



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO**

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

GABRIELA MARODIN

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O FLUXO DE ATENÇÃO
ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO
RIO GRANDE DO SUL**

PASSO FUNDO, RS

2018

GABRIELA MARODIN

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O FLUXO DE ATENÇÃO
ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO
RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientador: Me. José Afonso Corrêa da Silva

Co-orientador: Carine Muller Mayer e Eliana Brentano

PASSO FUNDO, RS

2018

Marodin, Gabriela

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O FLUXO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL/ Gabriela Marodin. -- 2018.

78 f.

Orientador: José Afonso Corrêa da Silva.

Co-orientador: Carine Muller Mayer; Eliana Brentano.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) -

Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade , Passo Fundo, RS, 2018.

1. Pessoas vivendo com HIV/Aids. 2. Cuidado integral. I. Silva, José Afonso Corrêa da, orient. II. Brentano, Carine Muller Mayer; Eliana, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

GABRIELA MARODIN

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O FLUXO DE ATENÇÃO
ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO
RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientador: Me. José Afonso Corrêa da Silva

Co-orientador: Carine Muller Mayer e Eliana Brentano

Este Trabalho de Conclusão da Residência foi defendido e aprovado pela banca em:

27/02/2018

BANCA EXAMINADORA

JOSÉ AFONSO CORRÊA DA SILVA, ME. (UFFS)

GUSTAVO ACRANI (UFFS)

DAIANE MARIA BOZZA (PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSO FUNDO)

ELIANA PAULA BRENTANO (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU)

RESUMO

No decorrer de seu processo histórico, a atenção básica constituiu a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização tornando importante a realização de ações que visam à efetividade do cuidado em âmbito de Atenção Básica. Nessa perspectiva, como proposta de descentralização do atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, é necessário considerar o conhecimento de todos os profissionais envolvidos no cuidado do paciente portador do HIV, percebendo a necessidade de utilizar diversos meios que garantam a redução das dificuldades e fragilidades que eventualmente são enfrentadas pelos pacientes. Considerando a importância deste trabalho multiprofissional e com a perspectiva de contribuir para a constituição de uma linha de cuidado, o presente trabalho objetivou mostrar as vivências e percepções dos trabalhadores de saúde em relação ao fluxo de atenção às pessoas que vivem com HIV em um município. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e de caráter transversal, que através do desenvolvimento de um grupo focal buscou compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações dos grupos estudados. O grupo contou com a participação de um moderador farmacêutico residente, que utilizou um questionário com algumas perguntas norteadoras para condução do grupo. Considerando as percepções dos profissionais da atenção básica, constatou-se que existe um fluxo de cuidado às PVHA, porém ainda é necessário a pactuação entre os núcleos para reorganização desse serviço com uma real integração entre os mesmos para assim garantir a integralidade no atendimento ao usuário.

Palavras Chaves: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

In the course of its historical process, basic care was the gateway to the Unified Health System (SUS), with Family Health as a priority strategy for its organization, making it important to carry out actions aimed at the effectiveness of care within the framework of Basic Attention. In this perspective, as a proposal for the decentralization of care to people living with HIV / AIDS, it is necessary to consider the knowledge of all the professionals involved in the care of patients with HIV, realizing the need to use several means to ensure the reduction of difficulties and frailties that are eventually faced by patients. Considering the importance of this multiprofessional work and with the perspective of contributing to the constitution of a care line, the present work aimed to show the experiences and perceptions of health workers regarding the flow of attention to people living with HIV in a municipality. It is a qualitative, descriptive and transversal research that, through the development of a focus group, sought to understand the process of construction of the perceptions, attitudes and representations of the studied groups. The group had the participation of a resident pharmaceutical moderator, who used a questionnaire with some guiding questions to guide the group. Considering the perceptions of the primary care professionals, it was verified that there is a flow of care to the PLHA, but it is still necessary to agree among the nuclei to reorganize this service with a real integration among them, thus guaranteeing integrality in the service to the user.

Describs: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Family Health Strategy. Primary Health Care. Health Promotion

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 DESENVOLVIMENTO.....	12
2.1 DIAGNÓSTICO.....	12
2.1.1 O Município de Marau-RS como cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde	12
2.1.2 Sistema e Rede de Saúde Local e Regional.....	13
2.1.3 Participação Social da Unidade de Saúde	16
2.1.4 Estrutura da ESF São José Operário	18
2.1.5 O Processo de Trabalho na ESF.....	18
2.1.6 População da ESF São José Operário	19
2.2 ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO	21
2.2.1 Introdução	21
2.2.2 Problema de Pesquisa.....	22
2.2.3 Hipóteses.....	22
2.2.4 Objetivo	22
2.2.5 Justificativa	23
2.2.6 Revisão Bibliográfica.....	25
2.2.6 Material e Método	28
2.2.8 Análise dos Resultados	30
2.2.9 Aspectos Éticos.....	31
2.2.10 Orçamento.....	32
2.2.11 Cronograma	33
3 EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO DEFINIDO	34
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
APÊNDICE I- EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO DEFINIDO	46
APÊNDICE II - GUIA DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	66
ANEXO I - TCLE PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	67
ANEXO II - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	69
ANEXO III – PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP.....	70
ANEXO IV- NORMAS DA REVISTA.....	71

1 INTRODUÇÃO

Antes de se construir um sistema de saúde, o Brasil, via Ministério da Saúde, desenvolvia ações de promoção e prevenção como as campanhas de vacinação e o controle das endemias. A atuação em saúde se dava através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes. Essa vinculação com o instituto negligenciava o cuidado com aquelas pessoas que não tinham vínculo trabalhista formal e criava instituições de assistência à saúde privadas como oferta de cuidado aos seus associados (SOUZA, 2002).

A partir da década de 80, conjuntamente com o processo de redemocratização do país, diversos setores da sociedade mobilizaram-se pela reforma sanitária brasileira, que defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM et al., 2011).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde onde se definiu o conceito de saúde como um direito do cidadão, que serviu como subsídio para a elaboração do artigo 196 da Constituição Federal, delineando os fundamentos do SUS. A partir deste, várias estratégias foram construídas permitindo a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças estabeleceram os alicerces para a construção do SUS. (Ibidem).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), após aprovada trouxe as atribuições e organizações do SUS, tendo como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar (BRASIL, 1990a).

Ainda nesse período, foi criada a lei 8.142 de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

Em 1993, um importante passo para organização da atenção primária foi implementada no país, o Programa Saúde da Família (PSF) e outras iniciativas como o programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), controle do tabagismo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o estabelecimento da Agência Nacional

de Saúde Suplementar e a criação de um modelo de atenção à saúde indígena, entre outros (BRASIL, 2011c).

Algumas normas aprovadas pelo Ministério da Saúde estabeleceram mecanismos de repasse financeiro (Piso da Atenção Básica - PAB) e novos conselhos representativos e comitês em gestão em todos os níveis de governo. Para administrar a proposta de uma política descentralizada, as conferências nacionais em saúde, os conselhos e as comissões intergestoras tiveram um importante papel nesse período (Ibidem).

Com relação a sua estruturação, o sistema de saúde brasileiro é constituído por três subsetores: público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado, nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais (Ibidem).

Com todos esses movimentos, o SUS foi se construindo e hoje é um dos maiores sistemas de saúde do mundo. Entre contradições e conquistas, entre lutas e obstáculos, o Sistema de Saúde Brasileiro avançou através de processos como o de descentralização, ampliação do acesso, valorização da participação social e a criação e uso de diversos tipos de tecnologias na atenção à saúde. Entretanto, enfrenta ainda uma série de obstáculos que permeiam o cotidiano dos processos de gestão e trabalho como as desigualdades sociais e a garantia de sustentabilidade política, científica e econômica. (SOUZA, 2002).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção primária apresenta-se através de diversas ações de saúde integradas e direcionadas ao indivíduo, família e comunidade, que estejam voltadas à 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 (BRASIL, 2012). O principal objetivo é desenvolver uma atenção integral que melhore a saúde e fortaleça a autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio práticas autônomas e participativas, favorecendo o diálogo para reorganização do sistema de saúde e assim, fortalecer o vínculo entre os sujeitos (BRASIL, 2011b).

A Atenção Básica é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Ibidem).

Diversas responsabilidades são comuns em todas as esferas do governo para aprimorar a AB, entre elas está a de contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão, apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação (Ibidem).

Suas diretrizes devem ser consideradas a partir de alguns critérios como: território adstrito, o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, porta de entrada aberta, adstrição dos usuários e desenvolvimento de relações de vínculo, responsabilização entre as equipes e a população, coordenação da integralidade e participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia (Ibidem).

A Atenção Básica deve seguir alguns aspectos relacionados a infraestrutura e ao funcionamento nos municípios e no Distrito Federal. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, devem estar cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com as normas vigentes, recomenda-se que disponibilizem, conforme orientações e especificações do manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica, devem possuir identificação segundo padrões visuais do SUS e da atenção básica pactuados nacionalmente, recomenda-se que possuam conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão da Unidade Básica de Saúde, entre outros pontos importantes para garantir a qualidade e resolutividade das ações (BRASIL, 2012).

O processo de trabalho das equipes na Atenção Básica devem ter características essenciais como a definição do território e da população sob sua responsabilidade, programar e implementar ações de acordo com a necessidade da população, avaliando riscos e vulnerabilidades, realizar acolhimento, classificação de risco e escuta qualificada, oferecer atenção domiciliar, desenvolver ações educativas; promover a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, apoiar estratégias de controle social, entre outras (Ibidem).

Para afirmação e consolidação da reorientação do modelo de atenção à saúde, proposto pela Atenção Básica, a educação permanente tornou-se um importante dispositivo para a qualificação e reflexão dos processos de gestão e de trabalho. A partir deste, as equipes têm a possibilidade de repensar o cotidiano de trabalho pedagogicamente, através da renovação de conhecimentos e instituição de espaços de formação e troca de experiências (BRASIL, 2012).

Para atender as demandas dos municípios que solicitavam ao Ministério da Saúde apoio financeiro para mudar a operacionalização da rede básica de saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) originou-se em dezembro de 1993, sendo importante mencionar que o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) o antecedeu. O objetivo geral é contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, de acordo com os princípios do SUS e atribuir às unidades básicas de saúde, uma nova forma de atuação, com a definição de responsabilidades (SOUSA et al., 2014).

Os objetivos específicos do PSF englobam a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita na unidade de Saúde ou domicílio, intervenção nos fatores de risco das famílias, humanização das práticas de saúde, através de vínculo entre os profissionais de saúde e a população, desenvolvimento de ações intersetoriais, contribuição para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença e estimulação da organização da comunidade para efetivo exercício do controle social (BRASIL, 2011b).

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família, criou-se a Portaria N° 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF fosse a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006).

Em 21 de outubro de 2011, foi implementada a Portaria N° 2.488, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b), e 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).

A proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) prevê a participação de toda a comunidade em parceria com a equipe de Saúde da Família, como estratégias centrais, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde. A ESF, considerada porta de entrada do sistema de saúde, desenvolve ações básicas num território definido, que são empenhadas em promover a saúde numa lógica de mudanças das práticas tradicionais, com ações que possam contribuir com a qualidade de vida da população (BRASIL, 2011b).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que deve possuir, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico

de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal) (Ibidem).

O trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si (SOUSA et al., 2014).

Os/as agentes comunitários (as) de saúde, têm um importante papel na vinculação da comunidade e da equipe. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2011b).

Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde. A carga horária é de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde cadastrados na Estratégia Saúde da Família. A equipe de saúde da família tem a capacidade de resolver aproximadamente 85% dos problemas de saúde e prevenir doenças que mais acometem a população (SOUSA et al., 2014).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 DIAGNÓSTICO

2.1.1 O Município de Marau-RS como cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde

O município de Marau foi emancipado em 28 de fevereiro de 1955, e sua população inicialmente era composta majoritariamente por imigrantes italianos, tendo na agricultura a principal atividade econômica. Nas últimas décadas, a economia se diversificou, com o aparecimento de indústrias, inicialmente relacionadas ao setor frigorífico, e posteriormente se expandindo para os setores metal-mecânico e couro. Também com o fortalecimento do setor terciário a cidade se tornou referência microrregional para o comércio e prestação de serviços. O crescimento econômico teve como consequência uma forte migração, e consequentemente um alto crescimento demográfico, que é um dos maiores do Estado. Esta migração nos permite considerar que a população marauense atual é bastante diversificada, com moradores oriundos de várias regiões do Estado e do País.

O município de Marau está localizado na região do Planalto Médio (região da produção). Possui em torno de 40.174 habitantes, sendo que a população é distribuída em 86,7% urbana e 13,2% rural. A expectativa de vida é acima da média do estado (74,64 anos contra 75,9 anos).

O município apresenta um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 1.508.491,24 (2011), destacando a participação frigorífera, metal-mecânica e couro. Destaca-se por apresentar um turismo permeado por festividades italianas, farta gastronomia, feiras e exposições.

No âmbito da educação, o município dispõe de 11 escolas de ensino fundamental que atendem 2609 alunos, 12 escolas de Educação Infantil onde e encontram 1829 alunos matriculados e 01 Unidade de Educação de Jovens e Adultos (SEJA) que atende 150 alunos. O município também oferta atendimento a alunos especiais junto a escolas do município, Escola Pedro Rigo e Higino Coelho Portela, onde compreende-se as seguintes necessidades especiais: deficiência intelectual, física, visual, auditiva, autistas, e também a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que abrange serviços como estimulação precoce, neurologia, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, pedagogia e pediatria.

Também dispõe de 01 Centro de Lazer e Convivência, destinado a população idosa, onde são realizadas atividades de cultura e recreação com o objetivo da melhora da qualidade de vida dos mesmos. Ressalta-se que 1150 pessoas são atendidas por este serviço incluindo a população do centro, bairros e interior. É composta ainda, por um Centro de Referência da Criança e Adolescente e Programa AABB Comunidade, o qual oferece 32 oficinas e atende 657 alunos.

