivem com HIV/Aids, com o objetivo de realizar a pesquisa e análise dos riscos, identificando aqueles que irão para o programa de monitoramento auditivo (semestral), e os que ficarão em acompanhamento auditivo periódico (anual). Esse protocolo deve ser utilizado na primeira consulta com o médico infectologista, assim que o paciente recebe o diagnóstico da infecção pelo HIV. Os fatores de risco associados ao HIV e/ou Aids são: uso de medicação ototóxica, uso de terapia antirretroviral, doenças oportunistas (otite média, colesteatoma, CMV, otosífilis, toxoplasmose, herpes zoster, meningite), idade superior a 35 anos, exposição a ruído e sintomas de Aids (clínicos e/ou laboratoriais).

Segundo Stearn e Swanepoel (2010) a etapa de realização do teste deve contemplar uma avaliação audiométrica de base, ou uma triagem por meio de emissões otoacústicas (passa/falha). Sempre levando em consideração o acolhimento à pessoa com HIV/Aids, o levantamento do histórico clínico e riscos (Tabela 1).

Para o grupo com baixo risco para surdez a realização de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE), logo após o resultado do teste do HIV+, na atenção básica é uma opção indicada por Stearn e Swanepoel (2010). Caso o paciente “falhe”, o infectologista deverá referenciar para a Rede de Atenção à Saúde Auditiva por meio de algum Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA) para realização do diagnóstico complementar. Em caso de resultado satisfatório (falso-positivo sem risco) o acompanhamento deverá ser anual, na atenção básica, utilizando Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes ou avaliação audiométrica.

Para o grupo com risco para surdez os autores sugerem os mesmos procedimentos, no entanto, o acompanhamento, em caso satisfatório (falso-positivo com risco) deverá ser realizado a cada semestre (STEARN; SWANEPOEL, 2010).

Para a realização do exame audiométrico, esses autores sugerem a utilização da Porcentagem de Perda Auditiva (PPA) como uma maneira de organizar o encaminhamento na rede, sendo assim, na falha com 11,1% de perda o médico infectologista deverá referenciar ao diagnóstico audiológico, enquanto que na falha com 30% de perda a referência deve ser ao médico otorrinolaringologista e ao diagnóstico. Caso haja uma assimetria contralateral, o encaminhamento deve ser feito ao médico otorrinolaringologista. Ainda, de acordo com o tipo de perda encontrada, a referência na rede de atenção à saúde auditiva também deverá ser orientada de forma bem específica, conforme o fluxograma (STEARN; SWANEPOEL, 2010; McNEILLY, 2005). Salientamos que este referencial que utiliza porcentagem em perda auditiva não é utilizado no Brasil, portanto há necessidade de validação de protocolo específico para pacientes infectados com HIV/Aids, com parâmetros nacionais.

Segundo Matas (2010) os limiares auditivos de Audiometria Tonal na faixa de frequências de 250 a 3000 Hz são mais elevados em pacientes infectados com HIV/Aids e expostos ao tratamento antirretroviral, assim como na Audiometria Tonal de Altas Frequências. No entanto necessitamos de mais pesquisas que estabeleçam parâmetros audiológicos para essa população, a fim de realizarmos os encaminhamentos e construirmos os fluxos na rede de atenção à saúde auditiva para pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil.

Cabe destacar que qualquer alteração no exame audiométrico, associada ao uso de medicações ototóxicas e/ou medicações antirretrovirais precisa ser imediatamente comunicada ao médico infectologista, devido ao maior risco de perda auditiva, possibilitando o remanejamento da medicação.

Ainda, por apresentarem alterações tanto da via auditiva periférica quanto da via auditiva central, sugerimos que o monitoramento também possa ser realizado com emissões otoacústicas e potencial auditivo evocado, com equipamento portátil específico para triagem auditiva.

Todas as ações desenvolvidas para adaptação de aparelho de amplificação sonora individual/AASI ou implante coclear (IC) têm suas diretrizes definidas na Portaria MS/GM nº 835, de 25 de abril de 2012, (BRASIL, 2012). Outro aspecto destacado pelos participantes do estudo é a qualificação dos profissionais para o atendimento dessa população. Podemos perceber que tanto os gestores, quanto os profissionais não têm experiência com o cuidado específico, em saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids, sendo de extrema importância a compreensão do processo da perda auditiva, das limitações oriundas das alterações no sistema auditivo, dos estigmas e do isolamento impetrado pela dificuldade de comunicação com seus pares.

O fluxograma sugerido não foi validado, portanto neste estudo não foi possível conformar a assistência à saúde segundo três variáveis: qualidade da assistência à saúde, acesso ao sistema de saúde e o custo dessa assistência ou atenção. Sabemos que existe um limitador econômico, e que atualmente o desafio dos gestores é justamente conciliar desejo e necessidade do usuário e os recursos para o sistema de saúde (FERRAZ, 2011). A validação do fluxograma poderá proporcionar a aplicabilidade do conhecimento construído, gerando uma melhor prática de pesquisa em saúde, orientando decisões em benefício do paciente e do sistema de saúde.

Segundo Ferraz (2011), economia da saúde é o estudo de como indivíduos e sociedades exercem a opção de escolha na alocação dos escassos recursos destinados à área da saúde entre as alternativas que competem para seu uso, e como esses escassos recursos são distribuídos entre os membros da sociedade. Existem ainda quatro aspectos a serem considerados na avaliação de intervenções utilizadas nos sistemas de saúde: a segurança, a eficácia, a efetividade e a eficiência. A eficácia demonstra se o sistema atinge seus objetivos em um cenário ideal, a efetividade se o sistema atinge seus objetivos em um cenário real e a eficiência deverá demonstrar o benefício dos recursos utilizados (produtos e serviços). A avaliação econômica em saúde deve, portanto, analisar se a adoção da nova tecnologia ou intervenção produz “mais saúde” com menos recursos e tem maior custo, ou produz “menos saúde”, porém consome menos recursos e tem, portanto, menor custo (FERRAZ, 2011).

Existem quatro tipos de avaliação econômica: custo-minimização, custo-efetividade, custo-utilidade e custo benefício. O

custo-minimização é quando se tem duas ou mais intervenções que proporcionam exatamente o mesmo benefício (ganho de saúde); o custo-efetividade é o parâmetro clínico, utilizado para analisar melhora, piora ou acompanhar a doença ou condição; custo-utilidade é mensurado em qualquer condição clínica, e a avaliação fundamenta-se na qualidade de vida; por fim, o custo benefício é aquele em que o ganho de saúde é valorado em termos monetários (FERRAZ, 2011). Essas avaliações econômicas devem ser realizadas, incluindo a realidade de formação acadêmica do fonoaudiólogo, uma vez que atualmente não há no Brasil, profissionais suficientes para atender a demanda, inviabilizando economicamente a implantação de um programa de triagem e seguimento de pessoas que vivem com HIV/Aids, e que apresentam como agravos a perda auditiva.

Após a validação do protocolo proposto, sugerimos a construção do Protocolo Operacional Padrão (POP), que são instruções detalhadas descritas para alcançar a uniformidade na execução de uma função específica, e tem como função a realização de treinamentos, garante mais profissionalismo e credibilidade a nova tecnologia, além da garantia de qualidade por meio da padronização e rastreabilidade (BARBOSA et al.,2011).

A educação permanente em saúde é um processo de essencial importância no desenvolvimento e na manutenção de um sistema público de saúde. Seu valor reside no fato de o trabalho em saúde se basear, necessariamente, no elemento humano, ou seja, na sua capacidade de agir, refletir, colocar-se no lugar das pessoas que recebem seus cuidados e entender os determinantes do processo saúde/doença em sua dinamicidade e complexidade.

Em 13 de fevereiro de 2004, a Secretaria de Saúde e Segurança no Trabalho publica a Portaria nº 198, com o objetivo de instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O Ministério do Trabalho define e propõe a educação permanente a partir do seguinte princípio básico:

[...] Educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem

como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde especifica a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a constituição da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS, onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações. (BRASIL, 2004).

Para Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Essas ações nos permitiriam constituir o Sistema Único de Saúde (SUS) verdadeiramente como uma rede-escola.

Carotta, Kawamura e Salazar (2009) relatam que no Município de Embu, a experiência com a educação permanente em saúde foi promissora, que no Estado de São Paulo essa implantação foi adotada pela gestão municipal com o objetivo de identificar e definir ações educativas que qualificassem a atenção e a gestão em saúde por meio da



formação e do desenvolvimento dos trabalhadores do setor. Alguns desafios surgiram no decorrer do processo: dificuldade dos trabalhadores em aplicar os conceitos na prática; rotina diária de trabalho intensa, que dificulta a agenda de encontros da equipe e a possibilidade de aprofundar as reflexões com leituras complementares e formar grupos de estudo; desmotivação de alguns trabalhadores; incluir os profissionais médicos na discussão; ampliar a participação dos usuários. Ao mesmo tempo, revelam que algumas questões facilitaram o andamento dos trabalhos: comprometimento e sensibilização do gestor com a estratégia da EPS; comprometimento e responsabilidade dos facilitadores no desempenho de suas tarefas; legitimação das reuniões e roda de reflexão como rotina de trabalho pelo gestor e gerentes das Unidades; possibilidade das Unidades de Saúde de propor e realizarem ações e estratégias de acordo com as necessidades da população/comunidade locais/regionais.

Em Florianópolis a experiência com a EPS é denominada de Rede Docente-Assistencial (RDA) e tem por finalidade “promover a integração ensino, pesquisa e extensão, serviço e comunidade, favorecendo a ampliação da atenção à saúde de qualidade e propiciando a formação dos profissionais da saúde voltada para os princípios dos SUS” (Florianópolis, 2010, p. 2). O programa iniciou dirigido ao recém-criado internato médico do curso de medicina, em 1997, agregando-se, depois, estudantes dos cursos de enfermagem, nutrição, odontologia, educação física, farmácia, serviço social e psicologia (REIBNITZ et al., 2012).

A rede foi desenvolvida por convênio entre a Prefeitura Municipal de Florianópolis, por meio da Secretaria de Saúde, e a Universidade Federal de Santa Catarina. Seu objetivo é oferecer campo de estágio para os alunos dos cursos relacionados à saúde nas unidades básicas de saúde (Florianópolis, 2010). As perspectivas para a integração ensino, serviço e pesquisa levaram o município a investir nessa parceria por considerar que a população usuária do SUS tem muito a ganhar com a presença de alunos nas unidades de saúde. Acreditam ainda que com a RDA os futuros profissionais da saúde estarão mais bem preparados para atuar na atenção básica, e não só em consultórios particulares e hospitais, perspectiva que ainda predomina. Trata-se de uma parceria para a qual confluem diferentes atores da área

acadêmica, dos serviços de saúde e das organizações comunitárias (OLIVEIRA, 2008).

Alguns resultados da Rede Docente-Assistencial já se apresentam, como a promoção de um processo de ensino contextualizado na realidade da prática e o “desenvolvimento de pesquisas integradas, considerando o contexto sociocultural, compatibilizando o modelo pedagógico-assistencial e as necessidades de saúde da população” (REIBNITZ e col., 2012, p. 72).

