

Compartilhamento do cuidado da pessoa com HIV/Aids: olhar direcionado ao adulto jovem

Care sharing for people with HIV/AIDS: a look targeted at young adults

La distribución del cuidado de la persona con VIH/Sida: una mirada hacia el adulto joven

Bruna Coelho¹

ORCID: 0000-0003-4834-3312

Betina Hörner Schlindwein Meirelles¹

ORCID: 0000-0003-1940-1608

¹ Universidade Federal de Santa Catarina,
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Como citar este artigo:

Coelho B, Meirelles BHS. Care sharing for people with HIV/AIDS: a look targeted at young adults. Rev Bras Enferm. 2019;72(5):1341-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0248>

Autor Correspondente:

Bruna Coelho
E-mail: bruninhacoelho@gmail.com



Submissão: 23-04-2018 **Aprovação:** 10-11-2018

RESUMO

Objetivo: Compreender o compartilhamento do cuidado à pessoa vivendo com HIV/Aids, com destaque ao adulto jovem e à estruturação de linha de cuidado na capital catarinense. **Método:** Pesquisa qualitativa, ancorada pela teoria fundamentada nos dados, os quais foram coletados na Rede de Atenção à Saúde de Florianópolis, totalizando 19 participantes distribuídos em dois grupos amostrais. A coleta e a análise dos dados se deram concomitantemente, com método de análise comparativa. **Resultados:** O município de estudo passa por transição no modelo de atenção às pessoas com HIV/Aids, em especial aos adultos jovens, cujo cuidado se compartilha dentro da Rede de Atenção à Saúde. **Considerações finais:** No município de estudo, tem-se a inclusão do manejo do HIV nos serviços da atenção primária, concomitantemente ao estabelecimento de modelo assistencial matriciado e mais resolutivo. Desta forma, o cuidado desta população compartilha-se nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

Descritores: Adulto Jovem; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Enfermagem; Saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand the care sharing for people living with HIV/AIDS, especially young adults, as well as the structuring of the line of care in the capital of Santa Catarina. **Method:** Qualitative research, anchored by theory based on data collected in the Health Care Network of Florianópolis, totaling 19 participants distributed between two sample groups. The data collection and analysis were concomitant, with comparative analysis method. **Results:** The municipality has been transitioning in the health care model for people with HIV/AIDS, especially young adults, whose care is shared within the Health Care Network. **Final considerations:** In the municipality, there is the inclusion of management of HIV in primary health care services along with the establishment of a more resolute care model. Thus, the care of this population is shared in different points of the health care network.

Descriptors: Young Adult; HIV; Acquired immunodeficiency Syndrome; Nursing; Health.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la distribución del cuidado a la persona con convive con VIH/Sida, enfocándose en el adulto joven y en la estructuración de una línea de cuidado en la capital catarinense (Brasil). **Método:** Investigación cualitativa, con base en la teoría fundamentada en los datos, que fueron recolectados en la Red de Atención a la Salud de Florianópolis, con un total de 19 participantes distribuidos en dos grupos de muestreo. La recolección de los datos y su análisis fueron simultáneos al análisis comparativo. **Resultados:** El municipio en cuestión pasa por la transición en el modelo de atención ofertado a las personas con VIH/Sida, principalmente a los adultos jóvenes, quienes reciben un cuidado que se distribuye dentro de la Red de Atención a la Salud. **Consideraciones finales:** En el municipio en cuestión, hay la inclusión del manejo del VIH en los servicios de atención primaria, al mismo tiempo que el establecimiento del modelo asistencial matricial y más resolutivo. De esta forma, el cuidado de esta población está distribuido en los diferentes aspectos de la red de atención a la salud.

Descriptorios: Adulto Joven; VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Enfermería; Salud.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), teve seus primeiros casos no início da década de 1980. O surgimento da Terapia Antirretroviral (Tarv) modificou a história da infecção pelo HIV. A Aids, que antes era compreendida como uma doença letal, passou a ser uma condição crônica, permanente, passível de controle, necessitando-se dispensar orientações específicas ao paciente⁽¹⁾.