2.1.2 Sistema e Rede de Saúde Local e Regional

A Secretaria Municipal de Saúde foi inaugurada em 11 de maio de 1988, tendo como responsabilidade à atenção básica a saúde de seus munícipes. Esta presta atendimento à população em 12 Unidades de Saúde da Família, um Posto de Especialidades Médicas e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), foi iniciada nos fins de 2002, sendo ampliada gradativamente até atingir 100% da população do município em 2013, contando com 12 equipes credenciadas junto ao Ministério da Saúde.

A equipe da ESF é constituída por 01 médico (40 horas/semanais), 01 enfermeira (40 horas/semanais), 01 técnica de enfermagem (40 horas/semanais), 01 psicóloga (20 horas/semanais), 01 cirurgião-dentista (20 horas/semanais), 01 auxiliar de consultório dentário (20 horas/semanais), 01 auxiliar administrativa (40 horas/semanais), 01 sanificadora (40 horas/semanais) e agentes comunitários de saúde (40 horas/semanais).

O Posto de Especialidades Médicas localizado junto a Secretaria Municipal de Saúde compreende os seguintes atendimentos: pediatria, ginecologia e obstetrícia e enfermagem. É composto pela seguinte equipe: 02 pediatras, 02 ginecologistas/ obstetras, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem e 01 auxiliar administrativo.

Atualmente, o município também conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), composto por equipe multidisciplinar: 01 psicóloga, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 01 médico especialista em saúde mental, 01 assistente social, 01 administrativo, 01 artesã, e 01 cuidador. Apresenta 397 usuários cadastrados, sendo aproximadamente 84 atendimentos mensais. Outras atividades realizadas são as visitas domiciliares, atendimentos em grupo de apoio semanal para dependentes químicos e grupo de apoio semanal para familiares, atendimentos individuais por médico, profissionais de enfermagem e psicólogas, além de oficinas terapêuticas.

A Assistência Farmacêutica de Marau disponibiliza 182 medicamentos da lista básica, na farmácia municipal. Atualmente, o município conta com 05 farmacêuticos, atuando na farmácia básica e do estado e nos polos de farmácias localizados nas ESF São José Operário, Planalto/Central III, Santa Rita, Progresso/Rural e Centro Social Urbano, além de quatro atendentes, um estagiário e um almoxarife para atender aproximadamente 300 usuários/dia que procuram o serviço para dispensação de medicamentos. Próximo a farmácia básica encontra-se a Farmácia de Dispensação de Medicamentos do Estado, que são medicamentos especiais fornecidos pelo Estado. A demanda de atendimentos nesta aproxima-se de 150 atendimentos semanais.

O Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), é uma estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e capacitação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, através da Educação Permanente (EP), firmando a consolidação das diretrizes e princípios do SUS.

A equipe ampliada de trabalho do NUMESC é composta pelas seguintes categorias de profissionais da saúde: enfermagem, psicologia, odontologia, médico, agente comunitária de saúde e assistente social. O grupo que compõe o NUMESC, reúne-se quinzenalmente nas segundas-feiras à tarde.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de aumentar a resolutividade das equipes e ampliar o escopo das ações desenvolvidas.

O NASF se constitui em um arranjo organizacional integrante da atenção básica, formado por diferentes ocupações, atuando de maneira articulada de modo a apoiar e dar suporte aos profissionais das equipes de saúde da família. Atualmente, no município, os profissionais que compõe a equipe do NASF são Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicóloga, Assistente Social, Médica Pediatra e Farmacêutica.

O município também desenvolve ações a partir do Programa Primeira Infância Melhor (PIM). Foi reimplantado em setembro de 2013 e conta com 05 visitadoras, 03 participantes do grupo técnico municipal, e 01 monitora. Tem o objetivo de orientar as famílias para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade. Atualmente são atendidas cerca de 70 famílias em condições de vulnerabilidade social.

A Associação Hospitalar Beneficente de Marau (Hospital Cristo Redentor) foi fundada em 20 de fevereiro de 1976. Disponibiliza 60% de sua capacidade técnica instalada ao SUS,

estabelecida em prédio próprio, possui 110 leitos, prestando seus serviços ao município de Marau e microrregião de 11 municípios. O Hospital Cristo Redentor presta serviços de: obstetrícia, pediatria, traumatologia e ortopedia de urgência, conforme organização da demanda da rede municipal e os casos mais complexos que necessitam de internação hospitalar e que estejam dentro da capacidade instalada do hospital.

Ainda o município possui convênio com os seguintes hospitais: Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), IOT (Instituto de Ortopedia e Traumatologia) e Hospital da Cidade (HC).

O Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) é a referência para a realização de Hemodiálise. Também, casos de quimioterapia são referenciados aos Serviços de Oncologia do HC e HSVP. Já o serviço de radioterapia é realizado somente no HSVP. Também há braquiterapia no município de Erechim. Os demais casos são referenciados para Porto Alegre conforme disponibilização pelo Sistema AGHOS e SISREG (Passo Fundo).

Também são desenvolvidos programas de Vigilância em Saúde no município, que visa à integralidade do cuidado e está inserida na construção das redes de atenção à saúde coordenadas pela atenção primária. As ações de vigilância dividem-se nas seguintes áreas: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador.

O Município de Marau no ano de 2011 foi pioneiro da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde na adesão ao Programa Rede Cegonha. Com a criação do Grupo Condutor da Rede Cegonha algumas ações foram pactuadas, tais como: agendamento dos exames laboratoriais e de imagem por telefone pela equipe de saúde, resultados on-line para a equipe de saúde, realização de testes rápidos de gravidez, sífilis e HIV, avaliação de início e final de gestação pelo ginecologista, entre outras.

O SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um serviço de saúde desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. O SAMU atende pacientes na residência, no local de trabalho, na via pública, ou seja, através do telefone 192 o atendimento chega ao usuário onde quer que ele esteja através de diferentes meios de socorro. O Município de Marau recebeu no ano de 2010 uma unidade de SAMU BÁSICA.

O Município de Marau conta com dois Polos de Academias de Saúde, sendo uma no Parque Municipal de Rodeio e outra localizada ao lado do ESF São José Operário. A Portaria Nº 719/GM/MS, de 07 de abril de 2011 - Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito

do Sistema Único de Saúde. Tem por objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica-PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015, sendo um instrumento que compõe um conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, como uma das principais estratégias indutoras de qualidade. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da avaliação da atenção básica no SUS (BRASIL, 2015).

No momento, o município conta com 08 ESF aderidas ao PMAQ, entre elas: São José Operário, Planalto, NASF, Central I, Santa Rita, Jardim do Sol, Central II e Centro Social Urbano.

2.1.3 Participação Social da Unidade de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) em Marau está regulamentado pela lei municipal nº 1577 de Julho de 1991, a qual cria o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), está orientado pela Lei Orgânica Municipal, a qual trata em seu capítulo V, dos Conselhos Municipais.

Atualmente o CMS é composto 18 conselheiros titulares, 18 conselheiros suplentes, sendo representado pelas seguintes instituições: Hospital, Associação Farmacêuticos e Bioquímicos, Associação de odontólogos, Associação Marauense de Hepatites Virais, Cooperativa Agrícola Mista Marauense Ltda, Secretarias de Saúde, Agricultura, Educação, Administração, Desenvolvimento Social, Sindicato Rural, APAE, Associação Agentes voluntários, Sindicato trabalhadores rurais, sindicato dos trabalhadores industrias de alimentação.

Além deste, o município de Marau conta ainda com os conselhos locais, o qual proporciona, de maneira descentralizada, o controle social e o engajamento da população na discussão de estratégias de melhoria do sistema municipal de saúde. O Conselho Local de Saúde (CLS) na área de abrangência da ESF São José Operário foi resgatado por uma mobilização dos residentes de Saúde da Família e Comunidade, trabalhadores e usuários no

decorrer do ano de 2015. Em 2016 foi deliberado nas reuniões do CLS que as mesmas ocorressem nas sedes das comunidades pertencentes a ESF, como forma de ampliar a participação da população. É composto por 6 conselheiros representantes de cada bairro de abrangência do território adscrito.

Nas atividades referentes a educação e promoção em saúde, a ESF conta com as seguintes atividades:

- **Oficina Terapêutica de Teatro:** Com o intuito de fomentar o processo de constituição de novas práticas terapêuticas de cuidado multiprofissional as oficinas terapêuticas de teatro vinculadas ao NUMESC, tiveram início em abril de 2016. Desde então, tornaram-se um espaço onde semanalmente, os usuários têm a oportunidade de através de atividades de expressão corporal manifestar sentimentos e vivências, com a ajuda de profissionais de diferentes áreas. A atividade é ministrada por uma professora de teatro e tem a participação das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).
- **Grupo cuidando de sua saúde:** Tem como o objeto promover atividades de educação em saúde para a comunidade em geral, incluindo ações voltadas para o público hipertenso e diabético. Realiza-se mensalmente, no salão da comunidade, onde diferentes temáticas são abordadas, como por exemplo, orientações nutricionais, qualidade de vida, cuidados corporais, emoções, lazer, violência.
- **Grupo de atividade física:** trata-se de um grupo de atividade física, com frequência semanal, aberto para participação de qualquer pessoa da comunidade. É dividido em dois momentos: o primeiro é realizado pela equipe de enfermagem da unidade, onde os sinais vitais são aferidos, após, o segundo momento conta com a participação das Agentes Comunitárias de Saúde e de um profissional fisioterapeuta para ministrar as atividades físicas, que atualmente são realizadas na academia de saúde que se localiza ao lado da ESF.
- **Grupo de gestantes:** Realiza-se semestralmente, com o intuito de promover um espaço de diálogo, acolhimento, troca de experiências e informações a respeito do período gestacional. O grupo conta com o envolvimento da equipe multiprofissional da ESF, abordando questões como: aspectos emocionais, planejamento familiar, cuidados com recém-nascido, saúde bucal da gestante e do bebê, amamentação, etc.
- **Grupo mãos de fada:** São atividades que acontecem semanalmente, no salão da comunidade, sob coordenação das agentes comunitárias de saúde. São desenvolvidas atividades de artesanato deliberadas pelas participantes do grupo. Além disso, tem um caráter

de convivência e troca de experiências. Os recursos para compra dos materiais utilizados nas atividades, são adquiridos a partir da organização de um brechó realizado anualmente.

- Grupo de cessação de tabagismo: o grupo é desenvolvido semestralmente, com envolvimento da equipe e apoio do NASF. São desenvolvidas ações a partir das orientações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

2.1.4 Estrutura da ESF São José Operário

De acordo com o Ministério da Saúde, os projetos de construção, reformas ou ampliações de unidade de saúde, deverão estar em conformidade com a Resolução-RDC N° 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A unidade é composta por: 02 consultórios médicos, 01 ambulatório, 01 sala de vacina, 01 farmácia, 01 sala de lavagem de materiais, 01 sala de esterilização, 01 almoxarifado, 02 consultórios de psicologia, 01 consultório de odontologia, 01 consultório de enfermagem, 01 sala de reuniões, 01 recepção e 06 banheiros.

A equipe é composta: 01 auxiliar administrativo, 01 enfermeira, 02 médicos, 01 farmacêutica, 01 dentista, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 psicóloga, 02 técnicas de enfermagem, 07 agentes comunitárias de saúde, 01 sanificadora, 02 residentes de enfermagem, 02 residentes de psicologia, 01 residente de farmácia.

2.1.5 O Processo de Trabalho na ESF

Segundo Franco e Merhy (2012), refletir sobre os processos de trabalho nos permite repensar o modelo de cuidado que estamos desenvolvendo e quais elementos estão envolvidos nesse ato. A partir disso, alguns arranjos são organizados para dar conta das subjetividades envolvidas nesses processos e das relações que vão se estabelecendo.

A demanda é organizada através de agendas vinculadas a cada profissional a qual mantém-se aberta para os agendamentos de consultas médicas, odontológicas e coleta de citopatológico. Também ocorre o acolhimento a livre demanda realizado pela enfermagem e psicologia. A farmácia funciona 20 horas semanais para atendimento ao público do território

adscrito e também da população em geral. Cada atendimento é registrado no prontuário eletrônico do paciente, através do sistema Trackcare.

A equipe realiza reuniões semanais para organização e planejamento das ações, bem como, discussão de casos especiais. Também realiza atividades de educação permanente, denominadas Seminários de Campo, onde destina tempo determinado da reunião para discussão e aprofundamento de temáticas que envolvem o processo de trabalho. Desde 2015, é realizado mensalmente apoio matricial com profissional psiquiatra. A equipe desenvolve ações programáticas como: visita domiciliares, programa remédio em casa, visita as puérperas e recém-nascidos na primeira semana de vida, além de participação em atividades intersetoriais (reunião de rede, grupo condutor de saúde mental e reuniões de núcleos profissionais).

2.1.6 População da ESF São José Operário

A ESF São José Operário foi inaugurada em 2006, abrangendo os bairros São José Operário, Frei Adelar, Nova Alternativa I e II, além do Distrito Industrial.

O bairro Nova Alternativa apresenta população predominantemente jovem, além da mudança constante de novas famílias para o mesmo. Já no bairro São José Operário, por ser o mais antigo do território, este abrange a população majoritariamente idosa. A área do bairro Frei Adelar atinge o índice de maior vulnerabilidade do território, além de compor prédios e casas financiados pela prefeitura de Marau/RS. Além destes, há o Distrito Industrial, que apesar de não ser aprovada a construção de residências no território, existe aproximadamente 70 pessoas habitando.

Com uma população adstrita de aproximadamente 07 mil usuários, a população é constituída predominantemente por adultos jovens que trabalham nas empresas localizadas nos bairros de abrangência, Distrito Industrial, bem como em outras empresas do município ou fora dele. Ainda, há grande população de crianças e idosos, além de imigrantes haitianos que utilizam o serviço de saúde. Percebe-se no território um alto índice de vulnerabilidade, como jovens com alto índice de uso de drogas e casos de violência doméstica.