Diante das experiências expostas podemos afirmar que a EPS deverá ser a forma que podemos utilizar no processo ensino-aprendizagem no trabalho em saúde, para a formação e capacitação de equipes da rede básica de saúde, com o objetivo de orientá-las acerca dos fatores de risco para a audição; a identificação de idosos e adultos com queixas de alterações auditivas, vertigem, chiado ou zumbido no ouvido que devem ser referenciados para avaliação especializada; orientação e acompanhamento.

A integração das políticas públicas, assim como a integralidade do cuidado emergiram como consequência das estratégias propostas pelos participantes do estudo, bem como a ênfase na necessidade de criação de trabalhos para discussão de temas comuns em políticas distintas. E entre os sucessos mencionados nas experiências dos estados brasileiros, na implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), podemos citar vários aspectos que vão ao encontro dessas afirmações, como: aproximação e integração entre as diversas áreas das Secretarias de Estado da saúde, para planejamento articulado e execução compartilhada das estratégias e das ações; aproximação, no interior da própria Secretaria Estadual, dos diferentes níveis hierárquicos e revisão das atividades de planejamento das ações e da formulação das políticas de saúde; integração entre diferentes esferas de gestão, municipal, regional, e estadual e junto aos técnicos do Ministério da Saúde (apoiadores temáticos e de serviços); integração dos planos regionais para as redes temáticas e convergência do subprojeto com iniciativas operadas pelos entes estaduais e municipais; diálogo e participação dos gestores municipais de saúde; fortalecimento do controle social; análise rica de indicadores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e de gestão, os quais evidenciaram as demandas/necessidades da região; elaboração e/ou atualização e implantação dos instrumentos de planejamento, gestão, regulação, controle/avaliação, educação

permanente, fundamentais para atuação em RAS, entre eles o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada de Atenção em Saúde (PPI) (CONASS, 2012).

Ainda, segundo o CONASS (2012) os processos de integração são difíceis, complexos de longo prazo, requerem mudanças sistêmicas amplas, e não apenas intervenções isoladas e pontuais. As mudanças exigem ação em vários níveis, incluindo o compromisso dos trabalhadores de saúde, dos gestores e formuladores de políticas, e finalmente vários estudos sugerem que a integração do pessoal de saúde com o sistema, a integração de sistemas de informações e a integração clínica são percebidas pelos gestores e pelos prestadores do SUS como o mais difícil de alcançar (CONASS, 2012).

Segundo Lavras (2011), para que as RAS se estruturam na APS e possam ser efetivamente organizadoras do sistema de saúde e coordenadoras do cuidado, há que fazer grandes investimentos voltados a seu aprimoramento independentemente de outras medidas de caráter mais sistêmico. Essas iniciativas, focadas na APS, devem necessariamente contemplar: a adequação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde já existentes; a construção de novas unidades onde houver necessidade; a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais; o aperfeiçoamento do processo gerencial em todas as unidades básicas de saúde existentes; a implantação de protocolos clínicos consensuados com as demais unidades componentes da rede e a incorporação permanente de dispositivos relacionados à gestão do cuidado em saúde, com vistas a favorecer a integração das práticas profissionais e a garantir a continuidade assistencial.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nos pacientes que vivem com HIV/Aids recomenda-se que a primeira triagem auditiva se realize assim que o diagnóstico da infecção pelo HIV seja confirmado, e o monitoramento auditivo realizado a cada seis meses ou anualmente, dependendo da presença ou não de fatores de risco associados ao HIV/Aids, conforme sugeriram os participantes deste estudo, em concordância com as evidências científicas, por meio de audiometria tonal, emissões otoacústicas e PEATE. Os fatores de

risco, infecção pelo HIV e Aids deverão ser incluídos na Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, bem como na Política Nacional de DST/Aids, assim como nas diretrizes para a inclusão desta população, uma vez que tem suas especificidades. E ainda deverá ser determinado que o acesso, a triagem e o monitoramento da perda auditiva sejam realizados nas redes de atenção à saúde, portanto sendo incluídos também na Política Nacional de Atenção Básica.

Sugerimos ainda que a validação do protocolo seja realizada a fim de analisar economicamente a alocação dos recursos para implantação efetiva do protocolo nas Redes de Atenção à Saúde Auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids.

Em relação à capacitação das equipes de saúde, a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia de qualificação dos trabalhadores do SUS, é orientada para a equidade, integralidade e qualidade da atenção, pela capacidade de discutir, dialogar em grupos interdisciplinares e tomar decisões com base em informações, de avaliar resultados de ações e de políticas, e de realizar avaliações de desempenhos, para a transformação no processo de trabalho, sendo, portanto, um processo de formação-intervenção no trabalho em saúde. Por fim, podemos afirmar que a implantação das Redes de Atenção à Saúde é mais um dos desafios a serem enfrentados pelos profissionais, gestores e usuários do SUS, no entanto, já demonstra que é o caminho para alcançar melhores resultados em saúde, com melhor qualidade e menores custos, promovendo a articulação entre diversos atores (esferas de governo/níveis de atenção), induzindo à elaboração e implantação de instrumentos de planejamento e gestão, possibilitando, em relação a este estudo, vislumbrar uma rede de atenção à saúde auditiva que contemple as pessoas que vivem com HIV/Aids, e que podem ter como agravo a perda auditiva, alcançando assim a integralidade do cuidado, apesar de toda a complexidade no processo de construção para implantação das RAS.

## REFERÊNCIAS

ASHA. **American Speech-Language Hearing Association**. Disponível em: <<http://www.asha.org/public/hearing/Hearing-Screening-and-Hearing-Evaluation/>>. Acesso em: 25 set. 2013.

BARBOSA, C. M et al . A importância dos procedimentos operacionais padrão (POPs) para os centros de pesquisa clínica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 57, n. 2, abr. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302011000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000200007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 11 fev. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000200007>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O estado e as Redes de Atenção à Saúde – 1ª Mostra Nacional de Experiências/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2012.**

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes /** Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. \_ Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde.** Portaria MS/GM nº 835, de 25 de abril de 2012.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. Portaria Nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004.

CADMAN, D. et al. Assessing the effectiveness or community screening programs. **JAMA.** v. 251, pp. 1580-1585, 1984.

CAROTTA, F; KAWAMURA, D; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saude soc.**, São Paulo , v. 18, supl. 1, mar. 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

129020090005000008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2013.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-129020090005000008>.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 25 set. 2013.

DAVIS-McFARLAND, E. **Pediatric HIV/AIDS**—Issues and Strategies for intervention. The ASHA Leader, 2002.

FERRAZ, M. B. Avaliação econômica em saúde. In: NETO, G. V.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Regimento interno da Rede Docente Assistencial**. [s. d.] Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=rede+docente+assistencial&menu=0>> Acesso em: 20 ago. 2013.

MACEDO, M. C. S. et al. Cenários de aprendizagem: intersecção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ; ABRASCO, 2006.

MATAS, Carla Gentile. **Caracterização das manifestações audiológicas e eletrofisiológicas em adultos HIV positivos**. 2010. 214f. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2010.

MATAS, Carla Gentile et al. Avaliação auditiva na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 15, n. 2, 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342010000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342010000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 fev. 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342010000200005>.

MATAS, C. G. JUAN, K. R.; NAKANO, R. A. Potenciais evocados auditivos de média e longa latências em adultos com AIDS. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri , v. 18, n. 2, ago. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-56872006000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872006000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 fev. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872006000200006>.

MC NEILLY, L.M. HIV and Communication. **Journal of Communication Disorders**. v. 38, pp. 303-310, 2005.

MEYNARD, J.L. et al. Two cases of cytomegalovirus infection revealed by hearing loss in HIV-infected patients. **Biomedicine and Pharmacotherapy**, v. 51, pp. 461-463, 1997.

MOAZZEZ, A. H; ALVI, A. Head and neck manifestations of AIDS in adults. **American Family Physician**. v. 57, n. 8, pp. 1813-1822, 1998.

MULROW C. D. Screening for hearing impairment in the elderly: rationale and strategy. **J Gen Intern Med**.v. 6, pp. 249-258, 1991.

NIELSEN, C; LANG, R.S. Principles of screening. **Med Clin North Am**.v. 83, pp. 1323-1337, 1999.

OLIVEIRA, M. C. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 347-355, 2008.

PAYNE, B. et al. Mitochondrial aging is accelerated by anti-retroviraltherapy through the clonal expansion of mtDNA mutations. **Nature Genetics** ,v. 43, n. 8, 2011.

QUIDICOMO, S; MATAS, C. G. Estudo da função auditiva em indivíduos com HIV/AIDS submetidos e não submetidos à terapia antirretroviral. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo , v. 18, n. 1, 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-)

64312013000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 fev. 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312013000100004>.

REIBNITZ, K. S. et al . Rede docente assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: reflexos da implantação dos projetos Pró-Saúde I e II. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, supl. 2, mar. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000300011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300011>.

SISSON, M. C. Implantação de programas e redefinição de práticas profissionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 92-103, 2009.

STEARNS, N.; SWANEPOEL, D. W. Sensory and Neural Auditory Disorders Associated with HIV/AIDS. In: Swanepoel, De Wet and Louw, Brenda. **HIV/AIDS: Related Communication, Hearing and Swallowing Disorders**. United Kingdom: Plural Publishing Inc, 2010.

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Basics of qualitative research-** techniques and procedures for developing grounded theory. California: SAGE Publications, 1998.

VAN DER WESTHUIZEN, YOLANDÉ; SWANEPOEL, DE WET; HEINZE, BARBARA; HOFMEYR, LOUIS MURRAY. Auditory and Otological manifestations in adults with HIV/AIDS. **International Journal of Audiology**, Volume 52, Number 1, January 2013 , pp. 37-43(7).



#### 6.4 MANUSCRITO 4 – UNITED KINGDOM NATIONAL SCREENING COMMITTEE: UMA EXPERIÊNCIA EM REDE DE ATENÇÃO PREVENTIVA NA INGLATERRA

##### **UNITED KINGDOM NATIONAL SCREENING COMMITTEE: UMA EXPERIÊNCIA EM REDE DE ATENÇÃO PREVENTIVA NA INGLATERRA**

##### **RESUMO**

**Objetivo:** Relatar a experiência sobre a rede de atenção para a prevenção de agravos, por meio do United Kingdom National Screening Committee (UK NSC) do National Health System (NHS), realizada durante o estágio de doutoramento sanduíche na cidade de Londres, Inglaterra. **Método:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido pela doutoranda de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. A coleta de dados foi realizada no escritório do MRC Hearing and Communication Group, que é filiado ao *Royal Free Hampstead NHS Trust e a University College London (UCL), London, United Kingdom*, no período de 17/08/2012 a 19/03/2013. Foi utilizado um diário de campo construído durante reuniões, orientações, visitas e treinamentos. **Resultados:** Constatou-se que o NHS é um dos melhores sistemas públicos de saúde mundial, garantindo à população britânica igualdade de acesso, atendimento integral e uma rede de atenção à saúde resolutive, com resultados de qualidade em saúde e gestão. O Newborn Hearing Screening Programm (NHSP) oferece aos pais uma triagem auditiva de alta qualidade com cobertura de 99% dos bebês nascidos na Inglaterra. A triagem auditiva de adultos ainda não é uma realidade, no entanto o UK NSC iniciou estudos de base epidemiológica e econômica com o objetivo de dar suporte adequado aos formuladores das políticas públicas de saúde, para iniciar ações de saúde auditiva preventivas com essa população, por conta do aumento da taxa de envelhecimento dos ingleses. **Conclusão:** O UK NSC é à base de toda e qualquer nova política de saúde que envolva prevenção de agravos, a manutenção e controle da qualidade fundamentam as discussões e ações, percebe-se que um dos diferenciais para o alcance e manutenção do *status* de melhor sistema público de saúde se dá com base no planejamento das

ações, nas avaliações realizadas periodicamente, e nos treinamentos fundamentados em equipes de liderança espalhadas pelo país.