Na reunião da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), em 2014, com a participação de países da América Latina e Caribe, foram estabelecidas três metas para o monitoramento de etapas fundamentais da cascata de cuidado contínuo do HIV, a qual tem por base o cuidado continuado das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA); permitindo calcular, com base no número estimado de PVHA, a proporção de pessoas com diagnóstico de HIV em tratamento antirretroviral e com supressão da carga viral. Tais metas são chamadas de metas 90-90-90, nas quais os países devem atingir, até 2020: 90% das PVHAs diagnosticadas; 90% das PVHA diagnosticadas em terapia antirretroviral; e 90% das PVHAs em terapia com supressão viral⁽²⁾.

Desde a descoberta do HIV, houve um movimento pela humanização na prestação da assistência em saúde na atenção primária e alguns avanços no processo de acolhimento e escuta qualificada, buscando a oferta de um serviço resolutivo a suas demandas e acesso aos serviços de saúde⁽³⁾. Para a equipe multiprofissional atingir a meta 90-90-90 e proporcionar uma atenção de qualidade às PVHA, é fundamental a atuação em redes de saúde ser guiada por uma linha de cuidado específica para esta população e, para isso, são necessários conhecimentos referentes à gestão do cuidado.

Neste sentido, o conceito de gestão do cuidado pode ser compreendido por meio de suas dimensões, sendo elas: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Apresentadas como círculos concêntricos, a dimensão central é a individual e a mais ampla, que envolve os demais círculos, é a societária. Essas dimensões são interligadas como compartimentos crescentes, envoltas umas nas outras⁽⁴⁾.

Tendo em vista que a gestão do cuidado é um arranjo complexo e multidimensional, considera-se trabalhar com a perspectiva das redes. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, contemplando as diversas densidades tecnológicas que, interligadas por sistemas de apoio, buscam garantir um cuidado integral. Na RAS, a atenção básica é estruturada como a principal porta de entrada do sistema, sendo esta composta por equipe multidisciplinar que presta atendimento a toda a população. Os últimos protocolos preconizam o atendimento à saúde do usuário com HIV/Aids integrado na RAS, tendo como guia a linha de cuidado à PVHA com o envolvimento, em especial, da atenção básica com o suporte da atenção especializada, num cuidado compartilhado⁽⁵⁻⁶⁾.

Tais linhas são potentes ferramentas de gestão para a reorganização do processo de trabalho, de forma a atender às necessidades de saúde da população com integralidade, operando de forma sistêmica, incorporada como algo inerente aos serviços de saúde e com intervenções multidisciplinares⁽⁷⁾.

OBJETIVO

Compreender o compartilhamento do cuidado da pessoa vivendo com HIV/Aids, com destaque para o adulto jovem, e a estruturação de linha de cuidado em município prioritário do Sul do Brasil.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Os dados apresentados constituem recorte de dissertação desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Atendendo aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, seguindo os preceitos éticos da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e privacidade.

Tipo de estudo

Pesquisa qualitativa com aporte metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A TFD busca, a partir da compreensão dos fenômenos emergidos das interações entre as pessoas, descobrir ou criar uma teoria, um conjunto de categorias bem desenvolvidas sistematicamente e inter-relacionadas por meio de interações e declarações de relações⁽⁸⁾.

Procedimentos metodológicos

Conforme preconizado pelo método, a coleta e a análise dos dados ocorreram simultaneamente. Os dados foram coletados de julho a setembro de 2017, com entrevistas abertas e em profundidade, gravadas com dispositivo áudio digital e, posteriormente, transcritas na íntegra para o processo de análise dos dados. A seleção dos participantes foi de caráter intencional, sendo estes convidados a participar da pesquisa por meio de contato telefônico e/ou por *e-mail*.

Cenário do estudo

O cenário de estudo foi a Rede de Atenção à Saúde da capital catarinense, considerada como município prioritário pelo Ministério da Saúde nas ações de prevenção e controle.