Há no território uma escola de ensino fundamental, uma escola de educação infantil, um centro recreativo do SESI, igrejas, salão comunitário, centro espírita, campo de futebol, ginásio de esportes, comércios e indústrias de grande porte. Os bairros contam com coleta

seletiva de lixo e suas moradias possuem saneamento básico. Também há pontos de reciclagem de lixo, que servem como meio de sustento para alguns moradores.

2.2 ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO

2.2.1 Introdução

Mesmo após três décadas de surgimento, a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) ainda é considerada um dos mais sérios problemas de saúde pública, representando um fenômeno global, dinâmico e instável, amplamente marcado pelos contrastes sociais e regionais, cuja ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende tanto do comportamento individual e coletivo, como das dimensões política, de gestão e de organização do setor saúde (VILLARINHO *et al.*, 2013).

Considerando o conhecimento de todos os profissionais envolvidos no cuidado ao HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), estes podem utilizar meios que garantam minimizar as dificuldades e fragilidades que possam ser enfrentadas por esses pacientes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a incluir a doença HIV/AIDS como uma condição crônica de saúde, por esta ser tratável, através dos manejos clínicos existentes (BRASIL, 2008).

Para aprimorar algumas práticas que envolvam as diversas demandas do cuidado no âmbito da multiprofissionalidade na atenção básica, é importante compreender como se dá o seu funcionamento para um melhor estabelecimento e fortalecimento das ações a serem desenvolvidas.

Nesse sentido, a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde. Atualmente, o processo de trabalho hegemônico carece de uma interação de saberes e práticas, necessária para o cuidado integral à saúde. (FRANCO; JÚNIOR, 2004).

Dessa forma, sendo a atenção básica como ordenadora do cuidado, esta, apresenta-se através de ações de saúde integradas e direcionadas ao indivíduo, família e comunidade, que estejam voltadas à promoção e à proteção da saúde, à prevenção de agravos, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação, à redução de danos e à manutenção da saúde. Portanto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Atualmente, a reorganização da atenção básica está pactuada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) segundo Portaria Nº 2.488, publicada em 21 de outubro de 2011, pelo Ministério da Saúde, que prevê a participação de toda a comunidade em parceria com a equipe de Saúde

da Família, como estratégias centrais, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde. A ESF, considerada porta de entrada do sistema de saúde, desenvolve ações básicas num território definido, que são empenhadas em promover a saúde numa lógica de mudanças das práticas tradicionais, com ações que possam contribuir com a qualidade de vida da população (BRASIL, 2011).

2.2.2 Problema de Pesquisa

Desde o ano de 2015, o município iniciou as capacitações dos profissionais, com o intuito de descentralizar o atendimento ao paciente que vive com HIV do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de Passo Fundo/ RS (município vizinho deste) para a atenção primária de Marau/RS. Assim, atualmente, o cuidado com esse paciente se dá nas unidades de saúde, sendo necessária a criação de uma linha de cuidado para a ESF em estudo, a partir da percepção dos profissionais quando ao melhor fluxo de atenção, favorecendo o trabalho do profissional bem como a multiprofissionalidade, e principalmente a qualidade do cuidado a este paciente.

2.2.3 Hipóteses

H1: Os profissionais da ESF que têm contato com pacientes portadores de HIV identificam uma grande dificuldade na inserção dos mesmos nos demais serviços da atenção básica.

H2: Os profissionais da ESF demonstram a necessidade de se integrar e criar vínculo com os pacientes que vivem com HIV.

H3: Os profissionais da ESF notam que os pacientes portadores de HIV necessitam de um cuidado multiprofissional, nos diversos caminhos percorridos na atenção básica.

2.2.4 Objetivo

2.2.4.1 Objetivo Geral

Identificar a relação dos profissionais de saúde que trabalham na ESF São José Operário do município de Marau/RS com os pacientes que vivem com HIV e a percepção dos mesmos, quanto ao melhor fluxo de atenção na mesma ESF.

2.2.4.2 Objetivos Específicos

- Compreender o processo histórico-atual de cuidado às pessoas vivendo com HIV e suas implicações na atenção básica;
- Elaborar uma proposta de estruturação de linhas de cuidado em HIV/Aids na ESF, a partir de percepções dos profissionais através da realização de um Grupo Focal (GF);
- Compreender o processo de cuidado à pessoa que vive com HIV/Aids, na perspectiva da integralidade, na ótica dos profissionais que atuam na ESF São José Operário.

2.2.5 Justificativa

No decorrer de seu processo histórico, a atenção básica constituiu a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. Esta considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a assistência integral à saúde permanece como um grande desafio, na medida em que é necessário combinar todas as dimensões da vida para a prevenção de agravos e recuperação da saúde. Ainda hoje, a organização da atenção encontra-se fragmentada em serviços, programas, ações e práticas clínicas.

Além disso, a ação integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação do circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade do que necessita. (MALTA; MERHY, 2010). É fundamental investir na qualificação do cuidado aos pacientes que vivem com HIV, devendo-se, para isso, garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde e instituir uma abordagem integral do processo saúde-doença através de ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento adequado, bem como o

envolvimento de uma equipe multiprofissional com um mesmo objetivo em comum (BRASIL, 1999).

Em relação à AIDS, dados mostram que ainda hoje, esta é considerada um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. No ano de 2007 existiam no mundo aproximadamente 33 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS, embora os números tenham diminuído consideravelmente em relação aos últimos dois anos (BRASIL, 2010⁶). Segundo Tonnera, tal fato deve-se a métodos eficazes, e estratégias de enfrentamento desta epidemia em diversos países do mundo, sendo o número maior representado pelo povo africano, com aproximadamente 22,5 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, ou seja, dois terços do total mundial.

O município de Marau, atualmente realiza o acompanhamento de 43 pacientes soropositivos. A ESF São José Operário, território onde o projeto será desenvolvido, é responsável por 8 pacientes que vivem com HIV, segundo dados da Vigilância Municipal* 2017.

A partir de uma ação de campo realizada enquanto residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de Família e Comunidade, decorreu-se a principal motivação para o desenvolvimento deste projeto, trata-se da inserção do profissional farmacêutico na realização de testes rápidos para HIV na atenção básica, bem como acompanhamento no cuidado multiprofissional destes pacientes na ESF São José Operário.

Posto isso, devido à grande dificuldade de locomoção dos pacientes que vivem com HIV para atendimento em um Serviço Especializado, o município em estudo optou por centralizar esse serviço nas próprias unidades de saúde, necessitando de equipe multiprofissional treinada e capaz de exercer um importante trabalho.

Considerando a importância do trabalho da equipe multiprofissional e com a perspectiva de contribuir para a constituição de uma linha de cuidado, o presente trabalho objetiva mostrar as vivências e percepções dos trabalhadores de saúde em relação ao fluxo de atenção às pessoas que vivem com HIV em um município no interior do Rio Grande do Sul, detectando potencialidades e fragilidades, visando contribuir para melhorar a qualidade de atenção aos usuário.

* Dados fornecidos pela enfermeira responsável pelo setor de vigilância do município de Marau/RS

2.2.6 Revisão Bibliográfica

2.2.6.1 Histórico e Epidemiologia

No Brasil a primeira política pública voltada à AIDS foi o Programa Nacional de Aids, em 1985, três anos após o primeiro caso no Brasil. Atualmente, a Política Nacional de DST/AIDS está pactuada segundo os princípios e diretrizes da Constituição de 1988, e após, pela Lei 8080/90, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, os princípios gerais que norteiam a Política são: descentralização, integralidade, universalidade de acesso aos bens e serviços de saúde e controle social (BRASIL, 2010⁷).

Devido à grande dimensão que a epidemia tomou, em 1996 a Lei Federal nº 9.313, garantiu o acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral no Brasil (BRASIL, 1996), e com o passar dos anos, foi também garantido o acesso da população aos exames de monitoramento laboratorial da infecção pelo HIV, assim, o grande avanço da terapia melhorou significativamente o perfil da doença, aumentando o número de indivíduos com carga viral indetectável, bem como a sobrevida dos pacientes.

Outro fator que contribuiu para o diagnóstico foi o avanço dos testes rápidos na atenção básica, exigindo dos profissionais da saúde, entendimento das doenças as quais está se testando, bem como para informação e esclarecimento do paciente. Estes testes, são de fácil execução, leitura e rápida interpretação, permitindo ampliar o diagnóstico, agilizando muito o tratamento e acompanhamento em casos de sorologia positiva. Assim sendo, conforme Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013, qualquer profissional da área da saúde de nível superior pode realizar o teste rápido, desde que tenha sido capacitado pessoalmente ou à distância (BRASIL, 2013²).

De 2007 até junho de 2016, foram notificados 136.945 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 71.396 no Sudeste (52,1%), 28.879 no Sul (21,1%), 18.840 no Nordeste (13,8%), 9.152 no Centro Oeste (6,7%) e 6.868 na Região Norte (6,3%). Em 2012, a taxa nacional de detecção de HIV foi de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes, já o estado do Rio Grande no Sul, apresentou taxas de detecção superior à nacional, permanecendo acima da média nacional, ficando em 41,4 casos para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2016).

O boletim epidemiológico HIV/AIDS de 2016 mostra que a taxa de detecção de AIDS no RS apresentou uma redução progressiva, comparando ao ano de 2012, pois a taxa de detecção foi de 34,7 casos para cada 100.000 habitante em 2015. É importante destacar que a capital do

RS, apesar de ainda estar com a maior taxa de detecção do país, também apresentou uma redução significativa nos últimos seis anos, pois em 2010 a taxa de detecção foi de 108,1 casos para cada 100.000 habitantes e em 2015 essa taxa foi de 74 casos. O RS também apresentou uma elevada taxa de mortalidade por AIDS, apenas no ano de 2012 esse coeficiente foi de 11,1 óbitos/100.000 habitantes, ou seja, o dobro da média nacional, representada por 5,5 óbitos/100.000 habitantes. Desde 1982 até junho de 2014, foram registrados 45.419 (59,5%) casos de Aids em homens, e 30.885 (40,5%) em mulheres, sendo que a maior concentração de casos está nos indivíduos com idade entre 30 e 39 anos (33,0%), seguida da faixa dos 40 e 49 anos (24,1%) e dos 20 aos 29 anos (21,2%) (BRASIL, 2016).

A estratégia atual do Ministério da Saúde para o enfrentamento da epidemia, é a descentralização de suas ações, inclusive a descentralização dos locais de testagem, pois a testagem é considerada uma ação de prevenção do HIV, pelo maior controle da epidemia, prevenção, diagnóstico e tratamento de casos, e um direito do cidadão de conhecer sua sorologia e ter acesso ao tratamento (ZAKABI, 2012).

2.2.6.2 Contextualizando o HIV/AIDS na Atenção Básica

O HIV é o vírus causador da AIDS, que agride o sistema imunológico, que é responsável por defender o organismo de doenças. Muitas são as células responsáveis por garantir a defesa do organismo, entre elas, os linfócitos T CD4+, principais alvos do HIV. (BRASIL 2010²).

A partir da transmissão, existe um período em que o vírus não se manifesta, e os testes anti-HIV são negativos, apresentando resultado positivo somente em torno de 4 a 12 semanas após a infecção. Este período é denominado de janela imunológica, assim, se um teste de HIV é feito durante este período, há a possibilidade de apresentar um falso resultado negativo (BRASIL, 2010³).

O diagnóstico de HIV/AIDS pode ser realizado numa fase mais tardia, principalmente em pessoas acima de 50 anos, isto ocorre porque certos sintomas da infecção, tais como cansaço, perda de peso e distúrbios na memória, não são específicos desta infecção, podendo acontecer em outras doenças. Em alguns casos, a doença também pode ser descoberta quando o paciente é internado para tratar alguma infecção oportunista ainda não diagnosticada ou em exames pré-operatórios (SANTOS, ASSIS, 2011).

Após a soroconversão, o vírus permanece no organismo durante um período latente, longo e variável, e, em determinado momento, começa a se reproduzir, permitindo que qualquer

microorganismo possa destruir os tecidos e provocar infecções, caracterizando então, o início da doença (BRASIL, 2010⁵).

Segundo Ministério da Saúde, uma pessoa adulta infectada com HIV pode ficar assintomática por muitos anos, por isso é importante ressaltar que ter o vírus do HIV é diferente de ter AIDS (BRASIL, 2010¹).

Em consonância com a evolução dos testes rápidos, os profissionais de saúde devem ser treinados para realização do aconselhamento pré e pós teste, bem como entender o processo saúde-doença para assim compreender o tratamento como um processo mais amplo, onde a medicação é considerada necessária, mas não suficiente. Para garantir a cura ou o desaparecimento dos sintomas, é necessário compreender o universo do paciente (AYRES, 1998).

Assim sendo, o portador de HIV é um usuário do SUS que deve ser atendido na lógica do sistema, transitando entre os diversos níveis da rede conforme as suas necessidades de saúde. O desencadeador desse processo é o teste rápido feito na atenção básica. Somente o paciente portador de HIV e comorbidades é que será encaminhado à rede secundária para ser atendido por um especialista (BRASIL, 2014).

Ao longo dos anos, um dos grandes desafios para alcançar maior impacto e efetividade no acesso universal ao tratamento antirretroviral residia na garantia do cuidado com qualidade (BRASIL, 2010⁸). Portanto, a constituição de redes capazes de promover ações harmônicas, como o acesso aos serviços de saúde, é de fundamental relevância para continuidade ao tratamento e cuidado deste paciente. (BRASIL, 2010⁶).

Portanto, o tratamento antirretroviral, não se limita à mera prescrição de medicamentos, também é necessária atenção aos aspectos de caráter psicossocial, bem como compreender o usuário dos serviços como sujeito de seu autocuidado e fazer com que ambos, paciente e profissional de saúde, pensem em formas de lidar com a adesão ao tratamento merecendo uma abordagem interdisciplinar. É no processo de escuta que os contextos individuais específicos poderão ser apropriados pela equipe, favorecendo a abordagem adequada e resolutiva. Reconhecer e respeitar as diferenças individuais significa aplicar o princípio da equidade nas práticas de saúde (BRASIL, 2010⁷).