**Descritores:** Sistema Único de Saúde. Audição. Políticas Públicas. Fonoaudiologia. Enfermagem.

## UNITED KINGDOM NATIONAL SCREENING COMMITTEE: A NETWORK EXPERIENCE FOR PREVENTIVE CARE IN ENGLAND

### ABSTRACT

**Objective:** to report on the experience of the network for care for the prevention of harm, by means of the United Kingdom National Screening Committee (UK NSC) of the National Health System (NHS) conducted during a doctoral sandwich grant program in the city of London, England. **Method:** descriptive study of a report on experience type, undertaken by a doctoral candidate in nursing at UFSC. The data collection was conducted at the office of the MRC Hearing and Communication Group, which is affiliated to the *Royal Free Hampstead NHS Trust and to University College London (UCL), London, United Kingdom* from 17/08/2012 to 19/03/2013. A field notebook was used that was constructed during meetings, orientation sessions, visits and training. **Results:** it was found that the NHS is one of the world's best public healthcare systems, providing the British population equal access, integral care and a healthcare network that resolves problems by offering quality healthcare and management. The Newborn Hearing Screening Program (NHSP) offers the country high quality hearing triage with coverage of 99% of newborn babies in England. Hearing triage of adults is still not a reality, however, the *UK NSC* began epidemiological and economic studies to provide proper support to the formulators of public healthcare policies, to begin preventive hearing healthcare actions for the elderly because of the increased rate of aging of the English population. **Conclusion:** the UK NSC provides the foundation for all and any new healthcare policies that involve prevention of damage, the maintenance and control of quality and sets the basis for discussions and actions. It was perceived that one of the distinctions that has allowed it to achieve and maintain recognition as the best public healthcare system is the planning of actions, periodic evaluations and training based on leadership teams spread throughout the country.

**Descriptors:** Unified Health System. Hearing. Public Policies. Speech, Language and Hearing Sciences. Nursing.

**COMITÉ NACIONAL DE INVESTIGACIÓN DO REINO  
UNIDO: UNA RED DE EXPERIENCIA ATENCIÓN  
PREVENTIVA EN INGLATERRA**

**RESUMEN**

**Objetivo:** informar sobre la experiencia de la red de atención a la prevención de los daños, a través de la Comisión Nacional del Reino Unido Screening (UK NSC ) del Sistema Nacional de Salud (NHS) realizada durante un programa de becas de doctorado sándwich en la ciudad de Londres, Inglaterra. **Método:** Estudio descriptivo de un informe sobre el tipo de experiencia, llevada a cabo por un estudiante de doctorado en enfermería de la UFSC. La recolección de datos se llevó a cabo en la oficina de la Audiencia MRC y el Grupo de Comunicación, que está afiliada a la Royal Free Hampstead NHS Trust y la Universidad College London (UCL), Londres, Reino Unido desde 17/08/2012 al 19/03/2013. Se utilizó un cuaderno de campo que se construyó que durante las reuniones, sesiones de orientación, visitas y formación. **Resultados:** se encontró que el NHS es uno de los mejores sistemas sanitarios públicos del mundo, proporcionando la población británica igualdad de acceso, la atención integral y la red sanitaria TJAT resuelve los problemas, ofreciendo atención médica y gestión de calidad. El programa de screening auditivo neonatal (NHSP) el país ofrece triage audición de alta calidad con una cobertura del 99 % de los recién nacidos en Inglaterra. Triage de los adultos audiencia todavía no es una realidad, sin embargo, el Reino Unido NSC Comenzó estudios epidemiológicos y económicos para prestar el apoyo adecuado a los formuladores de políticas públicas de salud, para iniciar las acciones de prevención de la salud auditiva de las personas mayores debido a la mayor tasa de envejecimiento de la Espanhol población. **Conclusión:** El Reino Unido NSC Proporciona la base para todo y cualquier nueva política sanitaria que consiste en la prevención de los daños, el mantenimiento y el control de calidad y establece la base para los debates y acciones. Fue una de las distinciones percibidas que le ha permitido alcanzar y mantener el reconocimiento para el mejor sistema de salud pública es la planificación de las acciones, evaluaciones y

capacitación periódica sobre la base de los equipos de liderazgo extendido por todo el país.

**Descriptor:** Sistema Único de Salud. Audición. Políticas Públicas. Fonoaudiología. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O NHSP é um dos programas que fazem parte do UK *National Screening Committee* e cuja diretoria é de responsabilidade da Dra. Anne Mackie. Esta, juntamente com o Dr. Adrian Davis (supervisor estrangeiro), salientou a importância da permanência no escritório do *MRC Hearing and Communications Group*, e elaboraram as atividades que foram incluídas no plano de trabalho. O orientador, Dr. Adrian Davis, é *Director of MRC Hearing & Communication do Royal Free Hampstead NHS Trust, Hospital da University of College London (UCL)* e Líder da Clínica Nacional de Medidas Fisiológicas em Audiologia, *University of Manchester Director of Newborn Hearing Programme for England*, Consultor do Sistema de Saúde Pública da Inglaterra, além de ser pesquisador de relevância, com reconhecimento internacional e expertise no tocante ao campo da Gestão em Políticas Públicas em Saúde Auditiva.

Dr. Adrian Davis publicou extensivos *papers* de revisão em jornais e é autor de vários livros e capítulos de livros. Desde cedo, concentrou seus trabalhos em epidemiologia e saúde pública voltada aos prejuízos da audição em adultos e crianças, mostrando as causas mais prevalentes dessas deficiências na Inglaterra.

Mais recentemente, tem se envolvido em avaliações e aquisição de tecnologias de saúde e serviços para o NHS para suprir as dificuldades e prejuízos das pessoas surdas. Até o momento é Diretor do *NHS Newborn Hearing Screening Programme (NHSP)* da Inglaterra e suas pesquisas juntamente com Dr. John Bamford foram uma das principais razões para a obtenção da aprovação e financiamento do *InterDepartmental Committee (DH)* para a implantação do programa nacional de triagem auditiva em todos os recém-nascidos da Inglaterra.

Em parceria com o DH e com o *Royal National Institute for Deaf People (RNID)* e *National Deaf Children's Society (NDCS)* ele contribuiu extensivamente com o *Modernising Hearing Aid Services programme (MHAS)*, que trouxe novos protocolos nacionais, uso do

setor privado e o uso inovador da teleaudiologia através do NHS *Hearing Direct*. Sua maior preocupação atualmente é pesquisar como a força de trabalho do NHS usa o conhecimento e a informação para melhorar o atendimento no programa.

O Newborn Hearing Screening Programm (NHSP) oferece aos pais uma triagem auditiva de alta qualidade com cobertura de 99% dos bebês nascidos na Inglaterra; identifica todas as crianças nascidas com perda permanente de grau moderado a profundo bilateral, dentro de 4-5 semanas de nascimento; realiza reabilitação eficaz em todas as crianças identificadas com perda permanente de grau moderado a profundo bilateral; assim como promove e desenvolve um ambiente familiar integrado e eficaz garantindo suporte na intervenção precoce para as crianças surdas.

Cabe salientar que o trabalho de gestão deste doutorado foi com adultos que vivem com HIV/Aids e que apresentam alterações auditivas ou surdez como agravo a essa condição de saúde, no entanto, ainda não existe em nenhum país uma rede de atenção que referencie esses pacientes em seu sistema de saúde, portanto utilizamos a experiência do Reino Unido, que em 2012 atingiu o marco de cinco milhões de crianças rastreadas auditivamente, utilizando a técnica popularmente conhecida no Brasil como “Teste da Orelhinha”. Os números em relação ao NHSP impressionam: são cinco milhões de bebês triados; quatro semanas em que os bebês são encaminhados ao audiologista para o diagnóstico, se necessário; três bebês com perda auditiva permanente são diagnosticados diariamente no país, dois é a porcentagem de bebês encaminhados para o diagnóstico; e, por tudo isso, é o primeiro programa de rastreio mundial. A vasta experiência com a organização e gestão da rede de atenção à saúde auditiva neonatal, e a liderança mundial em triagem, diagnóstico precoce, tratamento e orientação aos pais e familiares nos motivou a conhecer como e quais são os desafios de gestão de um sistema público de saúde para implantar um programa de rastreio auditivo. Assim sendo, podemos utilizar o modelo de gestão britânico, transpondo para o processo de trabalho, organização, administração e gestão de triagem auditiva com adultos, especialmente para as pessoas que foram infectadas pelo HIV.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo, oriundo do estágio de doutoramento sanduíche, da uma pesquisa ampliada intitulada “Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids sob a perspectiva da Complexidade”, na qual se adotou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico, por possibilitar compreender a realidade a partir da percepção que certo contexto ou objeto tem para as pessoas (STRAUSS; CORBIN, 2008). A coleta dos dados ocorreu durante o período de agosto de 2012 a março de 2013, no escritório do *MRC Hearing and Communication Group, London, England*. Foi utilizado um diário de campo construído durante reuniões, orientações, visitas e treinamentos.

## **RELATO**

O sistema nacional de saúde inglês (NHS) foi criado no fim da Segunda Guerra Mundial e é considerado paradigmático por ser o primeiro sistema nacional de saúde público no mundo capitalista ocidental. Sua criação resultou de longo processo político e de negociações que se iniciaram durante a guerra, mas ganhou impulso no governo de coalizão dos anos 40, quando foi instituído o *InterDepartmental Committee on Social Insurance and Allied Services*, presidido por William Beveridge, em 1941, cujo relatório de 1942 estabelecia as bases para a criação do NHS, um sistema público financiado por impostos gerais arrecadados pelo Estado, considerando a assistência à saúde como um direito de cidadania. A organização do país, para enfrentar as necessidades de atenção à saúde impostas pela guerra, coordenada pelo Estado, também teve importante papel nesse processo uma vez que capacitou o aparelho de Estado para a administração e o planejamento centralizado desse atendimento. O documento que fundamenta as bases do NHS é de 1944 e a eleição do Partido Trabalhista em 1945, com maioria parlamentar, facilitou a aprovação da lei de sua criação, em 1946, e sua implantação começou em 1948. Os princípios estruturantes do NHS são: universalidade, solidariedade e atenção integral. A condução da gestão é centralizada,

com uma estrutura de organização de serviços e de financiamento (ALMEIDA, 2008).

No Reino Unido, historicamente, a atenção básica e a atenção especializada sempre foram conduzidas de forma separada, e os médicos generalistas (*general practioners* – GPs) têm *status* diferente e representações próprias em relação aos especialistas e médicos que trabalham nos hospitais. A estruturação do NHS incorporou essa separação, mas articula os dois níveis de atenção de forma nunca antes praticada na área. Além disso, a criação do novo sistema nacionalizou todos os serviços de saúde, privados lucrativos e beneficentes (ALMEIDA, 2008).