Fonte de dados

A amostragem teórica contou com a participação de 19 profissionais da RAS de município prioritário, distribuídos em dois grupos amostrais. Como critério de exclusão, considerou-se como profissional eliminado aquele que estivesse afastado do serviço, independente da causa, durante o período de coleta de dados, a qual deu-se por encerrada quando atingida a saturação teórica, sendo esta considerada a repetição das informações e ausência de novos elementos relevantes para a pesquisa e compreensão do fenômeno.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira para caracterização dos sujeitos e, na segunda, a entrevista em profundidade semiestruturada. As entrevistas ocorreram no período compreendido entre julho e setembro de 2017, tendo duração média de 30 minutos.

A entrevista se iniciava com uma questão norteadora: "Fale-me sobre o significado da gestão do cuidado para você, em especial, na adesão à Tarv dos adultos jovens com HIV/Aids". E, no decorrer da entrevista, de acordo com a especificidade de cada grupo amostral, novas questões foram levantadas para responder ao objetivo do estudo. O primeiro grupo amostral foi composto por 14 profissionais de duas policlínicas do município, sendo quatro médicos, quatro enfermeiros, quatro farmacêuticos e dois coordenadores com formação em Enfermagem. Os dados coletados neste grupo direcionaram para o nível gestor na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pois apontaram um processo de reestruturação do cuidado à PVHA com a implantação da linha de cuidado que se iniciou no nível organizacional por meio de um projeto piloto em andamento no município, o qual relaciona-se ao compartilhamento do cuidado da PVHA e dos adultos jovens dentro da RAS do município, sendo, num primeiro momento, os médicos de ESF e os infectologistas os principais envolvidos.

O segundo grupo totalizou cinco entrevistados. Este contou com a participação de três profissionais de pontos estratégicos da SMS: dois médicos e um enfermeiro, somando-se a eles mais dois médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Análise dos dados

Para o processo de análise dos dados foi utilizado o método de análise comparativa constante, no qual o pesquisador compara as incidências dos dados, desenvolvendo categorias conceituais para a compreensão do evento estudado. Foi utilizado o *software* NVivo® 10 para contribuir na organização dos dados no processo de codificação. A análise dos dados seguiu as três etapas de codificação apresentadas por Corbin e Strauss (2015), sendo elas: codificação aberta, codificação axial e integração. A codificação aberta é a fase de identificação dos conceitos por meio do agrupamento em categorias conforme suas similaridades. Em seguida, tem-se a fase de codificação axial, na qual as categorias e subcategorias são relacionadas entre si, buscando explicação mais aprofundada dos dados. Por fim, na etapa de integração, as categorias são interligadas em torno de uma categoria central, na qual surgiu o fenômeno.

Para condução da investigação e desenvolvimento da teoria foi utilizado o modelo paradigmático proposto pelos autores. Este é um esquema para organização e relacionamento das categorias e contribui com a organização dos dados sistematicamente, colaborando para a manifestação do fenômeno. O paradigma é composto pelos seguintes componentes: condições, ações-interações e consequências⁽⁸⁾.

Este estudo evidenciou o fenômeno: "Compreendendo o compartilhamento do cuidado à pessoa vivendo com HIV/Aids, com destaque ao adulto jovem, alicerçada na gestão do cuidado realizada pelos profissionais da Rede de Atenção à Saúde".

RESULTADOS

O fenômeno deste estudo sustenta-se por três componentes, conforme o modelo paradigmático, sendo eles: condições, ações-interações e consequências.

No componente *condições*, encontram-se explicações do porquê, como, quando e de que forma as pessoas respondem ao fenômeno do estudo. A primeira subcategoria levantada foi "Substituindo o Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids por outra forma de organização dos serviços". Nesta subcategoria, todos os profissionais dos grupos amostrais afirmaram que o município de estudo não trabalhava mais com a perspectiva de um SAE em HIV/Aids, sendo que o atendimento a esta população era feito com o compartilhamento do cuidado da PVHA na RAS.