Para a garantia do acesso aos serviços de saúde de forma equânime e de acordo com a necessidade do usuário, é insatisfatório ter em conta apenas os aspectos técnicos dos protocolos assistenciais. Embora sejam necessários, é preciso também levar em consideração

as relações entre os envolvidos no trabalho em saúde (WERNECK, PEREIRA E CAMPOS, 2009).

2.2.6 Material e Método

2.2.7.1 Desenho

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa de caráter descritivo com características de intervenção estruturante a fim de contribuir com a criação de uma linha de cuidado ao paciente que vive com HIV em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Marau/RS. Localizado na região do Planalto Médio (região da produção), tem aproximadamente 40.629 habitantes (IBGE, 2016), distribuídos em 86,7% na zona urbana e 13,2% na rural, cuja expectativa de vida é acima da média do estado (74,64 anos contra 75,9 anos).

2.2.7.2 Metodologia

O estudo será realizado, no período de Junho de 2017 a Dezembro de 2017, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFFS.

Será utilizado o espaço da reunião de equipe semanal para apresentar a proposta do projeto de intervenção, onde será feito um seminário de campo para apresentação do mesmo, após, será construído um Grupo Focal (GF) com os próprios profissionais da ESF São José Operário. Esse grupo focal será realizado em um único encontro com todos os profissionais da ESF em estudo, entre eles: um auxiliar administrativo, dois técnicos de enfermagem, dois médicos, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, dois enfermeiros, três psicólogos, cinco agentes de saúde e três farmacêuticos, sendo um deste responsável pela pesquisa bem como moderador do grupo focal.

Segundo GOMES e BARBOSA (1999), este é um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade. É uma técnica rápida e de baixo custo para avaliação e obtenção de dados e informações qualitativas, fornecendo aos gerentes de projetos ou instituições uma grande riqueza de informações qualitativas sobre o desempenho de atividades desenvolvidas, prestação de serviços, novos produtos ou outras questões.

A dinâmica com o grupo focal será planejada. Nessa etapa do planejamento, serão determinados os objetivos da pesquisa, isto é, o que se pretende e quais as metas específicas a serem alcançadas, que constam nos objetivos específicos dessa mesma pesquisa. Assim, será elaborada uma lista de questões para discussão, compondo um guia de entrevista (Apêndice II). Convém ressaltar que essa lista não será utilizada como se fosse uma lista de perguntas, típica de entrevistas individuais. Ela realmente deve servir apenas como guia para o moderador.

A reorganização desse serviço de saúde deve ser baseado nas diretrizes da PNAB (BRASIL, 2011), entre elas: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede; estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. (BRASIL, 2011).

A realização do GF será gravada e após transcrita, bem como anotações pertinentes no decorrer das discussões serão feitas, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- Anexo I) dos profissionais. A participação será voluntária, e haverá a possibilidade de se deixar de participar do grupo a qualquer momento. Posteriormente, será feita a análise das questões levantadas no grupo e conforme percepções dos profissionais, poderá ser criada uma linha de cuidado ao paciente que vive com HIV na ESF São José Operário. Esta reorganização do serviço visa atender aos pacientes que fazem parte apenas do território da ESF em questão. A devolução do trabalho à equipe será feita em datas a combinar.

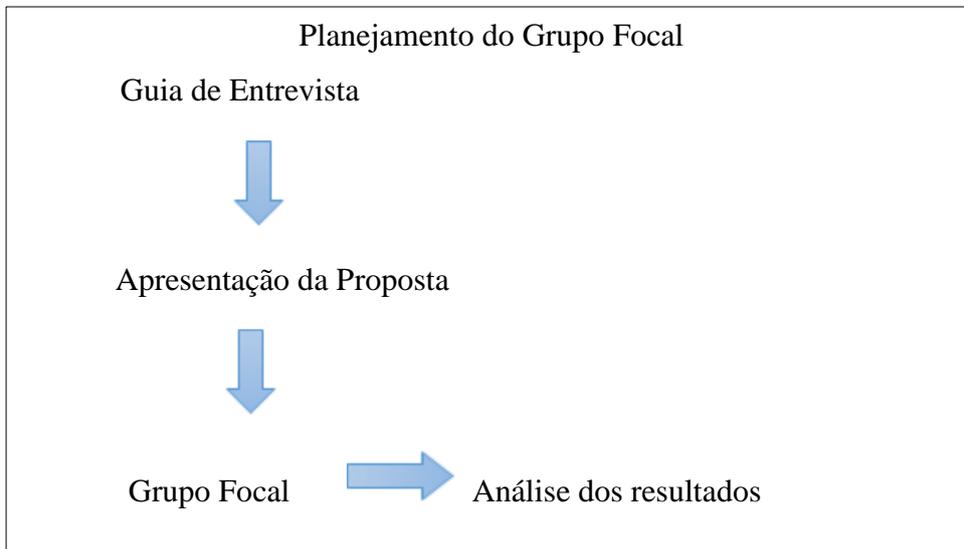


Figura1. Esquema representativo da metodologia do trabalho

2.2.8 Análise dos Resultados

Será organizado um conjunto de procedimentos que organize os dados de maneira que se revele o objetivo com a maior isenção possível, sendo empregado o método de análise de conteúdo para os dados obtidos no grupo focal. A análise da abordagem qualitativa será feita a partir das perguntas do Grupo Focal. Será utilizado o método proposto por Bardin, que se trata de um conjunto de técnicas de análises das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Neste método o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes poderão evidenciar após serem tratados. A intenção da análise de conteúdo é “a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta que recorre a indicadores” (BARDIN, 2011).

Os dados produzidos serão organizados e apresentados de forma articulada, por meio da categorização de dados. Segundo BARDIN (2011) as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos, possibilitando a análise de particularidades do estudo e também a análise conjunta de aspectos comuns evidenciados.

2.2.8.1 Critérios de Inclusão

Estar vinculado profissionalmente à Prefeitura Municipal de Marau.

Atuar profissionalmente na ESF São José Operário.

2.2.8.2 Critérios de Exclusão

- Fazer parte do grupo que está realizando a pesquisa.

2.2.9 Aspectos Éticos

O início do projeto está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal da Fronteira Sul, cuja composição atende às recomendações da Resolução nº 466/CNS/ MS, de 12/12/2012. Será necessária a assinatura pelo profissional participante de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo é caracterizado por ser de risco mínimo ao profissional. Os benefícios são que a partir das percepções dos próprios profissionais do serviço, poder contribuir na compreensão do tema em pauta a fim de subsidiar o seu enfrentamento por meio de ações de promoção, educação e assistência à saúde dos pacientes que vivem com HIV, bem como fortalecer ações relacionadas à promoção de repercussões positivas ao acompanhamento de pacientes soropositivos.

Conforme disposto no IV.3 da Resolução 466/2012, será observado todas as questões éticas contidas nessa resolução, bem como cuidados para que os participantes da pesquisa não sejam identificados nem diretamente e nem indiretamente. Embora todas questões adotadas têm o risco de que possam suscitar desconfortos em razão de fatos e/ou lembranças. Para minimizar esse risco será feita uma abordagem inicial e explicitação do tema, questão de pesquisa, objetivo e, principalmente, do instrumento. Depois de informada e esclarecida todas as dúvidas, e da obtenção do aceite será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Embora todos os cuidados adotados para a minimização do risco, caso esse venha a ocorrer o coordenador assume a responsabilidade de acompanhamento e da assistência aos participantes da pesquisa.

Neste estudo será considerado o respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, no estudo, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis serão evitados, assim como a relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária. Prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa,

garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

Fica assegurada aos participantes da pesquisa a interrupção de sua participação a qualquer momento, sem necessidade de justificativa e sem nenhum tipo de penalização. Será garantido o sigilo e a privacidade dos participantes da pesquisa durante todas suas fases. Além disso, a participação é gratuita, sem constar qualquer tipo de remuneração ao participante da pesquisa. O TCLE será assinado em duas vias, pelos pesquisadores e pelo pesquisado, sendo que cada um desses ficará de posse de uma via desse documento, conforme preconizado pela Resolução CNS nº 466/2012.

Em relação à confidencialidade encontra-se descrito no TCLE que será mantido o anonimato dos sujeitos e a confidencialidade. O grupo será transcrito e grampeado juntamente com os TCLEs. Após serão guardados e permanecerão em total anonimato - o nome dos entrevistados não será mencionado em nenhuma circunstância. A gravação do grupo será guardada pela pesquisadora durante cinco anos, em *pen drives*.

O resultado será divulgado junto aos profissionais da ESF São José Operário do município de Marau, em reunião de equipe na forma de seminário, com explicações claras e objetivas, este será agendado para o 1º semestre de 2018. Os resultados poderão também ser divulgado em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

2.2.10 Orçamento

Tabela 1. Valores estimados do orçamento

Material de consumo	
Folhas A4	R\$ 25,00
Cartucho Impressora	R\$ 60,00
Caneta	R\$ 2,40
Total	R\$ 87,40

2.2.11 Cronograma

Atividade	Ano 2016		Ano 2017			
	3° Trim.	4° Trim.	1° Trim.	2° Trim.	3° Trim.	4° Trim.
Revisão bibliográfica	X	X	X	X		
Apresentação do projeto para banca				X		
Submissão ao comité de ética				X		
Fase de intervenção					X	
Revisão bibliográfica				X	X	X
Elaboração do artigo					X	X

3 EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO DEFINIDO

Para discutir o processo de cuidado das PVHA (Pessoas Vivendo com HIV/AIDS), é fundamental investir na qualificação do cuidado em saúde, para isso, deve-se garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde e instituir uma abordagem integral do processo saúde-doença, através de ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento adequado, bem como buscar o envolvimento de uma equipe multiprofissional com um mesmo objetivo em comum (BRASIL, 2008).

Segundo Túlio (2004), uma das possíveis maneiras de abranger uma assistência integral à saúde, começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas as outras ações assistenciais, neste caso, considera-se que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de usuários.

No município em estudo há um fluxo de atendimento às PVHA, porém este, ainda é restrito a alguns núcleos profissionais como medicina e enfermagem. Neste fluxo, na recepção do serviço, o usuário procura a ESF para testagem, que pode ser feita por diversos profissionais. Nesta testagem é realizado aconselhamento pré e pós teste, por profissionais treinados para realização do mesmo. Em casos de sorologia positiva, o paciente é encaminhado para consulta médica, para quantificação da carga viral e contagem de linfócitos T CD4+, que detecta a presença de infecção e serve como orientação para o início do tratamento, em seguida a vigilância sanitária municipal é notificada. Entretanto, em casos mais complexos, os mesmos são encaminhados para o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) no município de Passo Fundo. Mensalmente, os pacientes procuram a unidade de saúde para retirada dos antirretrovirais e orientação, que é feita pelos enfermeiros da unidade, sendo que a cada seis meses são realizados exames de carga viral e consulta médica. As ações de prevenção realizadas pela ESF se voltam pela promoção (programas saúde nas escolas), prevenção (entrega de preservativos) e diagnóstico (realização de testes rápidos).

Os profissionais relatam existir um fluxo de atendimento às PVHA, porém este é mais restrito e vinculado a apenas alguns núcleos, a partir disso emergiu-se falas de alguns profissionais, quando perguntados sobre a existência de um fluxo de atenção às PVHA no município.

“Eles chegam na unidade procurando já específico por aquele profissional, nem perguntam sobre o serviço, perguntam para falar com aquele profissional, por exemplo, a enfermeira, eles querem a enfermeira tal.” (P1)

“Eu acho bem complexo isso, porque se esse profissional sai? Eles voltam outro dia? Hoje acontece isso, mas não é uma questão de preferência, é uma questão da gente reforçar que os outros profissionais da equipe podem atender o caso mantendo sigilo, ética, claro que não vai ter o vínculo, mas que eles possam ter certeza que outros profissionais podem desenvolver esse cuidado.” (P2)

Como ponto de partida para a qualificação do cuidado às PVHA na atenção básica, ressalta-se, sobretudo, o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário, possibilitando assim, a construção de um projeto terapêutico que respeite as singularidades de cada sujeito e busque a resolubilidade das questões sociais e de saúde, bem como a responsabilização através da escuta, ou seja, deve partir de uma atitude acolhedora em todo o processo, propiciando suporte emocional, esclarecimento de dúvidas e educação em saúde (COLAÇO, 2016).

Sendo assim, é de suma importância que o profissional da atenção básica adote uma atitude acolhedora diante do indivíduo, que demonstre empatia, e que estabeleça vínculo a fim de promover um melhor acompanhamento do paciente, esclarecendo dúvidas e fortalecendo seu papel nessa relação.

Para Merhy (2003), o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, desenvolve capacidade de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

Em consonância a isto, as falas de alguns profissionais corroboram para a implantação do acolhimento na ESF, trazendo que este pode ser uma das ferramentas para fortalecimento de vínculo entre equipe e usuário, bem como elo de ligação para conhecer todas as populações que vivem no território em estudo.

“E o que dá pra fazer, é cada núcleo ir incorporando em seu atendimento essas questões, porque eu também não pergunto esse tipo de coisa nos meus atendimentos, se é soropositivo ou não?!” (P2)

“É, e o que eu acho que vai melhorar, é que se tiver a dupla do acolhimento, ele vai ser referenciado para aquela dupla e ele vai se sentir confortável para falar sobre isso, assim não, ele já sabe que vai vir e vai pedir pra falar com a enfermeira, então ele já vem direcionado para essa pessoas e no caso do acolhimento não vai acontecer isso, porque hoje ele procura o serviço e vai ser atendido pela dupla do acolhimento primeiro e não por quem ele costumava pedir.” (P3).

“É que a gente se envolvendo no acolhimento, acaba conhecendo os outros pacientes que frequentam o serviço...” (P4).

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) criada em 2003 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) a qual ressalva a importância dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde. Acolher refere-se à recepção do usuário no serviço de saúde, o acolhimento compreende também a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de suas queixas e angústias, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para a continuidade do cuidado quando necessário (GARUZI et al., 2014).