Assim, o NHS é estruturado em dois grandes blocos: a atenção básica, prestada pelos GPs, que funciona como porta de entrada no sistema, isto é, todo cidadão deve se inscrever com um GP localizado próximo à sua residência de moradia; e a atenção especializada e hospitalar, para cujo acesso é necessário o encaminhamento de um GP, exceto em casos de urgência ou emergência. Os médicos que atendem no primeiro nível de atenção não são funcionários do Estado, mas sim contratados e pagos por captação (segundo o número de pessoas inscritas em sua lista), além de receberem outros recursos para prestar determinados serviços definidos especificamente para este nível de atenção. Os especialistas são funcionários públicos, assim como os que atendem em nível hospitalar, e esse nível de atenção também é financiado com recursos públicos (ALMEIDA, 2008).

O NHSP é um dos programas que fazem parte do UK *National Screening Committee* (UK NSC). O UK NSC foi fundado em 1996 com Sir Kenneth Calman, e, desde o início, o conceito de triagem fazendo mais bem do que mal, e a importância da qualidade em cada etapa do processo de triagem, foram o cerne do trabalho deste grupo. No prefácio do primeiro relatório anual, Sir Kenneth Calman afirma: “o comitê nacional do Reino Unido e os programas de rastreamento do NHS tornaram-se parte da saúde pública da Inglaterra, uma agência executiva do Ministério da Saúde”.

No Reino Unido, os serviços de audiologia do NHS são os sistemas de saúde complexos em ambientes complexos. Eles prestam cuidados "end-to-end" com a triagem neonatal, avaliação diagnóstica dos pacientes, distribuição de aparelhos auditivos, e acompanhamento adequado para assegurar bons resultados (DAVIS et al., 2012).

A identificação precoce de uma doença é importante para o paciente. À medida que novas tecnologias são descobertas, o interesse das pessoas se eleva com a possibilidade de criação de novos programas. No entanto, a promessa de novas tecnologias de rastreamento deve ser olhada com cuidado, compreendendo que o empreendimento e investimento devem atender a todas as nossas expectativas. Por isso é vital que antes de prosseguir haja um desenvolvimento cuidadoso e discussões com os serviços, os profissionais que prestam o serviço de triagem e os potenciais utilizadores do serviço, além de considerar se o uso do recurso financeiro está sendo o melhor (DAVIS et al., 2012).

A saúde pública na Inglaterra foi criada para proteger e melhorar a saúde da nação, o bem-estar e reduzir as desigualdades. Pretende-se levar o desenvolvimento de um serviço de saúde e bem-estar do século 21, com o apoio das autoridades locais e do NHS, para entregar à população as maiores melhorias na saúde pública possíveis. Historicamente, os serviços de audiologia tiveram uma baixa prioridade por causa da natureza silenciosa e insidiosa da deficiência. Além disso, o público em geral não via a deficiência auditiva como um problema dramático de saúde com necessidade de intervenção urgente (DAVIS; SMITH, 2013).

Embora a maioria (80%) dos pacientes do Reino Unido acesse sua saúde auditiva através do NHS (HOUGAARD; ROUF, 2010), há também a opção de usar o setor independente sem uma referência GP. Há iniciativas recentes envolvendo triagem, por exemplo, por telefone ou Internet, o que pode no futuro levar à autorreferência, sem a necessidade de envolvimento GP (Action on Hearing Loss, 2013).

De acordo com Davis et al. (2012) desafio para a saúde pública da deficiência auditiva está crescendo devido à demografia da população, e a idade é o principal determinante da perda auditiva. A deficiência auditiva no Reino Unido afeta um em cada dez adultos com idades entre 55-74 anos. Ao longo dos próximos 15 anos a deficiência auditiva será um problema crescente da população, devido ao perfil de envelhecimento da população. E provavelmente há um aumento de 10-15%, em termos de população. Quase um em cada quatro (22,6%) com mais 75 anos de idade relata preocupação moderada ou grave por causa de problemas de audição (DAVIS et al. 2007).



Podemos afirmar que a perda auditiva é a terceira doença crônica mais prevalente em adultos mais velhos, associada com deficiências psicossociais e qualidade de vida, tendo efeitos importantes sobre a sua saúde física e mental. Investigações recentes demonstraram que os indivíduos com deficiências auditivas incapacitantes, de fato, se beneficiam dos serviços de reabilitação oferecidos por fonoaudiólogos, com a intervenção primária (WEINSTEIN, 1996; YUEH et al., 2003, THODI et al., 2013). Apesar desses efeitos, pacientes mais velhos não são avaliados ou tratados para perda auditiva, assim como acontece com as pessoas que vivem com HIV/Aids.

Durante o período do estágio de doutoramento pude perceber a preocupação do grupo de trabalho do *MRC Hearing and Communication* em avaliar o **Programa de Melhoria do NHS** na Inglaterra, implantado em 2011. Foram utilizadas metodologias de melhoria de serviços para identificarem novas vias de encaminhamento e ferramentas que eram mais propensas a proporcionar avanços significativos no diagnóstico de perda auditiva, encaminhamentos eficazes e melhores resultados para os pacientes, ou seja, gestão da rede de atenção à saúde auditiva do NHS. Um dispositivo de triagem audiométrica foi usado no *General Practitioner* (GP) cirurgias (médico generalista do National Health System (NHS) para permitir limites para encaminhamentos eficazes para serem medidos na cirurgia. Os critérios de referência foram revistos, e utilizaram-se o dispositivo, a nova "avaliar e ajustar" a tecnologia na clínica de audiologia, e as vias de acesso direto para transformar a prestação de serviços de audiologia, em resultados que pudessem ser comprovadamente melhores para os pacientes. Estes, por sua vez, alteram a experiência dos GPs, uma vez que se tornam mais propensos a encaminhar os pacientes que podem se beneficiar com o tratamento. No final de 2011, 51 médicos de família em uma das áreas (piloto) de audiologia tinha comprado o *Screeners HearCheck*, uma ferramenta para o desenvolvimento substancial das quatro práticas que foram primeiramente desenvolvidas no projeto piloto (DAVIS et al., 2012) .

Apesar da alta prevalência de perda auditiva em adultos, estudos de base populacional que medem a deficiência auditiva são raros. Desse modo, esse estudo teve como objetivo calcular a prevalência regional e global estimada da deficiência auditiva a partir de dados esparsos e calcular intervalos de incerteza correspondentes. Os

autores acessaram documentos a partir de uma revisão da literatura publicada e obtiveram tabulações de dados detalhados adicionais de investigadores. Estimou-se a prevalência da deficiência auditiva por região, sexo, idade e nível de audição usando um modelo hierárquico *Bayesian*, um método que é eficaz para dados esparsos. Como o objetivo principal era produzir estimativas de prevalência regional e global, inclusive para regiões com escassos ou nenhum dado, os modelos foram avaliados utilizando validação cruzada. Os resultados encontrados foram: utilizaram-se dados de 42 estudos, realizados entre 1973 e 2010, em 29 países. A deficiência auditiva foi positivamente relacionada com a idade, o sexo masculino e regiões de baixa renda. Estimou-se que a prevalência global de debilitação (definida como um nível médio de audição de 35 dB ou mais no melhor ouvido) em 2008 foi de 1,4% (intervalo de incerteza de 95% 1,0-2,2%) para crianças de 5-14 anos; 9,8% (7,7-13,2%) para as mulheres > 15 anos de idade e 12,2% (9,7-16,2%) para os homens > 15 anos de idade. O modelo apresentou boa validade externa na análise de validação cruzada, com 87% das estimativas do inquérito abrangendo 95% intervalos de incerteza do modelo final. Conclusão: Os resultados sugerem que a prevalência da deficiência auditiva infantil e adulto é substancialmente maior em países de média e baixa renda do que nos países de alta renda, demonstrando a necessidade global de atenção à deficiência auditiva (THODI et al., 2013).

O valor de despistagem de rotina para diagnosticar deficiência auditiva não tem sido estudado em ensaios clínicos. Na ausência de dados de ensaios clínicos diretos, os *EUA Preventive Service Task Force*, e a *Task Force Preventive Health Canadian*, e outros grupos concordaram e recomendam a **triagem para deficiência auditiva em adultos mais velhos**. Além disso, exames de rotina podem ser úteis, porque é difícil de diagnosticar a perda auditiva no contexto dos cuidados primários. O início da presbiacusia é insidioso e os próprios pacientes são frequentemente inconscientes de sua perda de audição. Médicos podem ignorar a presbiacusia em uma sala de exame tranquila, uma vez que os sintomas do início da presbiacusia são mais aparentes em ambientes com ruído de fundo. Além disso, os diagnósticos de perda auditiva devem ser confirmados com testes audiométricos formais, que é o critério padrão de diagnóstico (DAVIS; SMITH, 2013).

O Reino Unido NSC revisa regularmente a política de triagem para diferentes condições, à luz de novas evidências de pesquisa, sendo

uma das tarefas desenvolver um *framework* para a seleção. Isso inclui a definição e classificação de programas de rastreio da população e também questões éticas e sociais envolvidas. O “Manual de Programa de Rastreio para a população” foi publicado e estabeleceu as regras básicas para o trabalho da comissão e as expectativas colocadas sobre programas de rastreio futuros. Além de estar desenvolvendo dezenas de políticas de triagem para outras condições, a triagem para a condição de saúde auditiva é uma das prioridades dessa comissão, a equipe supervisionou a introdução bem sucedida de uma série de programas nacionais de rastreio na Inglaterra e elevou o perfil do exame no âmbito do NHS e com o público em geral (DAVIS et al., 2012).

## CONCLUSÃO

A experiência vivenciada durante o estágio de doutoramento no Reino Unido foi extremamente importante e proporcionou algumas reflexões acerca das diferenças entre dois sistemas de saúde públicos, que, apesar da similaridade dos princípios estruturantes, as diferenças na aplicação prática dos mesmos fazem com que as comparações sejam realizadas quase que automaticamente, permitindo vislumbrar as potencialidades e fragilidades de cada um deles. Destacam-se a grande capacidade dos profissionais ingleses em trabalhar interdisciplinarmente, em criar comissões com reuniões periódicas e resolutivas, a preocupação constante em construir protocolos de avaliação dos programas, tanto em relação à gestão quanto à triagem em si, a capacitação constante dos profissionais, e logicamente os recursos financeiros investidos em saúde pelo governo.

## REFERÊNCIAS

ACTION ON HEARING LOSS. Website: hearing check. Disponível em: <<http://www.actionhearingloss.org.uk/your-hearing/look-after-your-hearing/check-your-hearing/about-the-hearing-check.aspx>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

ALMEIDA, C. Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: **Políticas e Sistemas de Saúde**

**no Brasil.** Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. (Orgs.) Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

DAVIS, A. SMITH, P. Adult Hearing Screening: Health Policy Issues – What Happens Next? **Am J Audiol.** v. 22, pp. 167-170, 2013.

DAVIS, A. et al. I. Acceptability, benefit and cost of early screening for hearing disability: a study of potential screening test and models. **Health Technology Assessment**, vol. 11, n 42, 2007.

DAVIS, A. et al. Diagnosing Patients with Age-Related Hearing Loss and Tinnitus: Supporting GP Clinical Engagement through Innovation and Pathway Redesign in Audiology Services. **International Journal of Otolaryngology.** v. 2012, 2012.

HOUGAARD, S; RUF, S. **Euro Trak:** New survey of the market for hearing aids in Germany, France and the U.K. First globally comparative study of hearing, hearing loss and hearing aids. Disponível em: [http://ehima.com/ehima2/euha\\_eurotrack\\_oct2010\\_final.pdf](http://ehima.com/ehima2/euha_eurotrack_oct2010_final.pdf). Acesso em: 25 set. 2013.