Nós não trabalhamos com ideia de SAE, como os municípios trabalham. Nós temos uma outra forma de enxergar ele. É uma forma que a gente acha mais desafiadora, que é mais difícil de organizar, mas ela é mais sustentável. (E15G2)

As mudanças ocorridas na linha de cuidado da PVHA no município objetivam atingir a meta 90-90-90, reconhecida pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid). Outra subcategoria destacada na etapa de condições do modelo paradigmático foi: "Reconhecendo a Meta 90-90-90", na qual aparece a percepção de alguns entrevistados quanto à necessidade de cumprimento desta meta até 2020.

No atual modelo de cuidado à saúde do município, a atenção primária ainda desenvolve seu papel, principalmente no primeiro 90 da meta, atuando prioritariamente na oferta de diagnóstico de HIV por meio da realização de teste rápido. Porém, ainda está reestruturando a linha de cuidado à PVHA e, para o adulto jovem, proporcionando mais autonomia para a atenção primária poder atuar nos três pontos da meta 90-90-90.

Ainda, seguindo o modelo paradigmático para descrição do fenômeno, temos o componente *ações-interações*, que corresponde à resposta expressa pelas pessoas ou grupos aos eventos ou situações problemáticas ocorridos em sua vida. Nesta fase, identificamos a subcategoria "Reconhecendo as medidas para ampliação do acesso das PVHAs aos serviços de saúde".

Os profissionais dos diferentes grupos amostrais relataram que, para poder incentivar a adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos jovens com HIV/Aids, é necessário proporcionar acesso a esta população, o qual foi referido por eles como a disponibilidade do profissional para atender às demandas do usuário quando ele necessita.

Eu acho que, em primeiro lugar, é dar acesso. Acesso para consultas, para a retirada de dúvidas, para poder avaliar algum efeito colateral quando o paciente tem. Então, a gente começa a garantir a adesão do paciente [...]. (E19G2)

Alguns entrevistados relataram que, para a ampliação do acesso ao cuidado das pessoas com HIV/Aids, com destaque aos adultos jovens, é necessário direcionar o atendimento desta população para a atenção primária. Contudo, preconizaram a assistência compartilhada em rede. Nesta perspectiva, a atenção primária e a secundária se comunicam para melhor gerir o cuidado.

Então, acho que trazer o HIV para a atenção primária é uma forma de direcionar o que vai para o especialista, e o especialista fazer o cuidado compartilhado com a atenção primária. (E16G2)

Além de direcionar o adulto jovem com HIV/Aids e as PVHAs para a atenção primária, faz-se necessário reconhecer as necessidades de cada indivíduo e saber se utilizar dos serviços disponíveis na rede, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Para que o profissional na Unidade Básica de Saúde (UBS) possa assumir o cuidado do adulto jovem com HIV/Aids e demais usuários com este diagnóstico, é importante a capacitação das equipes da ESF, pois, para prestar um cuidado de qualidade, os profissionais devem sentir segurança no trabalho que estão desenvolvendo.

[...] a capacitação mesmo dos profissionais. Bom, nem todo mundo tem treinamento, ou tem facilidade em fazer manejo desses pacientes. Esse é um ponto que a gente tem trabalhado na rede, que é periodicamente fazer o treinamento dos profissionais da primária conforme o protocolo de acesso da especialidade. (E17G2)

Tendo em vista o cuidado na atenção secundária, algumas estratégias fazem-se necessárias para melhorar o acesso dos usuários com HIV/Aids ao serviço. Os gestores municipais e coordenadores das policlínicas destacam a necessidade de ter, no mínimo, um infectologista, uma Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM) e um Laboratório de Saúde Pública (Lamuf) em cada policlínica. O infectologista e o Lamuf já estão presentes nas quatro policlínicas do município; o objetivo atual da SMS é ampliar a distribuição da Tarv, aumentando o número de UDMs, que hoje estão localizadas apenas em duas policlínicas.