Segundo Franco et al. (2004), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, baseado em alguns princípios como: de atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Neste sentido, o acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho e modificar a prática clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar. É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo (ORTIZ, 2004).

“Mas eu acho que tem que ter uma capacitação para a equipe, para os profissionais, a forma de atender, de acolher, tratar com mais naturalidade isso, apropriar a equipe saber que é mais comum, na própria área de medicamentos, teria muita coisa pra fazer, por exemplo tirar dúvidas que não tem necessidade de passar pro medico, então o que falta é uma capacitação para equipe p supri a demanda da equipe” (P6).

Fica evidente que, apesar da proposta em reorientar o modelo tecnoassistencial por meio da ESF, buscando ultrapassar o modelo hegemônico (biologicista, reducionista, individualista e orientado para a cura) — os profissionais ainda têm uma formação que privilegia ações curativistas, fragmentadas, mecanizadas, médico-centradas. Conseqüentemente, os trabalhadores, em sua prática, mantêm o modelo médico assistencial privatista da divisão por especialidade e por disciplina, assim, para compreender a complexidade da integralidade (GARUZI, 2014), o acolhimento deve ser visualizado por todos os profissionais que compõe a equipe, para isto, estes devem ser treinados e capacitados para sentirem-se confortáveis para realizar esse serviço com qualidade.

Portanto, inserir ações sobre HIV/AIDS na rotina do serviço na atenção básica, demanda uma reflexão sobre confidencialidade, ética, sigilo das informações obtidas e o abandono de atitudes preconceituosas por parte da equipe, bem como em consonância com o acolhimento, a política nacional de humanização do SUS, preconiza este como uma questão ética, surgindo como demanda emergente para discussão no grupo focal realizado (BRASIL, 2006).

“Então isso, não é só para casos de HIV, é para todos, tudo que conversarmos aqui na equipe não pode sair daqui de maneira alguma, questão de psicologia, situações de suicídio, tudo, tudo, que a gente sabe que é em relação ao atendimento, não pode sair daqui de jeito nenhum. (P5).”

“Assim como a gente tem que respeitar o desejo do paciente também porque as vezes ele não quer que outras pessoas da equipe saibam, ele vem, é atendido sempre pela mesma pessoa e não quer que outros saibam (P8)”

“Eu acho que nosso papel como profissional é esse, dentro desse fluxo, considerando sigilo, acho que em alguns momentos poderiam ser feitas interconsultas, com autorização do

paciente lógico, por exemplo, paciente com uma questão mais social, ai fulano o que você acha de chamar a psicóloga para conversar com nós? Nesse caso porque a referência do atendimento é sempre enfermeira e médica (P2).”

Ao se considerar que o HIV/AIDS carrega uma carga de preconceito, é necessário o conhecimento sobre a doença pelos profissionais, com o intuito de vincular os usuários ao serviço, bem como articular seu cuidado com outros níveis de atenção, assim sendo, para efetivar esse manejo na atenção básica, o apoio matricial e a política de educação permanente devem ser efetivadas no serviço, sendo isto destacado por alguns profissionais em suas falas, para que assim sintam-se mais seguros em lidar com algumas temáticas junto aos pacientes (BRASIL, 2003).

Muitas vezes surgem situações adversas surpreendentes que impactam os procedimentos corriqueiros e exigem reformulações de atitudes e de protocolos instalados. Assim, as questões éticas de desrespeito dos profissionais para com os usuários dos serviços de saúde, podem comprometer significativamente a formação e consolidação desse vínculo.

Em relação ao compartilhamento do diagnóstico na equipe, o trabalho de Abdala e Nichiata (2008) traz importantes contribuições ao sugerir a inclusão do usuário nesse processo. Sugere-se que, no momento da revelação do diagnóstico, ocorra a abordagem da possibilidade de outros profissionais terem acesso a tal informação, negociando-se em que momento, por quais motivos e quais profissionais podem ter acesso. A inclusão do usuário nesse processo pode facilitar a abordagem dos profissionais de saúde e propiciar relações de sigilo e confiança.

“Eu acho que não é nem essa a questão, eu acho que não precisa sentar aqui na reunião e trazer isso pra equipe, então acho que esse momento está sendo importante pra gente pactuar isso, de tipo não vamos talvez abrir isso na equipe, mas a gente vai incentivar que esse paciente se sinta à vontade de falar, porque eu também atendo casos de HIV e tenho que reforçar o quanto os outros profissionais também são capazes de acolher eles (P2).”

Notou-se também, pela fala de alguns profissionais, que a questão do território pode facilitar ou dificultar a atenção à PVHA, e que apesar disso, as ACS (Agentes Comunitários de Saúde) apostam na possibilidade de construção de vínculo e relações de confiança, demonstrando ética no cuidado à esses pacientes.

“Vocês não moram aqui, mas no nosso caso, de ACS é complicado, estamos morando na comunidade, perto dos vizinhos, perto das pessoas, se eles descobrirem que a gente fala alguma coisa que eles não gostam, eles jamais vão te falar alguma coisa de novo, eles perdem a confiança totalmente (P7).”

“Na minha visão então, os pacientes não chegam contando para as ACS que tem HIV, eles vem conhecer a ACS, investigando e depois que adquirem confiança eles contam e são poucas as pessoas que vem e contam que são soropositivas, mesma coisa pros companheiros né, nem sempre eles contam (P9).”

Sendo assim, os profissionais da atenção básica assumem responsabilidades e importância junto ao acolhimento desses pacientes, no momento difícil e da tristeza que vivenciam frente ao diagnóstico, do medo de discriminação e julgamentos.

Segundo Goldim (1997) a relação de confiança que se estabelece entre o paciente e seu médico, e se estende a todos os demais profissionais das áreas de saúde e administrativa, incluindo-se as secretárias e recepcionistas que tenham contato direto ou indireto com as informações obtidas, que traz a garantia dos pacientes procurarem auxílio profissional quando necessitam, sem medo de repercussões sociais que possam advir de seu estado de saúde, assim, é fundamental reconhecer que todas as pessoas, tanto profissionais como pacientes merecem todo o nosso respeito e cuidado para com as informações a elas pertinentes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as percepções dos profissionais da atenção básica, constatou-se que existe um fluxo de cuidado às PVHA, porém ainda é necessário a pactuação entre os núcleos para reorganização desse serviço, onde o mesmo possa abranger as diferentes áreas de trabalho e propicie a vinculação deste usuário ao serviço. Como percebeu-se através do grupo focal, a necessidade de vínculo entre profissional e usuário foi a questão mais emergente na equipe, sugerindo-se então a implantação do Acolhimento Multiprofissional como desenlace para qualificação do cuidado a todos os pacientes do território, bem como da relação usuário e profissional.

Associado a isso, é necessário também fortalecer a Política de Educação Permanente, para apropriação e comprometimento dos profissionais com a temática, para que assim, seja possível a construção de uma linha de cuidado às PVHA, havendo uma real integração entre os serviços e garantindo a integralidade no atendimento ao usuário, portanto trabalhos futuros serão necessários a fim de reorganizar ainda mais o processo de cuidado ao paciente com HIV.

Referências

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, Série E. Legislação em Saúde, 2012.
- AYRES, J.R. Vulnerabilidade e Aids: Para uma resposta social à epidemia. **Boletim Epidemiológico DST/Aids**, Brasília, DF, v. 15, p. 2-4, 1998.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: 1º edição. Edições 70, 2011.
- BRASIL Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, Série E. Legislação em Saúde, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. DST- O que são DST. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010¹. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-sao-dst>>. Acesso em: 05 de outubro de 2016.
- BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial, 2011a. Disponível em :< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 08 de agosto de 2016.
- BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 08 de agosto de 2016.
- BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b. Disponível em: <[://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em: 08 de agosto de 2016.
- BRASIL. Lei Nº 9.313, 13 de Novembro de 1996. Dispões sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília. **Diário Oficial da União**. 1996. Disponível em:< <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9313.htm>>. Acesso em: 24 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. DST- O que é sistema imunológico. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010². Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-sistema-imunologico>>. Acesso em: 05 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. DST- O que é janela imunológica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010³. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-janela-imunologica>>. Acesso em: 05 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. DST- Acompanhamento médico: **Ministério da Saúde**, 2010⁵. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/acompanhamento-medico>>. Acesso em: 05 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Dados de pesquisa- A Aids no Brasil. **Ministério da Saúde**, 2010⁶. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 20 dezembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Histórico do Programa Nacional de DST e Aids. **Ministério da Saúde**, 2010⁷. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/historico-do-programa-nacional-de-dst-e-aids>>. Acesso em: 20 dezembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**.2010⁴. Brasília. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013, Ministério da Saúde**, 2013². Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/prt0029_17_12_2013.html>. Acesso em: 20 de dezembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2488, 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). **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 16 de agosto de 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em 16 de agosto de 2016.

BRASIL. 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**, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010⁸.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**: Aids e DST. Ano V – nº 1 – até semana epidemiológica 53º – junho de 2016. Brasília, p. 64, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar: Projeto Atar / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília. **Ministério da Saúde**, 2010⁷.

BRASIL. 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. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2008.

BRASIL. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1ª ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1999.

BRASIL. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisaegis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 08 de Agosto de 2016.

CECÍLIO, L.C.O., MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS; **Abrasco**; 2003. p. 45-60.

DA SILVA, Q. T. A.; CABALLERO, R. M. da S. A Micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: Devir-residência. p. 61 a 74. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 2010.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus** : Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n.2, p.151-163, mar./abr.2012. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

FRANCO, Túlio Batista; JÚNIOR, Helvécio Miranda Magalhães. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: BRITO, Jussara Cruz. **O**

Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2004.

GOMES, M. E. S., BARBOSA, E. F. Técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. **Educativa**. 1999.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações Estatísticas**. 2016. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431180&search=rio-grande-do-sul|marau>

MALTA, D C; MERHY, E E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 14, n. 34, p. 593-606, Setembro. 2010 .

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Bahia, v. 1, n. 1, p. 11-31, 2011.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Município de Marau, Rio Grande do Sul. 2014. Acesso em: 08 de Agosto de 2016.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. Manual de HIV/AIDS. Rio de Janeiro: **Revinter**, 2008.

RAMOS, A. de S.; BÚRIGO, A. C.; CARNEIRO, C.; DUARTE, C. C.; KREUTZ, J. A.; RUELA, H. C. G. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. p. 375-390. In: HADDAD, A. E.; FERREIRA, A. S. de F.; Santos. A. A.; Et al. (Org.). Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília. 2006.3

SANTOS, A. F. de M., ASSIS M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, 14(1):147-157, 2011.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Editora Saberes, 2014.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: **Editora Saberes**, 2014.

SOUZA, R.R.; O Sistema Político de Saúde Brasileiro. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Editora MS, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

TONNERA, Liliam Cristina Junior. **Rede de cuidado a pessoa com HIV/Aids**. 2012. 147p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2012.

VILLARINHO M. V., *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2013.

WERNECK, M. A. F.; PEREIRA, H. F.; CAMPOS, K. F. C. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. **Nescon/UFMG, Coopmed**, Belo Horizonte, 2009.

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

**APÊNDICE I- EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS
RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO DEFINIDO**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUANTO AO CUIDADO DE PACIENTES
PORTADORES DO VÍRUS DA IMUNODEFICIENCIA HUMANA.**

*Perception of professionals regarding the care of patients with the human
immunodeficiency virus.*

TÍTULO RESUMIDO:

FLUXO DE ATENÇÃO AOS PACIENTES IMUNODEFICIENTES

Artigo original

Gabriela Marodin- Farmacêutica Residente Do Programa de Residência Multiprofissional em
Saúde da Família e Comunidade- Universidade Federal da Fronteira Sul,

Jose Afonso Corrêa da Silva- Mestre em Ciências Farmacêutica, Professor da Universidade
Federal da Fronteira Sul.

Universidade Federal da Fronteira Sul, Av. Fernando Machado, 108E - Centro, Chapecó - SC,
CEP: 89814-470.

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo.
Rodovia RS 153 – Km 03, Seminário Nossa Senhora Aparecida, Bairro Jardim América. CEP
99034-600. Passo Fundo – Rio Grande do Sul - Brasil.

Contato: 54 9 9939818. E-mail: gabi_marodin@yahoo.com.br.

RESUMO

No decorrer de seu processo histórico, a atenção básica constituiu a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização tornando importante a realização de ações que visam à efetividade do cuidado em âmbito de Atenção Básica. Nessa perspectiva, como proposta de descentralização do atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, é necessário considerar o conhecimento de todos os profissionais envolvidos no cuidado do paciente portador do HIV, percebendo a necessidade de utilizar diversos meios que garantam a redução das dificuldades e fragilidades que eventualmente são enfrentadas pelos pacientes. Considerando a importância deste trabalho multiprofissional e com a perspectiva de contribuir para a constituição de uma linha de cuidado, o presente trabalho objetivou mostrar as vivências e percepções dos trabalhadores de saúde em relação ao fluxo de atenção às pessoas que vivem com HIV em um município. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e de caráter transversal, que através do desenvolvimento de um grupo focal buscou compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações dos grupos estudados. O grupo contou com a participação de um moderador farmacêutico residente, que utilizou um questionário com algumas perguntas norteadoras para condução do grupo. Considerando as percepções dos profissionais da atenção básica, constatou-se que existe um fluxo de cuidado às PVHA, porém ainda é necessário a pactuação entre os núcleos para reorganização desse serviço com uma real integração entre os serviços e garantindo a integralidade no atendimento ao usuário.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde

ABSTRACT

In the course of its historical process, basic care was the gateway to the Unified Health System (SUS), with Family Health as a priority strategy for its organization, making it important to carry out actions aimed at the effectiveness of care within the framework of Basic Attention. In this perspective, as a proposal for the decentralization of care to people living with HIV / AIDS, it is necessary to consider the knowledge of all the professionals involved in the care of patients with HIV, realizing the need to use several means to ensure the reduction of difficulties and frailties that are eventually faced by patients. Considering the importance of this multiprofessional work and with the perspective of contributing to the constitution of a care line, the present work aimed to show the experiences and perceptions of health workers regarding the flow of attention to people living with HIV in a municipality. It is a qualitative, descriptive and transversal research that, through the development of a focus group, sought to understand the process of construction of the perceptions, attitudes and representations of the studied groups. The group had the participation of a resident pharmaceutical moderator, who used a questionnaire with some guiding questions to guide the group. Considering the perceptions of the primary care professionals, it was verified that there is a flow of care to the PLHA, but it is still necessary to agree among the nuclei to reorganize this service with a real integration between the services and guaranteeing the integrality in the service to the user.