NHS Hearing Screening Programme. 2013. Disponível em: <http://www.hearing.screening.nhs.uk/>. Acesso em: 25 abr 2013

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

THODI, C. et al. Adult Hearing Screening: Follow-Up and Outcomes. **Am J Audiol**, v. 22, pp. 183-185, 2013.

YUEH, B. et al. Screening and Management of Adult Hearing Loss in Primary Care: Scientific Review. **JAMA**, v. 289, n. 15, pp. 1976-1985, 2003

WEINSTEIN, B. E. Treatment Efficacy: Hearing Aids in the Management of hearing Loss in Adults. **J Speech Hear Res.** v. 39, pp. 37-45, 1966.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de um apropriado processo analítico dos dados, foi possível desvelar o fenômeno *Organizando a rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids*, fundamentado na integração de nove categorias e dezenove subcategorias, distribuídas em componentes do modelo paradigmático. Haja vista que o objetivo geral deste estudo foi construir um referencial teórico da organização e gestão da rede de atenção à saúde auditiva, a partir da compreensão dos significados atribuídos pelos profissionais e gestores que atuam com a PNASA e a Política Nacional de DST/Aids, no Estado de Santa Catarina, sob a perspectiva da Complexidade, concluímos que o objetivo foi alcançado.

Nesta pesquisa, a relação entre a infecção pelo HIV e a perda auditiva era desconhecida pelos participantes do estudo, e emergiu no contexto do modelo paradigmático como um dos desafios de gestão, uma vez que, ao desconhecer o problema de saúde, os formuladores de políticas, gestores e profissionais de saúde, assim como usuários, não têm onde se embasar para formular, planejar, implantar, organizar e validar uma rede de atenção à saúde, enfraquecendo o sistema de saúde, uma vez que não atende aos anseios dos usuários, profissionais e gestores, e não incorpora os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os participantes do estudo demonstraram interesse pelo cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids, e em ter acesso a informações sobre a relação entre infecção pelo HIV e perda auditiva, com o objetivo de construir uma base de conhecimento pessoal e coletivo que possa dar sustentação ao cuidado de pessoas que tenham como agravo a perda auditiva em consequência da infecção pelo HIV.

As condições de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids foram um dos desafios elencados pelos participantes, uma vez que a não adesão ao tratamento, as condições socioeconômicas precárias e a dificuldade de compreender as orientações e informações fornecidas pelos profissionais de saúde trazem em si alguns obstáculos para andamento do processo em busca do diagnóstico precoce. Estes se caracterizam pelo não comparecimento, dos usuários às consultas de rotina, e por não referirem nenhum sinal ou sintoma de perda auditiva, sendo esta progressiva, de início lento, em frequências agudas, geralmente não sendo perceptível para os mesmos, bem como para os

profissionais de saúde. Evidencia-se desse modo a importância das ações de prevenção, promoção e proteção à saúde auditiva, que devem ser realizadas na atenção primária, coordenadas por profissional capacitado, inserido nos NASF e, por conseguinte, participando ativamente das equipes multidisciplinares de saúde, com ações interdisciplinares.

O modelo médico-hegemônico é um fator relevante que os participantes enfatizaram em dois momentos distintos, um no contexto, onde reconheceram a especialização como um fator limitante para o cuidado integral, neste estudo representado pelo médico otorrinolaringologista, uma vez que não há especialistas suficientes para atender a demanda, gerando “gargalos” aonde o usuário chega a ficar anos com o processo no posto de saúde, aguardando agendamento da consulta, impedindo novamente o diagnóstico da perda auditiva, em tempo hábil para um tratamento que vise à prevenção do agravo e de suas consequências. O outro momento é nas condições intervenientes, onde uma das deficiências da rede configura-se na centralidade do médico, nos processos produtivos, sobrecarregando um especialista específico, e desvalorizando o papel do médico generalista.

A gestão pública do SUS é considerada complexa e fragmentada, pois não articula a integração dos níveis de atenção, ainda não há uma estrutura física e de profissionais (otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos) que consiga dar conta de toda a demanda. O fato de a maioria dos municípios de Santa Catarina não incluir fonoaudiólogos nas equipes do NASF também foi apontado como um problema de gestão, uma vez que não há ações voltadas para prevenção, promoção e proteção à saúde auditiva, na atenção básica, em grande parte dos municípios do estado, gerando uma demanda equivocada para a média e alta complexidade, que também não conseguem dar conta do fluxo de pacientes.

Os participantes da pesquisa demonstraram uma preocupação com o aumento da demanda, a partir das informações acerca da relação entre o HIV e perda auditiva, destacaram que o avanço na terapêutica no tratamento do HIV/Aids trouxe muito ganho a essa população, entre eles a qualidade de vida, e isso gera o aumento no atendimento ambulatorial, para monitorar as morbidades advindas dessa condição crônica de saúde; e complementaram reconhecendo que, da forma como está configurada a atual rede de atenção à saúde auditiva de Santa Catarina,

não viam perspectiva positiva para o atendimento de toda a demanda gerada, e sugeriram um plano de ações na atenção básica, onde esta assumia todas as ações pertinentes a este nível de atenção.

A ausência da atenção básica na rede de atenção à saúde auditiva foi questionada pelos participantes da pesquisa, e enfatizaram a falta de comprometimento dos profissionais e municípios, no que concerne a oferecer uma estrutura mínima para a realização de avaliações básicas em Audiologia, prevenindo, promovendo e protegendo a saúde auditiva dos usuários.

O fluxo relativo à referência e contrarreferência dentro da rede de atenção foi questionado tanto pelos profissionais de saúde auditiva que atendem a demanda reprimida que a atenção básica não assume, quanto pelos profissionais do centro de referência no cuidado aos pacientes do HIV/Aids, que não têm para onde encaminhar os pacientes para o diagnóstico audiológico. Este impasse se dá devido ao fluxo de usuários que deveria estar descentralizado, e organizado por níveis de atenção, e, como esse gerenciamento não ocorre, as consequências são a baixa resolubilidade da atenção básica, e o descrédito da população no sistema de saúde. Outro desafio para os gestores da rede de atenção à saúde auditiva é a dificuldade em divulgar a existência da rede para os profissionais, gestores e usuários, este um problema de comunicação, que não foi contemplado nessa política, e acaba gerando o não estabelecimento da rede dentro do próprio sistema de saúde, e este fato parece estar vinculado à fragmentação no processo de trabalho e à falta de integração dos gestores, profissionais, e consequentemente da própria política pública.

Os profissionais de saúde e gestores sugeriram que o HIV seja incluído nas portarias que envolvem a Política de DST/Aids e PNASA, como indicador de risco para perda auditiva, assim como o monitoramento auditivo semestral ou anual, dependendo dos fatores de risco associados à infecção pelo HIV, com o gerenciamento realizado pelo médico infectologista, uma vez que o mesmo já realiza o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/Aids. Ressaltaram ainda a importância do estabelecimento de protocolos e fluxos de atendimento para essa população, em virtude de algumas peculiaridades presentes no tratamento do HIV, como o uso de antirretrovirais, que podem ser ototóxicos, e precisam de um monitoramento mais frequente, assim como o maior risco de doenças oportunistas que afetam o sistema

auditivo, como o citomegalovírus e a criptococose. Os fluxos de atendimento guiarão o infectologista e a equipe de enfermagem dos centros de referência no cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids, que serão os responsáveis pelo acolhimento, acompanhamento e encaminhamento dos usuários, nas redes de atenção que envolvem o cuidado integral nessas duas políticas públicas, que deverão estar integradas, para que efetivamente possamos considerá-las RAS. E, sendo assim, teremos como consequência dessas estratégias de gestão, propostas pelos participantes do estudo, **a construção de uma rede de atenção à saúde auditiva que inclua as pessoas que vivem com HIV/Aids, tendo como embasamento a integralidade do cuidado.**

Acredita-se que as contribuições deste estudo no conhecimento em Administração em Enfermagem e Saúde, e para o exercício interdisciplinar do fonoaudiólogo nas equipes de saúde da atenção básica, na área audiológica e de saúde coletiva, são significativas. Considera-se que ainda grande parte dos estudos em Fonoaudiologia está focada nas pesquisas quantitativas, e que os estudos qualitativos contribuem para fornecer subsídios que não é possível medir por meio de números, e sim estabelecer relações, e/ou interpretações, onde se busca compreender processos sociais pouco conhecidos, com o objetivo de construir novas abordagens, revisões e criação de novos conceitos, categorias, assim como a construção de novas teorias. Aponta-se também para a possibilidade de esses profissionais e gestores refletirem sobre as condições de saúde das pessoas que vivem com HIV/Aids, relacionadas ou não a audição, assim como outras doenças crônicas que também comprometem o sistema auditivo, e não estão no rol de fatores de risco preconizados pelos órgãos reguladores de saúde, necessitando de pesquisas na área, principalmente relacionadas a eficácia e eficiência na implantação de políticas públicas, econometria.

Assim, ao se compreender como os profissionais e gestores experienciaram e significaram suas práticas nas redes de atenção à saúde auditiva, em Santa Catarina, foi possível sustentar a tese de que **a integralidade do cuidado na rede de atenção à saúde auditiva, para pessoas que apresentam como agravo alterações de audição em decorrência do HIV/Aids, depende de alguns fatores, dentre eles destaca-se a necessidade de construção de uma rede de serviços que preconizem o atendimento interdisciplinar nas equipes de saúde que atuam no Programa Nacional de DST/Aids e na Política Nacional de**



### **Atenção à Saúde Auditiva, considerando a integração efetiva dessas políticas públicas.**

Como perspectiva para observar o movimento entre profissionais, gestores, usuários e formuladores de políticas vinculados ao processo de construção e implantação de redes de atenção à saúde, especialmente da saúde auditiva, adotou-se o Pensamento Complexo, pela natureza do contexto do estudo, uma vez que as redes de atenção são processos interativos, integrados, sistêmicos, multidimensionais, e, portanto, de caráter complexo.

A visualização da realidade, dentro e fora das redes de atenção, foi para além da redução, simplificação ou complicação, vislumbrou um fenômeno em movimento constante, que vai além da união de seus fragmentos, com o apoio de um método rigoroso e detalhado, no qual se apresentaram as necessárias conexões entre o fenômeno e sua estrutura organizativa, políticas públicas, e elementos peculiares da prática audiológica, ou seja, de forma contextualizada, de maneira a enfatizar e dar visibilidade às suas relações e repercussões. Desse modo, o Pensamento Complexo permitiu evidenciar as conexões, entre os elementos e valorizar durante o processo analítico os movimentos e repercussões da relação das partes com o todo, organizando o caos, e desorganizando a ordem.

A Teoria Fundamentada nos Dados, como método de estudo, colaborou de forma significativa para o alcance do objetivo proposto, a fim de compreender a complexidade que este fenômeno representa. Destaca-se que favorece a condução do pesquisador ao permitir uma análise progressiva, e flexível, tornando-se didaticamente acessível. Os processos de codificação aberta, axial e seletiva permitem uma comparação constante, amparando o pesquisador de forma segura, permitindo um ir e vir constante. Ao permitir a comparação dos dados, estimula a reflexão, a busca pelo detalhamento, a compreensão aprofundada, com o objetivo de alcançar a saturação teórica processualmente.