Tem todo um projeto [...] de descentralização, de cada policlínica ter um infecto, ter uma UDM e ter um ponto de coleta do LAMUF. Assim, o paciente fica vinculado à sua Unidade de Saúde da Família e quando precisa da atenção especializada está no seu distrito. (E13G1)

A ampliação da realização do teste rápido para diagnóstico de HIV já foi conquistada no município, pois todas as unidades básicas de saúde disponibilizam os testes, que são aplicados por livre demanda e realizados pela equipe de enfermagem capacitada para o desenvolvimento do procedimento. Esta medida atinge diretamente o primeiro 90 da meta 90-90-90.

Com a indicação da Tarv para todos os usuários, independente da contagem do CD4, identificou-se a necessidade de descentralizar o cuidado. Dessa forma, no município, inicia-se um projeto piloto para incluir a PVHA e os adultos jovens com HIV/Aids dentro da RAS, considerando a atenção primária como articuladora do cuidado ao usuário em tratamento.

O projeto piloto proposto pela SMS teve início com discussões sobre o protocolo de acesso utilizado pelo município, junto a especialistas e com a atenção primária a nível central. Foi feito um levantamento das unidades básicas que tinham interesse em participar do projeto e identificou-se que quase metade da rede tinha ao menos um médico da ESF em sua unidade que já estava fazendo manejo, ou seja, já estava iniciando a terapia antirretroviral. Então, reuniu-se esse grupo de profissionais interessados na realização do manejo das PVHAs e dos adultos jovens e, assim, deu-se início a um projeto piloto no município. Os médicos da ESF,

juntamente com os especialistas infectologistas, foram reunidos para trabalhar no protocolo de acesso para a PVHA. Esses primeiros profissionais começaram a participar do matriciamento.

O matriciamento é a ferramenta de contato entre os profissionais da atenção primária e secundária. Ele ocorre institucionalmente por meio de troca de informações por *e-mail* entre ESF e infectologistas. Existe uma escala entre estes últimos, na qual cada um tem um horário para atender às demandas matriciais. Além da comunicação por *e-mail*, em alguns casos ocorre orientação via Whatsapp. A resposta no *e-mail* matricial é feita para que o médico da ESF receba a avaliação do caso e esta mesma resposta também fica registrada no prontuário do usuário (Infosaúde).

[...] a gente criou um serviço de apoio matricial, via e-mail institucional, para que essas equipes possam consultar o especialista para tirar dúvida e encaminhar realmente aqueles casos que têm indicação, que têm critério. (E17G2)

No novo modelo de atenção à PVHA adotado pelo município, que é comum a todas as faixas etárias, o cuidado do usuário passa a ser compartilhado dentro da RAS. Para que esse compartilhamento seja eficiente e eficaz, é necessário que haja uma boa referência e contrarreferência. O referenciamento vai de acordo com o protocolo de acesso, tendo o apoio matricial quando necessário. A volta deste usuário para a equipe da ESF ainda não é tão frequente, até porque este é um projeto recente no município. Os entrevistados relataram que a contrarreferência fica registrada no prontuário eletrônico do paciente, o Infosaúde, pois este é comum nos diferentes pontos da RAS municipal, facilitando o retorno para os profissionais. Desta forma, compreendiam a importância de um bom registro da consulta e plano de tratamento para que o médico da ESF pudesse se guiar.

No modelo paradigmático, o último componente para compreensão do fenômeno de estudo são as *consequências*, que se referem aos resultados previstos ou reais levantados pelos sujeitos do estudo. Como subcategoria incluída neste componente, temos "Significando a adesão e a relevância de cuidado compartilhado da PVHA em município prioritário do Sul do Brasil". Com o número de casos novos de pessoas com HIV, os gestores municipais identificam a necessidade de a atenção primária atender tal população, tendo em vista que a equipe da ESF deve atuar diante dos problemas de saúde mais frequentes e, atualmente, vivemos uma epidemia do HIV.