Describs: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Family Health Strategy. Primary Health Care. Health Promotion

INTRODUÇÃO

Mesmo após três décadas de surgimento, a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) ainda é considerada um dos mais sérios problemas de saúde pública, representando um fenômeno global, dinâmico e instável, amplamente marcado pelos contrastes sociais e regionais, cuja ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende tanto do comportamento individual e coletivo, como das dimensões políticas, de gestão e de organização do atendimento em saúde⁽¹⁾.

Entre os anos de 2007-2016, foram notificados 136.945 casos de infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida) no Brasil, sendo que 28.879 são no Sul (21,1%). Em 2012, a taxa nacional de detecção de HIV foi de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes, já o estado do Rio Grande no Sul, apresentou taxas de detecção superiores, permanecendo acima da média nacional, ficando em 41,4 casos para cada 100.000 habitantes. O estado a partir de 2012 apresentou uma redução progressiva na taxa de detecção da AIDS, porém demonstra uma elevada taxa de mortalidade, onde apenas em 2012 esse coeficiente foi de 11,1 óbitos/100.000 habitantes, ou seja, o dobro da média nacional, representada por 5,5 óbitos/100.000 habitantes⁽²⁾.

Nessa perspectiva, como proposta de descentralização do atendimento, para melhoria do cuidado em saúde, das Pessoas que Vivem com HIV/AIDS (PVHA), a Organização Mundial da Saúde (OMS), incentiva o manejo desta nos serviços primários de saúde, posicionamento esse que decorre das mudanças no perfil da epidemia ao longo dos anos, tendo por consequência, o reordenamento do sistema de saúde frente a infecção por HIV⁽³⁾.

Atualmente, a reorganização da atenção básica está pactuada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) segundo Portaria Nº 2.488, publicada em 21 de outubro de 2011, pelo Ministério da Saúde, que prevê a participação de toda a comunidade em parceria com a

equipe de Saúde da Família, como estratégias centrais, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde. A ESF, considerada porta de entrada do sistema de saúde, desenvolve ações básicas num território definido, que são empenhadas em promover a saúde numa lógica de mudanças das práticas tradicionais, com ações que possam contribuir com a qualidade de vida da população⁽⁴⁾.

Considerando o conhecimento de todos os profissionais envolvidos no cuidado do paciente portador do HIV, percebe-se a necessidade de utilizar diversos meios que garantam a redução das dificuldades e fragilidades que eventualmente são enfrentadas pelos pacientes, pois ainda hoje, o estigma e a discriminação estão entre os principais obstáculos para a prevenção, tratamento e cuidado em relação ao HIV. Assim, devido tais avanços que impactaram na morbimortalidade e qualidade de vida dos indivíduos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a incluir a doença HIV/AIDS como uma condição crônica de saúde⁽³⁾.

Com o objetivo de aprimorar as práticas voltadas ao paciente portador de HIV na atenção básica, buscam-se diversas metodologias dentro do atendimento multiprofissional, sendo importante compreender como se dá o funcionamento do serviço de saúde e com isso fortalecer as ações já desenvolvidas.

Dessa forma, a atenção básica entendida como ordenadora do cuidado, apresenta-se através de ações de saúde integradas e direcionadas ao indivíduo, família e comunidade, voltadas à promoção, à proteção da saúde, à prevenção de agravos, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação, à redução de danos e à manutenção da saúde. Portanto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social⁽⁵⁾.

Ainda nessa lógica, a estratégia atual do Ministério da Saúde para o enfrentamento da epidemia, é a descentralização de suas ações, inclusive a descentralização dos locais de

testagem, pois a testagem é considerada uma ação de prevenção do HIV, pelo maior controle da epidemia, prevenção, diagnóstico e tratamento de casos, e um direito do cidadão de conhecer sua sorologia e ter acesso ao tratamento⁽⁶⁾.

Frente à crescente demanda do setor saúde e à possibilidade de utilizar os espaços dos serviços como campos para o ensino e pesquisa, foram instituídas as Residências Multiprofissionais, com o intuito de formar e produzir tecnologias do cuidado, aspectos importantes para a qualificação do SUS⁽⁷⁾.

Nesse sentido, o município de Marau, campo de prática da residência multiprofissional, atualmente realiza o acompanhamento de 43 pacientes soropositivos. A ESF São José Operário, território onde o projeto foi desenvolvido, é responsável por 8 pacientes que vivem com HIV, segundo dados fornecidos pela Vigilância Municipal no ano de 2017.

Posto isso, devido à grande dificuldade de locomoção dos pacientes que vivem com HIV para atendimento em um Serviço Especializado, o município em estudo optou por centralizar esse serviço nas próprias unidades de saúde, necessitando de equipe multiprofissional treinada e capaz de exercer um importante trabalho.

Considerando a importância deste trabalho multiprofissional e com a perspectiva de contribuir para a constituição de uma linha de cuidado, o presente trabalho objetivou mostrar as vivências e percepções dos trabalhadores de saúde em relação ao fluxo de atenção às pessoas que vivem com HIV em um município, detectando potencialidades e fragilidades, visando contribuir para melhorar a qualidade de atenção aos usuários.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e de caráter transversal, que através do desenvolvimento de um grupo focal buscou compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações dos grupos estudados.

Na primeira etapa, utilizou-se o espaço da reunião de equipe da ESF São José Operário para uma explanação com auxílio multimídia sobre o tema abordado, contendo contextualização da doença, formas de acesso e diagnóstico na atenção básica, tratamento e atual situação da qualidade de vida do paciente que vive com HIV, bem como apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na segunda etapa, o moderador do grupo, esquematizou através de um papelógrafo, o fluxo de atendimento no serviço, que as pessoas percorrem para atendimento ao cuidado com HIV, atualmente no município de Marau, bem como os núcleos profissionais mais envolvidos com o atendimento na unidade.

Na terceira etapa foi realizada um grupo focal com a participação de todos os profissionais que compõe a equipe, entre eles: 07 Agentes Comunitárias de Saúde, 01 Auxiliar Administrativo, 02 Técnicas de Enfermagem, 02 Médicas, 01 Enfermeira e 01 Enfermeira Residente, 01 Farmacêutica e 01 Farmacêutica Residente, 01 Psicóloga e 01 Psicóloga Residente, 01 Dentista e 01 Auxiliar de consultório dentário.

Segundo Gomes, Barbosa⁸, a técnica baseia-se em um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade. É uma técnica rápida e de baixo custo para avaliação e obtenção de dados e informações qualitativas, fornecendo aos gerentes de projetos ou instituições uma grande riqueza de informações qualitativas, sobre o desempenho de atividades desenvolvidas, prestação de serviços, novos produtos ou outras questões. O grupo contou com a participação

de um moderador farmacêutico residente. Utilizou-se um questionário com algumas perguntas norteadoras para condução do grupo, como:

1. Há um fluxo de atendimento aos pacientes que vivem com HIV no território?
2. Como acontece o percurso desse paciente na ESF?
3. Quais serviços são oferecidos a esta população na ESF?

Nesta etapa, primeiramente, buscou-se conhecer a percepção dos profissionais sobre o fluxo de atendimento aos pacientes que vivem com HIV no território da ESF, bem como quais os serviços que usufruem na unidade, ou seja, como acontece o percurso do paciente no serviço. Todo o processo foi gravado e após transcrito.

Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo proposta por Bardin⁹ que se trata de um conjunto de técnicas que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Neste método o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes poderão evidenciar após serem tratados. A intenção da análise de conteúdo é “a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta que recorre a indicadores”.

Os dados produzidos foram transcritos, organizados e apresentados de forma articulada, por meio da categorização de dados. Para análise final, os dados foram agrupados e analisados com base em referencial teórico para responder aos objetivos deste estudo.

Para garantir ao anonimato dos entrevistados, os mesmos foram citados como P1, P2, P3 e assim subsequente. Todos os profissionais envolvidos estavam trabalhando no serviço de saúde no momento da coleta de dados e aceitaram participar da pesquisa assinando o TCLE.

O estudo foi conduzido de acordo com os padrões éticos exigidos e registrados no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob número: 2.133.178

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para discutir o processo de cuidado das PVHA (Pessoas Vivendo com HIV/AIDS), é fundamental investir na qualificação do cuidado em saúde, para isso, deve-se garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde e instituir uma abordagem integral do processo saúde-doença, através de ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento adequado, bem como buscar o envolvimento de uma equipe multiprofissional com um mesmo objetivo em comum⁽⁵⁾.

Segundo Brito¹⁰, uma das possíveis maneiras de abranger uma assistência integral à saúde, começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais, neste caso, considera-se que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de usuários.

No município em estudo há um fluxo de atendimento às PVHA, porém este, ainda é restrito a alguns núcleos profissionais como medicina e enfermagem. Neste fluxo, na recepção do serviço, o usuário procura a ESF para testagem, que pode ser feita por diversos profissionais, primeiramente enfermeiros, e em casos de indisponibilidade, este é realizado pelos profissionais residentes. Nesta testagem é realizado aconselhamento pré e pós teste, por profissionais treinados para realização do mesmo. Em casos de sorologia positiva, o paciente é encaminhado para consulta médica, para quantificação da carga viral e contagem de linfócitos T CD4+, que detecta a presença de infecção e serve como orientação para o início do tratamento, em seguida a vigilância sanitária municipal é notificada. Entretanto, em casos mais complexos, os mesmos são encaminhados para o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) no município de Passo Fundo. Mensalmente, os pacientes procuram a unidade de

saúde para retirada dos antirretrovirais e orientação, que é feita pelos enfermeiros da unidade, sendo que a cada seis meses são realizados exames de carga viral e consulta médica. As ações de prevenção realizadas pela ESF se voltam pela promoção (programas saúde nas escolas), prevenção (entrega de preservativos) e diagnóstico (realização de testes rápidos).

Os profissionais relatam existir um fluxo de atendimento às PVHA, porém este é mais restrito e vinculado a apenas alguns núcleos, a partir disso emergiu-se falas de alguns profissionais, quando perguntados sobre a existência de um fluxo de atenção às PVHA no município.

“Eles chegam na unidade procurando já específico por aquele profissional, nem perguntam sobre o serviço, perguntam para falar com aquele profissional, por exemplo, a enfermeira, eles querem a enfermeira tal.” (P1)

“Eu acho bem complexo isso, porque se esse profissional sai? Eles voltam outro dia? Hoje acontece isso, mas não é uma questão de preferência, é uma questão da gente reforçar que os outros profissionais da equipe podem atender o caso mantendo sigilo, ética, claro que não vai ter o vínculo, mas que eles possam ter certeza que outros profissionais podem desenvolver esse cuidado.” (P2)

Como ponto de partida para a qualificação do cuidado às PVHA na atenção básica, ressalta-se, sobretudo, o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário, possibilitando assim, a construção de um projeto terapêutico que respeite as singularidades de cada sujeito e busque a resolubilidade das questões sociais e de saúde, bem como a responsabilização através da escuta, ou seja, deve partir de uma atitude acolhedora em todo o processo, propiciando suporte emocional, esclarecimento de dúvidas e educação em saúde⁽¹¹⁾.

Sendo assim, é de suma importância que o profissional da atenção básica adote uma atitude acolhedora diante do indivíduo, que demonstre empatia, e que estabeleça vínculo a fim de promover um melhor acompanhamento do paciente, esclarecendo dúvidas e fortalecendo seu papel nessa relação.

Para Malta, Merhy¹², o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, desenvolve capacidade de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

Em consonância a isto, as falas de alguns profissionais corroboram para a implantação do acolhimento na ESF, trazendo que este pode ser uma das ferramentas para fortalecimento de vínculo entre equipe e usuário, bem como elo de ligação para conhecer todas as populações que vivem no território em estudo.

“E o que dá pra fazer, é cada núcleo ir incorporando em seu atendimento essas questões, porque eu também não pergunto esse tipo de coisa nos meus atendimentos, se é soropositivo ou não?!” (P2).

“É, e o que eu acho que vai melhorar, é que se tiver a dupla do acolhimento, ele vai ser referenciado para aquela dupla e ele vai se sentir confortável para falar sobre isso, assim não, ele já sabe que vai vir e vai pedir pra falar com a enfermeira, então ele já vem direcionado para essa pessoas e no caso do acolhimento não vai acontecer isso, porque hoje ele procura o serviço e vai ser atendido pela dupla do acolhimento primeiro e não por quem ele costumava pedir” (P3).

“É que a gente se envolvendo no acolhimento, acaba conhecendo os outros pacientes que frequentam o serviço...” (P4).

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) criada em 2003 pelo Ministério da Saúde⁽¹³⁾ a qual ressalva a importância dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde. Acolher refere-se a recepção do usuário no serviço de saúde, o acolhimento compreende também a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de suas queixas e angústias, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para a continuidade do cuidado quando necessário⁽¹⁴⁾.

Segundo Franco¹⁵, o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, baseado em alguns princípios como: de atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Neste sentido, o acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho e modificar a prática clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para receber, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar. É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo⁽¹⁶⁾.

“Mas eu acho que tem que ter uma capacitação para a equipe, para os profissionais, a forma de atender, de acolher, tratar com mais naturalidade isso, apropria a equipe saber que é mais comum, na própria área de medicamentos, teria muita coisa pra fazer, por exemplo tirar dúvidas que não tem necessidade de passar pro medico, então o que falta é uma capacitação para equipe p supri a demanda da equipe” (P6).