O estudo apresenta como limitação a impossibilidade de aplicar o rigor da validação do Modelo Teórico desenvolvido, no entanto, a participação da pesquisadora, durante o estágio de doutoramento na Inglaterra, bem como no *Grounded Theory Seminar*, na *University College Cork, Ireland*, permitiu a compreensão do método, e a segurança para a realização da análise dos dados, que foram revisados

com o auxílio de dois pesquisadores, um irlandês e outro inglês, *experts*, em *Grounded Theory*.

Este estudo apresenta também limitações de caráter metodológico, inerentes à pesquisa qualitativa, cujo cenário e amostra de participantes resgatam elementos específicos e peculiares, que podem comprometer sua capacidade de generalização. Entende-se que o emprego de outras técnicas de coleta de dados poderia ampliar as possibilidades de compreensão do fenômeno. Ainda, a coleta de dados limitou-se ao grupo de profissionais e gestores de dois serviços de atenção em saúde auditiva de alta complexidade, e um centro de referência estadual no controle e tratamento de pessoas com HIV/Aids, do Estado de Santa Catarina, de acordo com o processo analítico adotado, que trazem experiências e saberes próprios nesta construção.

A avaliação econômica para implantação do modelo proposto não foi um objetivo deste estudo, no entanto, deve ser utilizada para orientar decisões em sistemas de saúde. Em países desenvolvidos, nas últimas três décadas, ocorre há muito tempo em outros setores da economia, como agricultura, transporte, habitação, de modo a maximizar o retorno para a sociedade, fazendo escolhas fundamentadas, ao longo do tempo, para um determinado investimento feito.

A construção do procedimento operacional padrão (POP), juntamente com a equipe de saúde, também qualifica, padroniza e torna-se um dos pilares para a diferenciação do atendimento aos usuários dos serviços de atenção a saúde, principalmente das redes de atenção à saúde auditiva, cuja proposta, é justamente minimizar a ocorrência de desvios na execução de tarefas fundamentais para a qualidade da avaliação/triagem/orientação auditiva, independente de quem o faça.

Ao se considerar que este estudo tenha sido realizado em contexto específico de serviços de saúde auditiva e centro de referência estadual no cuidado com pessoas que vivem com HIV/Aids, em Santa Catarina, o mesmo resguarda características semelhantes aos sistemas de saúde implantados em outros países, no que tange aos princípios e diretrizes. Dessa forma, sugere-se como tema para futuras pesquisas verificar as características dos sistemas de gestão para a implantação de redes de atenção, em outros países, assim como estudos em que se possa acompanhar o monitoramento da saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids, a validação dos protocolos e fluxos sugeridos neste

estudo, e ainda o impacto financeiro da implantação de um Programa de Triagem Auditiva para pessoas que vivem com HIV/Aids.

Por fim, destaca-se que a elaboração do modelo teórico instigou diversas reflexões sobre os múltiplos aspectos do fenômeno estudado. Entretanto, tem-se a compreensão de que, como todo processo ativo e dinâmico de conhecimento, bem como da realidade do viver em sociedade, este é mutável e inacabado.



## REFERÊNCIAS

ACTION ON HEARING LOSS. **Action on Hearing Loss**. Website. Disponível em: <http://www.actionhearingloss.org.uk/your-hearing/look-after-your-hearing/check-your-hearing/about-the-hearing-check.aspx>. Acesso em: 25 set. 2013.

ALMEIDA, C. Reformas de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. (Orgs.) Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

ALMEIDA, P.F; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana Del Salud Publica**, EUA, v .29, n.2, p. 84–95, 2011.

ALVES-MAZZOTTI A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

BANKAITIS, A. E, KEITH, R. W. Audiological Changes Associated with HIV Infection. **Ear Nose Throat J**. v. 74, n. 5, pp. 353-359, 1995.

BAPTISTA, T. V. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C. **Políticas de Saúde**: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BARBOSA, C. M. et al . A importância dos procedimentos operacionais padrão (POPs) para os centros de pesquisa clínica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 2, 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302011000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 fev. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000200007>.

BASTOS, F. I; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, 2009.

BÉRIA, J. U. et al. Hearing impairment and socioeconomic factors: a population-based survey of an urban locality in southern Brazil. **Pan Am J Public Health**. v. 21, n. 6, pp. 381-7, 2007.

BETINELLI, L. A. **Demonstrando consciência solidária nas relações do cuidado hospitalar**: fazendo emergir o sentido da vida. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BEVILACQUA, M. C. et al . A avaliação de serviços em Audiologia: concepções e perspectivas. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 14, n. 3, 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342009000300021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342009000300021&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 12 jul 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342009000300021>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O estado e as Redes de Atenção à Saúde – 1ª Mostra Nacional de Experiências/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.073/GM, de 28 de Setembro de 2004**. Institui a Política de Atenção à Saúde Auditiva a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as três esferas de governo. Disponível em: < [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas) > Acesso em: 25 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 587, de 07 de Outubro de 2004**. Determina que as Secretarias de Estado da Saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: < [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas) > Acesso em 25 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 239, de 30 de Março de 2006**. Habilita unidades de saúde como Serviço de Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade. Disponível em : < [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas) > Acesso em: 25 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de Aids. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=144779>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília:** 2011. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Ano VIII Nº 1 – 26ª a 52ª semanas epidemiológicas julho a dezembro de 2010/01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011. DST /AIDS 2011; iv(1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano I. Nº 1 – até semana epidemiológica 52ª – dezembro de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/SVS/MS. **Aids no Brasil**. Brasília. Dezembro 2012.

\_\_\_\_\_. Programa Nacional para DST e AIDS, Ministério da Saúde. **Epidemiologia**. 2009. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/> Acesso em: 25 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV:** 2008, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. 7ª Ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 244p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISFB7D5720PTBRIE.htm>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores e dados básicos. Brasil 2010**. IDB 2010. Disponível em: <[www.datasus.gov.br/idb](http://www.datasus.gov.br/idb)>. Acesso em: mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. IBGE. **Censo 2010**: 6,7% da população tem alguma deficiência severa. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família (PSF)**. Brasília: COSAC, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do sistema Único de saúde/NOB – SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. v. 4. Brasília: MS, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.



CARDOSO, L. F.. **Os significados de ser fonoaudiólogo**: estudo de caso com fonoaudiólogas que atuam em Florianópolis. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Universidade Federal de Santa Catarina. 2007. 117f.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, n.4, p.693-705, 2010.

CECCARELLI, J. C. et al. Avaliação otoneurológica em pacientes HIV positivos. **Rev. Bras. de Otorrinolaringologia** v. 63, pp. 312-316, 1997.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

\_\_\_\_\_. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface** (Botucatu), Botucatu, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500007>.

CHANDRASEJHAR, S. S. et al. Otolgic and Audiologic Evaluation of Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients. **American Journal of Otolaryngology**, v. 21, pp. 1-9,2000.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHEN, L. F; HOY, J; LEWIN, S. Ten years of highly active antiretroviral therapy for HIV infection. **Med J Aust**. v. 186, n. 3, pp. 146-151, 2007.

CHEQUER, P. Editorial. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de**

**Controle Doenças Sexualmente Transmissíveis- DST.** Série Manuais n.68. 4a edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, DF, 2006.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, sup. 1, p. 1523-1531, 2009.

COLUGNATI, F. A. B. et al. Incidence of cytomegalovirus infection among the general population and pregnant women in the United States. **BMC Infectious Diseases**. 2007.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 ago. 2013.

DAHER, C. V; PISANESCHI, E. A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: a atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva no SUS. In: Bevilacqua, Maria Cecília et al. **Saúde Auditiva no Brasil: políticas, serviços e sistemas**. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2010.

DAVIS, A; SMITH, P. Adult Hearing Screening: Health Policy Issues – What Happens Next? **Am J Audiol**, v. 22, pp. 167-170, 2007.

DAVIS, A. et al. I. Acceptability, benefit and cost of early screening for hearing disability: a study of potential screening test and models. **Health Technology Assessment**, vol. 11, n 42, 2007.

DAVIS, A. et al. Diagnosing Patients with Age-Related Hearing Loss and Tinnitus: Supporting GP Clinical Engagement through Innovation and Pathway Redesign in Audiology Services. **International Journal of Otolaryngology**. Volume 2012, 2012.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction. Entering the field of Qualitative Research. In: **Handbook of Qualitative Research**. Londres: Sage, 1994. p.1-7

DIMATOS, O. C. et al . Perfil dos pacientes do programa de saúde auditiva do estado de Santa Catarina atendidos no HU-UFSC. **Arquivos Int. Otorrinolaringol.** (Impr.), São Paulo, v. 15, n. 1, mar. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-48722011000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-48722011000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 ago. 2013.

ELIAS, P. E. M; DOURADO, D. A.. Sistemas de Saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: Política e Gestão Pública em Saúde. IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; Seixas; Paulo Henrique D'Ángelo. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011. 816p. ISBN 978-85-7970-087-3.

ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S; SOUSA, F. G. M.. A produção do conhecimento: diálogo entre os diferentes saberes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, ago. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-1672006000400017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672006000400017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jul. 2013.

ERDMANN, A. L et al . Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, set. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-7072006000300014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-7072006000300014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jul. 2013.

FERREIRA, C. L.; GALLO, H. Pensamento complexo: reflexões sobre a vida contemporânea. **Complexus** – Instituto Superior de Engenharia Arquitetura e Desing – CEUNP, Salto-SP, ano 1, n.1, p. 1-22, 2010.

FERRAZ, M. B. Avaliação econômica em saúde. In: NETO, G. V. ; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FLEURY, S. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: Matta, G. C.; Lima, J. C. F. (orgs.) **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008.

FONSECA, A. F. Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: ESCOLA Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FRAZESE, C. Administração Pública em contexto de mudança: desafios para o gestor de políticas públicas. In: Política e Gestão Pública em Saúde. IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M SEIXAS; P. H. São Paulo: Hucitec Editora, 2011.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v.14, n.3, p.783-794, 2009.

GIOVANELLA, Lígia et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para a avaliação. **Saúde em Debate**, v. 26. N. 60, pp. 37-61, 2002.

GLASER, B. **Grounded Theory perspective III: theoretical coding**. Chicago: Sociology Press, 2005.

GLASER, R. G. **Theoretical sensitivity**. Chicago: Sociology Press, 1978.

GREGO, D. B; SIMÃO, M. Brazilian policy of universal access to AIDS treatment: sustainability, challenges and perspectives. **AIDS** , v. 21, pp. 34-45, 2007.

HOUGAARD, S; RUF, S. **Euro Trak: New survey of the market for hearing aids in Germany, France and the U.K. First globally comparative study of hearing, hearing loss and hearing aids**. Disponível em: <[http://ehima.com/ehima2/euha\\_eurotrack\\_oct2010\\_final.pdf](http://ehima.com/ehima2/euha_eurotrack_oct2010_final.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2013.

INSTITUTO PIAGET. **Edgar Morin**. Disponível em: <[www.ipiaget.org](http://www.ipiaget.org)>. Acesso em: janeiro, 2012.

KHANNA, N. et al. Hearing Loss after Discontinuing Secondary Prophylaxis for Cryptococcal Meningitis: Relapse or Immune Reconstitution? **Infection**. v. 34, pp. 163-168, 2006.