A atenção primária é responsável pelos problemas de saúde mais frequentes da sua população, se o HIV é um dos problemas mais frequentes da nossa população, então isso é sim responsabilidade da atenção primária. (E15G2)

O direcionamento do cuidado da pessoa com HIV para a atenção primária, incluindo os adultos jovens, busca contextualizar o indivíduo em seu contexto de vida e social. Quando se fala de sujeito, se fala de família e comunidade. Então, o cuidado da equipe da ESF consegue, por estar estrategicamente inserido no território, compreender a situação de vida dos sujeitos presentes em sua área de abrangência. É importante que a equipe da atenção primária estabeleça o vínculo com seus usuários, o que facilita o acompanhamento.

Quando aproximamos ele da primária, a gente também está pensando num conjunto maior de ações que envolve esse sujeito, que envolve a família, que envolve o contexto que ele vive [...] a gente está levando esse sujeito para aquela realidade que ele vive. (E17G2)

Outra consequência deste processo de mudanças é a subcategoria “Compreendendo a reestruturação da linha de cuidado à PVHA no município e sua ampliação”. Neste item, observa-se que os profissionais compreendiam tal mudança na linha de cuidado para a PVHA e acreditavam que ela é necessária para poder melhorar o cuidado prestado aos usuários de saúde do município. Esse atendimento em rede é visto como mais sustentável, mas necessita de um fio guia, reconhecido pelos entrevistados como a linha de cuidado. A alteração que está ocorrendo em relação ao cuidado da PVHA não é direcionada para o objeto foco deste estudo, que são os adultos jovens, mas repercute intensamente no cuidado dessa população.

É uma estratégia de apropriação do cuidado do HIV, por toda essa rede, que é preciso que trabalhe interconectado. Então, a gente está num processo de reestruturação da comunicação entre os diferentes profissionais que fazem parte desse cuidado, isso acaba sendo promissor nesse sentido, de realmente estar construindo uma linha de cuidado, dar um atendimento. (E15G2)

Para finalizar, a última subcategoria levantada no tópico consequência foi: “Descentralizando o cuidado para diferentes níveis de atenção”. O município está conquistando uma nova estratégia de cuidado da pessoa vivendo com HIV/Aids. Com todo o processo de reestruturação da linha de cuidado à PVHA e com este projeto piloto em andamento, os profissionais conseguem reconhecer as melhorias que já foram alcançadas. Entende-se, pelas falas dos entrevistados, que está acontecendo o processo de avaliação e de reestruturação concomitantemente com o desenvolvimento do projeto, possibilitando, com esta prática, a realização dos ajustes necessários.

Pensando nas mudanças implementadas no tratamento dessa população, no aumento do número de casos e no sigilo desses usuários, os gestores a nível de SMS identificaram a necessidade de atuar em toda a RAS. Com base neste entendimento, o município vem passando por um processo de descentralização e compartilhamento do cuidado na RAS, focando no redirecionamento do cuidado da PVHA para a atenção primária, com retaguarda do NASF, e da atenção secundária via matriciamento e referência, melhorando o acesso e a integralidade das ações.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam a importância do compartilhamento do cuidado da pessoa vivendo com HIV/Aids e a reestruturação da linha de cuidado para essa população. Tem-se o desafio da mudança do modelo de atenção às PVHA, dos serviços especializados, como o SAE para os demais pontos da rede de atenção, em especial a atenção básica. Consequência do avanço do cuidado às PVHAs e da simplificação do tratamento antirretroviral, a infecção pelo HIV passou a ser considerada uma condição crônica e o modelo centrado unicamente em serviços

especializados passou a apresentar falhas. Diante disto, desde 2014, o Ministério da Saúde passou a incentivar o compartilhamento da gestão do cuidado das pessoas com HIV entre a atenção primária e secundária⁽¹⁾.