Fica evidente que, apesar da proposta em reorientar o modelo tecnoassistencial por meio da ESF, buscando ultrapassar o modelo hegemônico (biologicista, reducionista, individualista e orientado para a cura) — os profissionais ainda têm uma formação que privilegia ações curativistas, fragmentadas, mecanizadas, médico-centradas. Conseqüentemente, os trabalhadores, em sua prática, mantêm o modelo médico assistencial privatista da divisão por especialidade e por disciplina, assim, para compreender a complexidade da integralidade⁽¹⁴⁾, o acolhimento deve ser visualizado por todos os profissionais que compõe a equipe, para isto, estes devem ser treinados e capacitados para sentirem-se confortáveis para realizar esse serviço com qualidade.

Portanto, inserir ações sobre HIV/AIDS na rotina do serviço na atenção básica, demanda uma reflexão sobre confidencialidade, ética, sigilo das informações obtidas e o abandono de atitudes preconceituosas por parte da equipe, bem como em consonância com o acolhimento, a política nacional de humanização do SUS, preconiza este como uma questão ética, surgindo como demanda emergente para discussão no grupo focal realizado ⁽⁷⁾.

“Então isso, não é só para casos de HIV, é para todos, tudo que conversarmos aqui na equipe não pode sair daqui de maneira alguma, questão de psicologia, situações de suicídio, tudo, tudo, que a gente sabe que é em relação ao atendimento, não pode sair daqui de jeito nenhum” (P5).

“Assim como a gente tem que respeitar o desejo do paciente também porque as vezes ele não quer que outras pessoas da equipe saibam, ele vem, é atendido sempre pela mesma pessoa e não quer que outros saibam” (P8).

“Eu acho que nosso papel como profissional é esse, dentro desse fluxo, considerando sigilo, acho que em alguns momentos poderiam ser feitas interconsultas, com autorização do paciente lógico, por exemplo, paciente com uma questão mais social, ai fulano o que você acha de chamar a psicóloga para conversar com nós? Nesse caso porque a referência do atendimento é sempre enfermeira e médica” (P2).

Ao se considerar que o HIV/AIDS carrega uma carga de preconceito, é necessário o conhecimento sobre a doença pelos profissionais, com o intuito de vincular os usuários ao serviço, bem como articular seu cuidado com outros níveis de atenção, assim sendo, para efetivar esse manejo na atenção básica, o apoio matricial e a política de educação permanente devem ser efetivadas no serviço, sendo isto destacado por alguns profissionais em suas falas, para que assim sintam-se mais seguros em lidar com algumas temáticas junto aos pacientes.

Muitas vezes surgem situações adversas surpreendentes que impactam os procedimentos corriqueiros e exigem reformulações de atitudes e de protocolos instalados. Assim, as questões éticas de desrespeito dos profissionais para com os usuários dos serviços de saúde, podem comprometer significativamente a formação e consolidação desse vínculo.

Em relação ao compartilhamento do diagnóstico na equipe, o trabalho de Abdala, Nichiata¹⁷, traz importantes contribuições ao sugerir a inclusão do usuário nesse processo. Sugere-se que, no momento da revelação do diagnóstico, ocorra a abordagem da possibilidade de outros profissionais terem acesso a tal informação, negociando-se em que momento, por

quais motivos e quais profissionais podem ter acesso. A inclusão do usuário nesse processo pode facilitar a abordagem dos profissionais de saúde e propiciar relações de sigilo e confiança.

“Eu acho que não é nem essa a questão, eu acho que não precisa sentar aqui na reunião e trazer isso pra equipe, então acho que esse momento está sendo importante pra gente pactuar isso, de tipo não vamos talvez abrir isso na equipe, mas a gente vai incentivar que esse paciente se sinta à vontade de falar, porque eu também atendo casos de HIV e tenho que reforçar o quanto os outros profissionais também são capazes de acolher eles” (P2).

Notou-se também, pela fala de alguns profissionais, que a questão do território pode facilitar ou dificultar a atenção à PVHA, e que apesar disso, as ACS (Agentes Comunitários de Saúde) apostam na possibilidade de construção de vínculo e relações de confiança, demonstrando ética no cuidado à esses pacientes.

“Vocês não moram aqui, mas no nosso caso, de ACS é complicado, estamos morando na comunidade, perto dos vizinhos, perto das pessoas, se eles descobrirem que a gente fala alguma coisa que eles não gostam, eles jamais vão te falar alguma coisa de novo, eles perdem a confiança totalmente” (P7).

“Na minha visão então, os pacientes não chegam contando para as ACS que tem HIV, eles vem conhecer a ACS, investigando e depois que adquirem confiança eles contam e são poucas as pessoas que vem e contam que são soropositivas, mesma coisa pros companheiros né, nem sempre eles contam” (P9).

Sendo assim, os profissionais da atenção básica assumem responsabilidades e importância junto ao acolhimento desses pacientes, no momento difícil e da tristeza que vivenciam frente ao diagnóstico, do medo de discriminação e julgamentos.

Segundo Goldim¹⁸ a relação de confiança que se estabelece entre o paciente e seu médico, e se estende a todos os demais profissionais das áreas de saúde e administrativa, incluindo-se as secretárias e recepcionistas que tenham contato direto ou indireto com as informações obtidas, que traz a garantia dos pacientes procurarem auxílio profissional quando necessitam, sem medo de repercussões sociais que possam advir de seu estado de saúde, assim, é fundamental reconhecer que todas as pessoas, tanto profissionais como pacientes merecem todo o nosso respeito e cuidado para com as informações a elas pertinentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as percepções dos profissionais da atenção básica, constatou-se que existe um fluxo de cuidado às PVHA, porém ainda é necessário a pactuação entre os núcleos para reorganização desse serviço, onde o mesmo possa abranger as diferentes áreas de trabalho e propicie a vinculação deste usuário ao serviço. Como percebeu-se através do grupo focal, a necessidade de vínculo entre profissional e usuário foi a questão mais emergente na equipe, sugerindo-se então a implantação do Acolhimento Multiprofissional como desenlace para qualificação do cuidado a todos os pacientes do território, bem como da relação usuário e profissional.

Associado a isso, é necessário também fortalecer a Política de Educação Permanente, para apropriação e comprometimento dos profissionais com a temática, para que assim, seja possível a construção de uma linha de cuidado às PVHA, havendo uma real integração entre os serviços e garantindo a integralidade no atendimento ao usuário, portanto trabalhos futuros serão necessários a fim de reorganizar ainda mais o processo de cuidado ao paciente com HIV.

Referências

Villarinho MV, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein MS, Meirelles BHS, Andrade SR. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença.

Rev Bras Enferm. 2013;66(2): 271-77.

1. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Aids e DST. Brasília. Ano V – nº 1 até 53º semana epidemiológicas. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. 2016.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). HIV Programme: Achieving our goals. Operational plan 2014-2015. [Internet]. Paris: OMS, 2014. 36p.[acesso 2017 OUT 8]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112666/1/9789241507110_eng.pdf?ua=1.
3. Brasil. Portaria GM nº 2488, 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) [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília. 2011 out. 21 [acesso em 2017 out 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids: Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

5. Zakabi D. Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na atenção básica: a perspectiva dos profissionais de saúde. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2012.
6. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Caderno de Atenção Básica nº18. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Gomes MES, Barbosa EF. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. Educativa [Internet]. 1999[acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: http://www.tecnologiaprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Brito JC de. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Cad Saúde Pública. 2005;21(5):1612-19.
10. Colaço, AD. A integralidade no cuidado à pessoa com hiv/aids na atenção à saúde: a percepção dos enfermeiros. 2016. 146 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis. 2016.
11. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface Comunicação Saúde Educação. 2010;14(34):593-606.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.[acesso 2017 nov 20]. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>
13. Garuzi M, Achitti COM, Sato CA, Rocha AS, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(2):144-49.
14. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1999;15(2):345-53.
15. Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. *Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004.
16. Abdala FT M, Nichiata LYI. A abertura de privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no Município de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde e Sociedade*. 2008;17(2):140-52.
17. Goldim JR. *Pesquisa em saúde: leis, normas e diretrizes*. Porto Alegre: HCPA, 1997: 77.

APÊNDICE II - GUIA DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE-
Campus Passo Fundo – RS

Pesquisa:

Percepções dos profissionais da saúde sobre o fluxo de atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids em um município do interior do Rio Grande do Sul

1. Há um fluxo de atendimento aos pacientes que vivem com HIV no território?
2. Como acontece o percurso desse paciente na ESF?
3. Quais serviços são oferecidos a esta população na ESF?

ANEXO I - TCLE PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE-
Campus Passo Fundo – RS
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFFS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Percepções dos profissionais da saúde sobre o fluxo de atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids em um município do interior do Rio Grande do Sul**, desenvolvida pela estudante Gabriela Marodin, vinculado ao programa de residência multiprofissional, sob orientação do professor José Afonso Corrêa da Silva. Tem como objetivo analisar como se dá o processo de cuidado em saúde às pessoas vivendo com HIV na ESF, a fim de contribuir na estruturação de linhas de cuidado em DST/HIV/Aids na ESF São José Operário.

Sua participação não é obrigatória e você tem autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e não sofrerá penalização. Além disso, a participação é gratuita, sem constar qualquer tipo de remuneração ao participante da pesquisa. O ÔNUS refere-se a certo desconforto no sentido de dispor de tempo (cerca de 1 hora) para participar do GF na reunião de equipe. As transcrições serão guardadas durante cinco anos, em *pen drives* pessoais. Será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO.

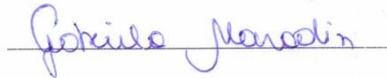
O RISCO foi dimensionado como mínimo ao profissional. Para minimizar esse risco será feita uma abordagem inicial e explicitação do tema, questão de pesquisa, objetivo e, principalmente, do instrumento. Embora todos os cuidados adotados para a minimização do risco, caso esse venha a ocorrer o coordenador assume a responsabilidade de acompanhamento e da assistência aos participantes da pesquisa.

O BENEFÍCIO é o fato de, a partir de suas respostas, poder contribuir na compreensão do tema em pauta a fim de subsidiar o seu enfrentamento por meio de ações de promoção, educação e assistência à saúde dos pacientes que vivem com HIV, bem como fortalecer ações relacionadas à promoção de repercussões positivas ao acompanhamento de pacientes soropositivos. O resultado será divulgado junto aos profissionais da saúde da ESF São José Operário do município de Marau e em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

ANEXO II - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

APÊNDICE B - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Douglas Kurtz, representante legal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Marau/Rio Grande do Sul, envolvida no projeto de pesquisa intitulado “ **Percepções dos profissionais da saúde sobre o fluxo de atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids em um município do interior do Rio Grande do Sul,**” declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.



Gabriela Marodin

Pesquisadora Responsável

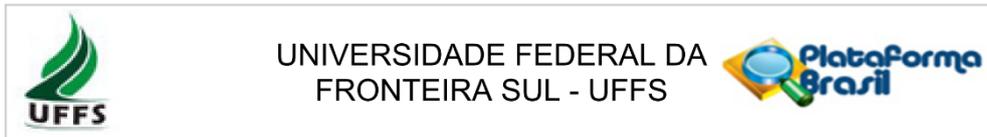


Douglas Kurtz

Responsável da Instituição

Douglas Kurtz
Secretário Municipal de Saúde
Marau/RS

ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O FLUXO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: Gabriela Marodin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68212117.0.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.133.178

Apresentação do Projeto:

Resumo:

No decorrer de seu processo histórico, a atenção básica constituiu a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. O principal objetivo é desenvolver uma atenção integral que melhore a saúde e fortaleça a autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Portanto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um espaço privilegiado de intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições crônicas e de manejo dessas condições estabelecidas, visto que esta possui um vínculo direto com o paciente e sua família, tornando-se importante a realização de ações que visam à efetividade do cuidado em âmbito de Atenção Básica. O município de Marau, atualmente realiza o acompanhamento de 43 pacientes soropositivos, sendo que o território onde o projeto será desenvolvido é responsável por 8 destes. Foi então, que o município em estudo, aderiu a um fluxo de atendimento aos pacientes nas próprias ESF, necessitando assim, cada vez mais, do trabalho qualificado. Trata-se de estudo com abordagem qualitativa de caráter descritivo com características de intervenção estruturante baseado na construção de um Grupo Focal (GF), a partir de uma lista de questões para discussão, compondo um guia de entrevista.

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS
Bairro: CENTRO **CEP:** 89.802-265
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO IV- NORMAS DA REVISTA

Diretrizes para Autores

Os manuscritos devem ser submetidos on-line pelo portal de periódicos da Universidade de Fortaleza no endereço eletrônico:

<http://periodicos.unifor.br/RBPS>

Não há taxa para submissão e avaliação de manuscritos.

A Revista Brasileira em Promoção da Saúde vem desenvolvendo uma política de ampliação de seu impacto, com vistas à indexação em bases de dados nacionais e internacionais, para o que é imprescindível e obrigatória a publicação de manuscritos em outro idioma (língua inglesa).

Assim, informamos que:

- 1) O manuscrito tramitará em português ou espanhol e somente quando for aprovado em última versão pelos editores é que os autores providenciarão a versão em inglês.
- 2) Os custos com a tradução para a língua inglesa serão de responsabilidade dos autores.
- 3) A Revista Brasileira em Promoção da Saúde recomenda tradutores especializados a serem informados posteriormente.
- 4) Caso não haja interesse na publicação do manuscrito na língua inglesa solicitamos breve manifestação para cancelamento do processo de avaliação. Recomendamos a busca de outro periódico.
- 5) Para as submissões na língua inglesa não se faz necessária a tradução para outro idioma.

Normas e Diretrizes para autores

O manuscrito, incluindo ilustrações e referências bibliográficas, deve estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas [http://\(www.icmje.org\)](http://(www.icmje.org)).