KLEMM, E; WOLLINA, U. Ootosyphilis: report on six cases. **European Academy of Dermatology and Venereology**.v. 18, pp. 429-434, 2004.

LAVRAS, C. C. C. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: Política e Gestão Pública em Saúde. IBÁÑEZ, N; ELIAS, P. E. M; SEIXAS; P. H. São Paulo: Hucitec Editora, 2011.

LANZONI, G. M. M. et al. La Teoría Fundamentada: un estudio bibliométrico de la enfermería brasileña. **Index Enfermería**, Granada, v. 20, n. 3, p. 209-214, 2011.

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

MALUCELLI, D. et al. **Achados Audiológicos em Crianças Portadoras de HIV**. 2003. Disponível em: <[http://www.utp.br/proppe/VIIseminariodepesquisa/Resumos/Sa%FAde%20e%20Qualidade%20de%20Vida/achad\\_aud.doc](http://www.utp.br/proppe/VIIseminariodepesquisa/Resumos/Sa%FAde%20e%20Qualidade%20de%20Vida/achad_aud.doc)>. Acesso em: 14 dez. 2011.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 9, supl. 2002 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000400003&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000400003>.

MARRA, C. M; et al. Hearing loss and antiretroviral therapy in patients infected with HIV-1. **Arch Neurol**. v.54, n. 4, pp. :407-10, 1997.

MATAS, C. G; JUAN, K. R; NAKANO, R. A. Potenciais evocados auditivos de média e longa latências em adultos com AIDS. **Pró-Fono**

**R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 18, n. 2, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-56872006000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872006000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 mai. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872006000200006>.

MATAS, C. G; IORIO, M. C. M; SUCCI, R. C. M Auditory disorders and acquisition of the ability to localize sound in children born to HIV-positive mothers. **Braz J Infect Dis**, Salvador, v. 12, n. 1, fev. 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-86702008000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702008000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 mai. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702008000100004>.

MATAS, C. G; MARCON, B. D. A; SILVA, S. M; GONÇALVES, I. C. Avaliação auditiva na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. v. 15, n. 2, pp. 174-8, 2010.

MATAS, C. G.. **Caracterização das manifestações audiológicas e eletrofisiológicas em adultos HIV positivos**. 2010. 214f. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2010.

MATAS, C. G. et al . Avaliação auditiva na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo , v. 15, n. 2, 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342010000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342010000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 fev. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342010000200005>.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS ABRASCO, 2007.

MEIRELLES, B. H. S. **Viver saudável em tempos a aids:** a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto da prevenção da infecção pelo HIV. 2003. 310f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MEIRELLES, B. H. S; et al. **Relatório de pesquisa para Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC/SC).** 2011.

MELCHIOR, R. et al. Evaluation of the organizational structure of HIV/AIDS outpatient care in Brazil. **Rev Saúde Pública.** v. 40, pp. 1-9, 2006.

MELO, C. M. et al. Avaliação da gestão terceirizada em uma unidade básica de saúde: resultados preliminares. **Revista Baiana de Enfermagem,** v. 22/v. 23, n. 1-3, p. 45-56, 2009.

MELO, E. B; BRUNI, A. T; FERREIRA, M. M. C. Inibidores da HIV-integrase: potencial abordagem farmacológica para tratamento da AIDS. **Quím. Nova,** São Paulo, v. 29, n. 3, jun. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-40422006000300026&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422006000300026&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 mai. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-40422006000300026>.

MENDES, E. V. **As redes de Atenção à Saúde.** 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2011.

MENDES, E. V. As redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 15, n. 5, pp. 2297-2305, 2010.

MEYNARDL, J. L. et al. Two cases of cytomegalovirus infection revealed by hearing loss in HIV-infected patients. **Biomed &Pharmacother.** v. 51, pp. 461-463, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec. 2008.

MOLYNEUX, E. M. et al. The effect of HIV infection on paediatric bacterial meningitis in Blantyre, Malawi. **Arch Dis Child**. v. 88, pp. 1112–1118, 2003.

MORATA, T. C; BEVILAQUA, M. C; ZEIGELBOIM, B. S. Saúde auditiva, o vírus da imunodeficiência humana e a síndrome da imunodeficiência adquirida: uma revisão. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 4, ago. 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-8462010000400018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-8462010000400018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jul. 2013.

MORETTIN, M; MELO, T. M; BEVILACQUA, M. C. A Avaliação dos serviços de saúde auditiva: o uso de indicadores de qualidade. In: BEVILACQUA, Maria Cecília et al. **Saúde Auditiva no Brasil: políticas, serviços e sistemas**. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2010.

MORIN, E. **O Método IV**. As ideias: habitat, vida, costumes, organização. Tradução de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina. 1998.

\_\_\_\_\_. **O método I: a natureza da natureza**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

\_\_\_\_\_. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. /Edgar Morin (1921); tradução de Eloá Jacobina. 15ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

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

\_\_\_\_\_. **Introdução ao pensamento complexo**. 4 ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

\_\_\_\_\_. **Meus Filósofos**. Tradução Edgard de Assis Carvalho e Mariza Perassi Bosco. Porto Alegre: Sulina, 2013.



MONTANER, J. S. G. et al. Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study. **The Lancet** **14**, 2010.

NHS. **Hearing Screening Programme**. Disponível em: <<http://www.hearing.screening.nhs.uk/>>.. Acesso em: 25 abr 2013

NORONHA, J. C; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde: SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

OKIE, S. Fighting HIV. Lessons from Brazil. **N Engl J Med**. v. 354, pp. 1977-81, 2006.

PAIM, J.. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 1819-1829, 2007.

PALACIOS, G. C. et al. Audiologic and vestibular findings in a sample of Human Immunodeficiency Virus type-1-infected Mexican children under Highly Active Antiretroviral Therapy. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**. v. 72, pp. 1671-1681, 2008.

PAU, A. K. Toxicidades Sérias e Potencialmente Letais Associadas à Terapia Anti-Retroviral. **Curr Infect Dis. Rep**. v. 5, n. 5, p. 4-5, out., 2003.

PEÇANHA, E. P.; ANTUNES, O. A. C.; TANURI, A. **Quim. Nova**, v. 25, p. 1108, 2002.

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

PORTELA, M. C; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000800010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 fev. 2012.

QUIDICOMO, S; MATAS, C. G. Estudo da função auditiva em indivíduos com HIV/AIDS submetidos e não submetidos à terapia antirretroviral. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo , v. 18, n. 1, 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-64312013000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312013000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 fev. 2014.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

REIS, R. K. **Qualidade de vida dos portadores de HIV/Aids:** influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais. 2008. 274 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

REZENDE, C. E. B. et al. Manifestações Otológicas em Criança com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Rev. Brasileira de Otorrinolaringologia**. São Paulo, v. 70, n. 1, jan./fev., 2004.

RINALDO, A. et al. AIDS-related otological lesions. **Acta OtoLaryngologica**. v. 123, p. 672-674, 2003.

ROQUETE, F. F. et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde pública. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.2, n.3 p. 463-474, 2013.

RUSSO, I. C P. et al. Noções de Acústica e Psicoacústica. In: MOMENSOHN-SANTOS, T. M; RUSSO, I. C. P. **Prática da Audiologia Clínica**. 7ª Ed. São Paulo: Cortez. 2009.

SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano para a Organização Rede de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Auditiva em Santa Catarina.** Estado de Santa Catarina, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. **Plano Estadual de Saúde.** Florianópolis: IOESC, 2007.

SANTOS, E. M.; NATAL, S. A importância da Avaliação no Contexto das Políticas de Saúde no Brasil. In: SANTOS, E. M. (org.) **Dimensão sócio-histórica:** unidades didático-pedagógicas: políticas públicas de saúde, atitude social em avaliação. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

SCHOUTEN, J. T. et al. A prospective study of hearing changes after beginning zidovudine or didanosine in HIV-1 treatment-naïve people. **BMC Infectious Diseases.** v. 6, 2006.

SILVA, A. C; PINTO, F. R; MATAS, C.G. Audiological and electrophysiological evaluation of children with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). **Braz J Infect Dis.** v. 10, n. 4, pp. 264-8, 2007.

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

STEARNS, N.; SWANEPOEL, D. W. Sensory and Neural Auditory Disorders Associated with HIV/AIDS. In: SWANEPOEL, D. W.; LOUW, B. **HIV/AIDS:** Related Communication, Hearing and Swallowing Disorders. United Kingdom: Plural Publishing Inc, 2010.

STERN, P. N.; KERRY, J. Example: Restructuring life after home loss by fire. In: MORSE, J. M. et al. **Developing Grounded Theory:** the second generation. WalnutCreek: Left Coast Press, 2009.

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

SWANEPOEL, D. W; LOUW, B. Global Perspective on HIV/Aids and Associated Communication, Hearing, and Swallowing Disorders. SWANEPOEL, D. W.; LOUW, B. **HIV/AIDS: Related Communication, Hearing and Swallowing Disorders**. United Kingdom: Plural Publishing Inc, 2010.

SOUMARÉ, M. et al. Epidemiological, clinical, etiological features of neuromeningeal diseases at the Fann Hospital Infectious Diseases Clinic, Dakar (Senegal). **Médecine et maladies infectieuses**. v. 25, pp. 383–389, 2005.

SOUSA, F. G. M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade**. Florianópolis, SC, 2008. 332 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008.

SOUZA, H. F; MARQUES, D. C. Benefícios do treinamento aeróbio e/ou resistido em indivíduos HIV+: uma revisão sistemática. **Rev Bras Med Esporte**, v. 15, n. 6, 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922009000700013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922009000700013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: jun. 2013.

SZWARCWALD, C. L; CASTILHO, E. A. The HIV/AIDS epidemic in Brazil: three decades. **Cad. Saúde Pública**. vol.27, 1, 2001.

SZWARCWALD, C. L; MENDONÇA, M. H. M. A; TAVARES, C. L. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**. v.11, no.3, p.643-655, 2006.

SZWARCWALD, C. L et al. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cad. Saúde Pública**. v. 21, 1, 2005.

THODI, C. et al. Adult Hearing Screening: Follow-Up and Outcomes. **Am J Audiol**. v. 22, pp. 183-185, 2013.

TRUITT, T. O; TAMI, T. A. Otolaringologic manifestations of human immunodeficiency virus infection. **Med Clin North Am.** v. 83, n. 1, pp. 303-15, 1999.

UNAIDS. **Joint United Nations Programme on HIV/Aids.** AIDS epidemic update: December 2007. WHO Library: Geneva/Suíça. 2007.

UNAIDS. **Targets and Commitments made by Member-States at the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS UNGASS – HIV/AIDS.** Brazilian Response 2008-2009. Country Progress Report Brazil, March, 2011.

VIACAVA, F.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B; SZWARCOWALD, C. L. Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the World Health Survey. **Cad. Saúde Pública,** v. 21, 1, 2005.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: **Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 15, pp. 225-264, 2005.

VIEIRA, A. B. C. et al. Manifestações otoneurológicas associadas à terapia anti-retroviral. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v. 41, n. 1, pp. 65-69, 2008.

VIEIRA, F. M. A. **Qualidade de vida de pessoas com aids em uma região portuária do sul do Brasil.** 2008. 104p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

VENTURA, M. Instrumentos Jurídicos de Garantia dos Direitos das Pessoas Vivendo com HIV/Aids. In: ACSELRAD, G. **Avessos do Prazer:** drogas, aids e direitos humanos. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz 2005.