O manuscrito deve conter as seguintes seções:

- I. Página de rosto;
- II. Resumo em português, abstract em inglês;
- III. Texto;
- IV. Agradecimentos e conflitos de interesse;
- V. Referências.

Para a redação do manuscrito, deve-se utilizar o Microsoft Word, ser formatado para folha tamanho A4, com todas as margens de 25 mm, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo em todas as seções e páginas numeradas no canto superior direito iniciando na página de rosto.

I. Página de rosto

A página de rosto deverá conter:

- Título do manuscrito em português, inglês ou espanhol, de acordo com o idioma do manuscrito; em negrito, centralizado e em letras caixa alta para o título principal.
- O Título deve ser conciso e explicativo, representativo do conteúdo do trabalho, conter até 14 palavras e sem siglas.
- Tradução do título em inglês/português, em itálico, negrito, centralizado e em letras maiúsculo-minúscula.
- Título resumido do manuscrito com no máximo 40 caracteres, incluindo os espaços.
- O tipo de colaboração enviada (artigo original, artigo de revisão, descrição ou avaliação de experiências).
- Nome completo e filiação institucional de cada autor, permitindo até 8 autores.
- Nome, endereço institucional (Rua/avenida, bairro, CEP, cidade, estado, país), telefone e e-mail do primeiro autor e do autor responsável pela correspondência (que será contatado durante o período de submissão do manuscrito e que constará no artigo para posterior contato sobre a publicação).
- Fonte financiadora (órgãos ou instituições de fomento) da pesquisa, se houver.
- Se o manuscrito foi baseado em tese/dissertação, colocar o título, o nome da instituição, o ano de defesa e o número de páginas.

II. Resumo e abstract

- Artigos Originais: devem conter de forma sintetizada e estruturada: objetivo, métodos, resultados e conclusão.
- Artigos de Revisão: devem conter de forma sintetizada e estruturada: objetivo, métodos, resultados e conclusão.
- Descrição ou Avaliação de Experiências: devem conter de forma sintetizada e estruturada: objetivo, síntese dos dados e conclusão.

- O resumo deve conter até 250 palavras, e o abstract deve ser uma versão fiel do resumo em português.
- Descritores e Descriptors: inserir de 3 a 6 descritores, listados nos Descritores em Ciências da Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde (DeCS.bvs.br) ao final do resumo e do abstract, apresentados em português e em inglês.
- Apresentar ao final do resumo/abstract, o número do registro (NCT) obtido no cadastramento da pesquisa de Ensaio Clínico, em estudos de intervenção, em bases de dados internacional ou nacional.

Os autores devem cadastrar sua pesquisa em uma das seguintes bases de dados (website):

US National Library - ClinicalTrials.gov: <https://www.clinicaltrials.gov>

Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>

III. Texto

A estruturação do texto deve se adequar à norma Vancouver de texto, referencial teórico e ao tipo de artigo, conforme abaixo:

a) ARTIGOS ORIGINAIS:

Devem conter de forma sintetizada: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão.

a1. Introdução: Deve ser concisa e atualizada, mostrar evidência da relação do tema com promoção da saúde/saúde coletiva e conter a justificativa e os objetivos do trabalho ressaltando a relevância do tema investigado. Devem ser evitadas revisões extensas sobre o assunto, assim como adiantar resultados do estudo a ser descrito.

a2. Métodos: Devem descrever de forma sucinta: tipo de estudo, período e local do estudo, a população e amostra estudada, os critérios de seleção, procedimentos, técnicas, materiais e instrumentos utilizados e a estatística aplicada na análise dos dados, de forma a permitir a reprodução da pesquisa e a verificação da análise a partir desta descrição. Métodos e procedimentos estabelecidos devem ser citados com referências. Devem ser citados os fabricantes dos aparelhos e equipamentos e a origem do material utilizado. O número do Parecer de aprovação do Comitê de Ética do local do estudo deve ser incluído no último parágrafo dos métodos.

a3. Resultados: Devem ser descritos de forma objetiva e em sequência lógica. Deve ser evitada a repetição dos dados nas tabelas e figuras. Quando houver grande número de dados

tentar apresentá-los por meio de gráficos ao invés de tabelas, respeitando o número máximo de 5 figuras/tabelas.

a4. Discussão: Deve conter a análise interpretativa dos resultados, embasada por dados existentes na literatura atual (de preferência dos últimos cinco anos) e pertinente com o tema, enfatizando as novas informações obtidas no estudo, sua importância e suas implicações. Deve-se também ressaltar a correlação com promoção da saúde/saúde coletiva. Informar e discutir as limitações do estudo. A repetição de resultados ou de aspectos descritos em outras seções deve ser evitada. Texto em Vancouver.

a5. Conclusão: Deve conter de forma concisa a resposta aos objetivos propostos. A repetição de resultados ou de aspectos descritos em outras seções deve ser evitada.

Nos trabalhos com abordagem qualitativa, os resultados poderão ser descritos, analisados e discutidos conjuntamente, devendo neste caso receber a denominação: Resultados e Discussão.

Da mesma forma, serão aceitas: Considerações finais, substituindo a seção Conclusão, como forma de síntese dos objetivos alcançados.

Limite permitido de 6.000 palavras e 5 ilustrações. A contagem de palavras inclui o texto, agradecimentos e conflitos de interesse e referências.

b) ARTIGOS DE REVISÃO:

Devem conter uma introdução, na qual seja apresentada a fundamentação teórica da temática, abordando seus aspectos específicos justificando sua relevância. Deve estar evidente na introdução a relação do tema com a promoção da saúde/saúde coletiva.

Métodos devem descrever os procedimentos utilizados (fontes de busca onde foram coletados os dados, escolha e combinação dos descritores, período de publicação, critérios de elegibilidade, idioma).

Resultados devem apresentar a descrição dos principais achados e possíveis limitações das pesquisas encontradas; podem ser utilizados quadros para sumarização dos resultados.

Discussão deve conter a análise interpretativa e confronto dos resultados, embasada por dados existentes na literatura, enfatizando as novas informações obtidas no estudo, sua importância e suas implicações para a promoção da saúde/saúde coletiva. Seguir norma Vancouver.

Conclusão, baseada nos dados analisados e nos objetivos propostos.

Limite permitido de 8.000 palavras e 5 ilustrações. A contagem de palavras inclui o texto, agradecimentos e conflitos de interesse e referências.

c) DESCRIÇÃO OU AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS:

As descrições devem conter uma introdução, com fundamentação teórica sobre o assunto para situar o leitor quanto à importância do tema para promoção da saúde/saúde coletiva, a justificativa da experiência e os seus objetivos; Síntese dos dados, que pode ser subdividida em seções/tópicos, descrevendo a experiência e a prática à luz de teoria ou conceito que a fundamentem; e a conclusão, baseada nos dados analisados e nos objetivos propostos.

No caso de avaliação, devem-se seguir a mesma padronização recomendada para os artigos originais (introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão). A avaliação deve compreender aspectos positivos e negativos e dificuldades para sua realização. Sem resultados de pacientes.

Limite permitido de 4.000 palavras e 3 ilustrações. A contagem de palavras inclui o texto, agradecimentos e conflitos de interesse e referências.

IV. Agradecimentos e conflitos de interesse

Nesta seção incluir, de forma sucinta, colaborações que não justificam autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios institucionais, governamentais ou privados, sendo colocados antes das referências e quando absolutamente necessário.

Autores devem informar se o manuscrito apresenta relações que possam implicar em potencial conflito de interesse, sendo colocado antes das referências.

V. Referências

As referências bibliográficas devem estar após a seção conclusão ou agradecimentos com a mesma formatação recomendada para o restante do manuscrito, sendo dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente, sendo obrigatória a sua citação.

No texto, devem ser citadas por ordem de aparecimento, utilizando-se algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses.

A exatidão das referências constantes e a sua correta citação no texto são de responsabilidade do autor.

Aceitar-se-á um máximo de 20% de referencial advindo de livros, teses e dissertações. E no mínimo 60% de referencial dos últimos cinco anos (75% desejável), incluindo-se artigos de língua estrangeira.

Usualmente, o número de referências deve totalizar não mais que 60 para Artigos de Revisão e 40 citações para Artigos Originais e Descrição ou Avaliação de Experiências; sendo um mínimo aceitável de 20 referências.

Devem ser formatadas no estilo Vancouver, conforme os exemplos a seguir. Incluir todos os autores de cada artigo ou livro; em trabalhos com um grande número de autores, deverão ser listados os primeiros seis (6) seguidos de “et al.”. Referências já aceitas, mas ainda não publicadas podem ser incluídas, acrescentando a expressão no prelo, conforme exemplo a seguir.

Para maiores detalhes consulte os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, disponível no site: <http://www.icmje.org/#print> - IV.A.9.b. Reference Style and Format e acesso direto pela National Library of Medicine no site https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

V. 1. Artigos em periódicos:

Fuchs SC, Silva AA. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: uma visão global. Rev Bras Hipertens. 2011;18(3):83-8.

Leaning J, Guha-Sapir D. Global health: natural disasters, armed conflict and public health. N Engl J Med. No prelo 2013.

V. 2. Livro e Capítulo de livro:

Capítulo de livro:

Diniz EMA. Toxoplasmose congênita. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. Pediatria básica. São Paulo: Sarvier; 2008. p. 533-40.

Livro no todo:

Luna RL. Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Revinter; 2010.

V. 3. Evento (Anais/Proceedings de conferência):

Malecka-Tendera E, Klimek K, Matuski P. Obesity prevalence and risk factors in representative group of Polish 7 to 9 years old children [abstract]. In: 16th European Congress of Endocrinology;2003 Nov 13-14; Copenhagen; 2013.

V. 4. Dissertação e Tese:

Venancio SI. Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em cento e onze municípios do Estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.

V. 5. Artigo de revista ou monografia em formato eletrônico:

Melere C, Hoffmann JF, Nunes MAA, Drehmer ME, Buss C, Ozcariz SGI, et al. Índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2013 Nov 18]; 47(1):20-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100004&lng=en.

V. 6. Livro no formato eletrônico:

Livro eletrônico no todo:

Kapoor OP. Role of vegetarian diet in health and diseases [monography online]. India: Reddy 's Laboratories. [cited 2013 Nov 10]. Available from: URL: <http://www.bhj.org/books/diets/contents.htm>

Capítulo de livro eletrônico:

Banka NH. Vegetarianism and the liver. In: Kapoor OP. Role of vegetarian diet in health and diseases [monography online] India; Reddy's Laboratories. [cited 2013 Nov 10]. Available from: URL: <http://www.bhj.org/books/diets/chap6.htm>

Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.

VI. Ilustrações (Tabelas, Quadros e Figuras)

As tabelas, quadros e figuras devem ser utilizadas para facilitar a apresentação de dados. Respeitar o limite de 5 no total. Deve conter título explicativo (o que, onde, quando), com legenda disposta adequadamente.

Fotografias, gráficos e desenhos devem constar no manuscrito como figuras.

Quando houver grande número de dados, preferir os gráficos ao invés de tabelas. Deve-se evitar a repetição dos dados (texto, tabelas e gráficos).

Cada tabela, quadro e figura deve ser apresentada de forma ordenada de acordo com seu aparecimento no texto.

As tabelas e quadros devem ser numeradas com algarismos romanos e as figuras com algarismos arábicos (Ex. Tabela I, II, III ...; Figura 1, 2, 3 ...).

Cada tabela, quadro ou figura deve conter a respectiva legenda. Esta deve ser clara e objetiva, de forma a permitir a compreensão da tabela ou figura, independente do texto. Figuras que necessitam de digitalização (Ex. fotografias, desenhos) devem ter suas legendas em página própria, devidamente identificada com os respectivos números. As figuras devem ser originais e de boa qualidade. O significado das letras, siglas e símbolos deve constar nas legendas. As figuras deverão ser encaminhadas em preto e branco ou tons de cinza.

No caso de uso de figuras ou tabelas publicadas previamente por outro autor, é necessário enviar a permissão dos editores para sua reprodução.

VII. Abreviações e siglas

O uso de abreviações e siglas deve ser mínimo, sendo evitadas no título e resumo. Quando utilizadas, devem ser definidas na sua primeira menção no texto, colocada entre parênteses.

VIII. Análise de similaridade

O manuscrito deve citar fontes corretamente na transcrição, escrevendo com suas palavras.

Se reproduzir a ideia de terceiros deve citar a fonte.

Não deve ter erro de citação nem parágrafos idênticos ao publicado em outras fontes.

Todos os manuscritos da RBPS passam por ferramenta de análise de similaridade.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.

Neste trabalho existe informação sobre conflitos de interesse.

Foi realizada referência a fontes financiadoras da pesquisa. (Caso se aplique)

Declaração de Responsabilidade e de Direitos Autorais assinada por todos os autores com indicação da contribuição de cada autor.

Está enviando cópia do Parecer de aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa. (Caso se aplique)

Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word com espaço duplo; usa fonte Times New Roman tamanho 12.

Incluiu o resumo com no máximo 250 palavras, e o abstract.

Incluiu 3 a 6 descritores/ descriptors no final do resumo/ abstract.

De acordo com o tipo de artigo (artigo original, artigo de revisão e descrição e avaliação de experiências), constam todos os itens obrigatórios do texto.

O manuscrito segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores.

As referências bibliográficas estão formatadas no estilo Vancouver e seguem as normas da RBPS.

Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.

Os quadros, tabelas e figuras seguem as normas da RBPS.

Se for o caso, enviar a permissão dos editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas previamente.

As abreviações e siglas seguem as normas da RBPS.

Se for o caso, em estudos de intervenção, apresentou o número do registro de ensaios clínicos conforme as normas.

Declaração de Direito Autoral

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à RBPS, não sendo permitida sua apresentação a outro periódico.

Junto ao envio do manuscrito, autores devem encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Direitos Autorais assinada por todos os autores, bem como, sua contribuição individual na confecção do mesmo e deverá ser enviada no formato pdf.

O autor poderá depositar a versão final do artigo, com revisão por pares “postprint” em qualquer repositório ou website de acordo com a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.