WEINSTEIN, B. E. Treatment Efficacy: Hearing Aids in the Management of hearing Loss in Adults. **J Speech Hear Res.** v. 39, pp. 37-45, 1996.

WENZEL, G. I. et al. HIV-associated cerebral lymphocyte infiltration mimicking vestibular schwannoma. **Eur Arch Otorhinolaryngol.** v. 265, pp. 1567-1571, 2008.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W. S. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

WHO – World Health Organization. **Alma-Ata.** Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1978.

\_\_\_\_\_. **Global Burden of Disease 2000.** Disponível em: [http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod\\_hearingloss.pdf](http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hearingloss.pdf)>. Acesso em 11 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. **The World Health Report 2002:** reducing risks, promoting healthy life. Suíça: World Health Organization, 2002.

\_\_\_\_\_. **Diagnosed with hearing loss at a young age and was fitted with a hearing aid, 2006.** Disponível em: [www.who.int/features/2006/hearing\\_impairment/en/](http://www.who.int/features/2006/hearing_impairment/en/)>. Acesso em 24 ago. 2013.

YUEH, B. et al. Screening and Management of Adult Hearing Loss in Primary Care: Scientific Review. **JAMA.** v. 289, n. 15, pp. 1976-1985, 2003.

ZUNIGA, J. Communication Disorders and HIV disease. Journal International Association **Physicians AIDS Care.** v. 5, n. 4, pp. 16-23, 1999.

## APÊNDICES





## APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721.9787

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Profa. Dra. Betina H. Schlindwein Meirelles (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Luciana Cardoso Assuiti, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada **Gestão da rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids**, que tem o objetivo de construir um referencial teórico metodológico para organização e gestão da rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar do referido estudo e, por meio deste Termo de Consentimento, certificá-lo(a) das garantias de sua participação. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de uma entrevista gravada e transcrita, realizada individualmente, utilizando questões norteadoras elaboradas previamente. As informações coletadas serão confidenciais, assim como seu nome.

Não há risco decorrente da sua participação na pesquisa. O(A) Senhor(a) tem o direito de não responder a qualquer pergunta que julgue inadequada e em qualquer momento poderá desistir de participar da pesquisa, sem que isso prejudique o seu atendimento. Serão mantidos o sigilo do seu nome e a imagem da instituição.

Esperamos que os resultados da pesquisa tragam como benefício novas possibilidades de cuidado a pessoas que vivem com HIV/Aids com problemas auditivos, e que apresentem possibilidades de desenvolver uma rede de atenção nas alterações auditivas decorrentes do tratamento e da Aids.

Para qualquer esclarecimento, o(a) Sr.(a) poderá procurar a pesquisadora através do telefone (48) 3721-8077, email: lufono@hu.ufsc.br/, ou a Prof<sup>ª</sup>. Betina H. S. Meirelles no Departamento de Enfermagem da UFSC, pelo telefone 3721- 9399.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em publicações em periódicos científicos, congressos/eventos e outras atividades de caráter acadêmico.

---

Luciana F. Cardoso Assuiti  
Pesquisadora

---

Dra. Betina H. Schlindwein Meirelles  
Orientadora da pesquisa

### **Consentimento Pós-Informação**

Eu, \_\_\_\_\_, fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa **Gestão da rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids**, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Concordo em colaborar voluntariamente, autorizando que os resultados sejam divulgados em meio acadêmico.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

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

**APÊNDICE B**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721.9787

**PROTOCOLO TRIAGEM AUDITIVA PARA PESSOAS QUE  
VIVEM COM HIV/AIDS (ASSUITI e MEIRELLES, 2013)**

Fonte: Adaptado de Swanepoel e Louw (2010)

**Identificação:**

Nome: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data diagnóstico do HIV+: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

**História Clínica:**

1. Percebe qualquer diminuição na audição? ( ) Sim ( ) Não
2. Percebe algum sinal ou sintoma? ( ) Sim ( ) Não
3. Quais? ( ) Zumbido ( ) Vertigem
4. Teve alguma das doenças:  
( ) Otite Média ( ) Colesteatoma  
( ) CMV ( ) Otosífilis  
( ) Herpes Zoster ( ) Meningite
5. Está recebendo medicação antirretroviral (ITRN)? ( ) Sim ( ) Não
6. Está recebendo ou já recebeu medicação para doenças oportunistas? Medicações antifúngicas ou antivirais? ( ) Sim ( ) Não
7. Esteve exposto ou está a significativo ruído ocupacional? ( ) Sim ( ) Não
8. Idade é superior a 35 anos? ( ) Sim ( ) Não

Referenciar se: apresentar SIM para qualquer uma das perguntas. Necessita de diagnóstico se apresentar queixa de alteração na audição (audiologista). Infecções. Necessita de diagnóstico e médico especialista (ORL e audiologista). Audiograma alterado e uso de medicação ototóxica. Necessita do infectologista para mudança do regime de tratamento. Exposição a ruído e idade > 35 anos. Necessita diagnóstico (audiologista), indivíduos propensos a efeitos ototóxicos.

### **Otosopia:**

1. Obstruído? ( ) Sim ( ) Não
2. Se Sim: ( ) Cerumem ( ) Detritos
3. Membrana timpânica:
  - ( ) Abaulamento
  - ( ) Retraída
  - ( ) anormal

Referenciar ao ORL em caso de qualquer alteração.

### **Triagem Audiométrica**

Porcentagem de perda de audição (PPA)

PPA > 11,1% - diagnóstico – referenciar ao audiologista

PPA > 30% - diagnóstico e médico especialista – referenciar ao ORL e audiologista

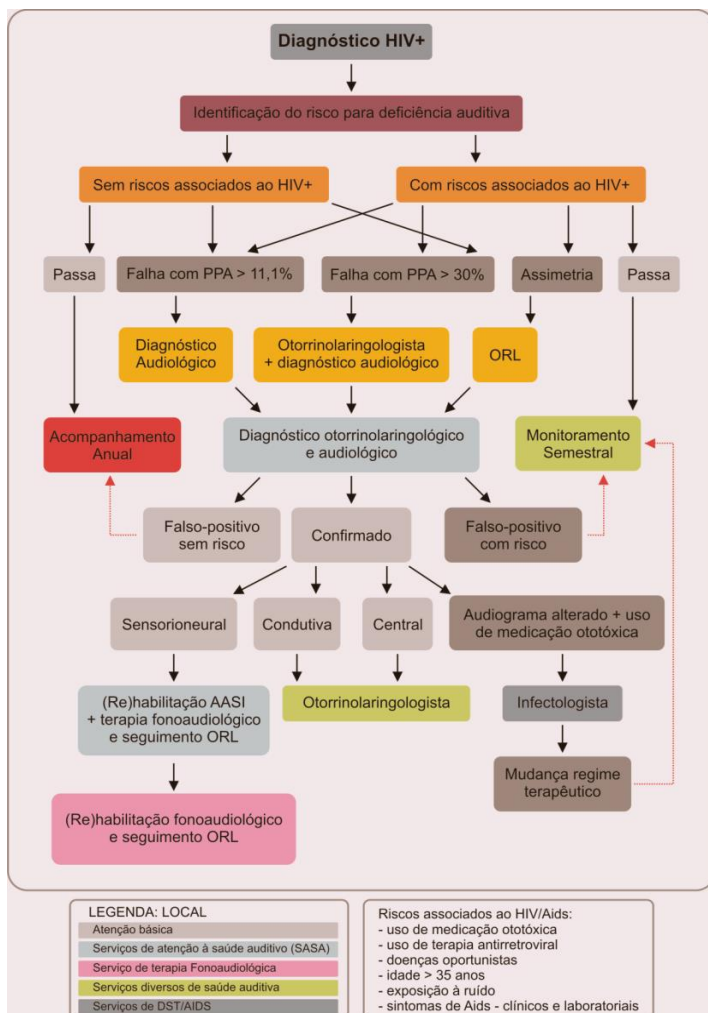
Se houver assimetria referenciar ao ORL.

### **Triagem com Emissões Otoacústicas (EOAT)**

Teste automático com critério de “passa” ou “falha”, em caso de falha há necessidade de referenciar para o diagnóstico, encaminhar ao audiologista ou ORL.

## APÊNDICE C

### FLUXOGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS (ASSUITI e MEIRELLES, 2013)





**ANEXOS**





## ANEXO A

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** Organização e Gestão da rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids em Santa Catarina.  
**Área Temática:** HIV/Aids em Santa Catarina.

**Pesquisador:** Betina Hörner Schindwein Meirelles

**Versão:** 1

**Instituição:** Universidade Federal de Santa Catarina

**CAAE:** 02501112.2.0000.0121

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 34564

**Data da Relatoria:** 11/06/2012

#### Apresentação do Projeto:

O Projeto ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM SANTA CATARINA tem como objetivo construir um referencial teórico metodológico para organização e gestão da rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/AIDS, propondo estratégias para a integralidade da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva com o Programa Nacional de DST/Aids. As Redes de Atenção à Saúde são uma nova perspectiva para fortalecer e garantir a integralidade, bem como a qualidade do atendimento nos serviços prestados aos usuários do sistema de saúde brasileiro. Aos pacientes que vivem com HIV/Aids essa perspectiva está longe de ser alcançada no que se refere à gestão do cuidado em saúde auditiva. Esta pesquisa pretende garantir às pessoas que vivem com HIV/Aids a inclusão deste cuidado, como um meio de não expor a população a dificuldades de comunicação, o que gera isolamento e segregação.

#### Objetivo da Pesquisa:

Construir um referencial teórico da organização e gestão da rede de atenção à saúde auditiva de pessoas que vivem com HIV/Aids no Estado de Santa Catarina, sob a perspectiva da Complexidade.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O desenvolvimento da pesquisa não apresentará riscos para os participantes.

Benefícios:

Esperamos que esta pesquisa traga contribuições para organização da rede de atenção à saúde auditiva de pessoas com perda auditiva associada ao HIV/Aids. Bem como contribuirá também para a integralidade do cuidado em saúde auditiva e o trabalho interdisciplinar no Programa Nacional de DST/Aids e Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) para o atendimento eficaz e eficiente de pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil. Além disso, poderá contribuir para a inclusão de profissionais como otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos no processo de discussão da rede de atendimento do Programa Nacional de DST/Aids juntamente com a equipe médica, de enfermagem e demais profissionais, no que se refere ao cuidado integral de pessoas que vivem com HIV/Aids. Uma visão ampliada desta questão é necessária. Para Erdmann et al. (2006) os problemas de saúde atuais, como as mudanças demográficas, as condições sociais, as mudanças epidemiológicas, as epidemias, tanto em caráter individual quanto coletivo, não podem ser entendidos isoladamente, ao contrário, exigem compreensão sistêmica, pois são resultados de relações, conexões e interconexões de vários fenômenos.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

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

Todos os documentos estão de acordo com o solicitado pelo CEP/SH.

#### Recomendações:

O presente projeto apresenta clareza, objetividade e significantes benefícios ao meio acadêmico e sobre tudo, aos sujeitos de pesquisa, entretanto, recomendamos que seja anexado ao projeto, os questionamentos que a pesquisadora se propõe a fazer mencionado na página 40, item 4.5 Análise dos

Dados, parágrafo segundo do projeto.

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

Não se aplica.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

-

FLORIANOPOLIS, 11 de Junho de 2012

---

Assinado por:

Washington Portela de Souza