Estudo referente à atenção à saúde da criança e adolescente com HIV, realizado em Santa Maria, no Rio Grande do Sul, traz a importância da descentralização do cuidado às PVHAs e compara a qualidade dessa atenção entre os tipos de serviços da rede do município. Reforça a necessidade de ampliação da comunicação entre os diferentes níveis de atenção e o serviço municipal, destacando a necessidade do reconhecimento da atenção primária como um espaço integrante da promoção à saúde das crianças e adolescentes com HIV⁽⁹⁾.

Também uma pesquisa realizada em Porto Alegre reconhece a importância da Atenção Básica (AB) no acesso ao diagnóstico de HIV, identificando convergências e divergências nas políticas de saúde na realização da testagem na AB. Entre as convergências, está a disponibilização à população de acesso ao diagnóstico e prevenção em serviço próximo de sua residência. Como divergência, citam-se as tensões quanto ao estigma e sexualidade, restringendo o acesso à unidade de saúde⁽¹⁰⁾.

Uma revisão da produção científica sobre o acesso aos serviços de saúde no Brasil⁽¹¹⁾ apresenta o conceito de acesso como uma construção social, multidimensional, sendo determinado pelo contexto sociocultural que configura as necessidades de saúde⁽¹²⁾. Neste sentido, na discussão referente ao relacionamento entre acesso e descentralização dos serviços, por meio de uma visão sistêmica da atuação em RAS, deve ser trabalhada a questão de conectividade da rede para se poder proporcionar acesso à população⁽¹¹⁾.

Estudo realizado com objetivo de compreender como as pessoas com HIV/Aids manejam seu cuidado e suas perspectivas de integração do cuidado identifica que estas escolhem o local para realizarem o cuidado em saúde mediante as facilidades de acesso a este, não sendo necessariamente considerada a distância entre o domicílio e o serviço de saúde como critério determinante dessas facilidades, sendo reconhecido o entendimento multidimensional de acesso⁽¹³⁾.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas que atuam sem hierarquia entre os pontos de atenção, proporcionando atenção contínua entre os níveis de assistência, tendo a atenção primária a função de coordenadora da rede. O trabalho em RAS busca organizar a atenção em saúde em forma de sistemas integrados que permitam responder às necessidades de saúde da população. É nos diferentes pontos da rede que podemos ampliar e facilitar o acesso da população aos serviços de saúde⁽⁶⁾.

Para a equipe multiprofissional atingir a meta 90-90-90 e proporcionar uma atenção de qualidade às PVHAs, é fundamental a atuação em redes de saúde guiada por uma linha de cuidado específica para esta população e, para isso, realizam medidas de gestão do cuidado. Nos resultados deste estudo consegue-se observar os diferentes níveis de gestão nas falas dos entrevistados, podendo identificar seu papel dentro da RAS.

A gestão do cuidado, em suas múltiplas dimensões (individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária), é a disponibilização das tecnologias de saúde conforme as necessidades de cada sujeito, buscando proporcionar bem-estar, autonomia

e segurança para o viver nas diferentes fases da vida. Dispostas em círculos concêntricos, interligadas entre si durante o cuidado do usuário, a dimensão central é a individual e a dimensão que engloba todos os outros círculos/dimensões é a societária⁽⁴⁾. Assim, tenta atender a todas as dimensões do cuidado.

Tendo em vista o conceito multidimensional de gestão do cuidado proposto⁽⁴⁾ e a concepção multidimensional de acesso⁽¹²⁾, discute-se a questão das redes de atenção e o cuidado compartilhado em HIV/Aids com um olhar para o pensamento complexo proposto por Edgar Morin. A complexidade traz o entendimento de que o todo não é redutível às partes. Que a especialização e a individualização são duas necessidades antagônicas e complementares. Assim, compreendemos que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e que o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes. O pensamento complexo articula o que foi separado para buscar compreender a multidimensionalidade, que o ser humano é múltiplo e integral, mas também singular, que tem sua localidade e temporalidade e, para nunca esquecermos, sua totalidade integradora. O pensamento complexo é aquele que reconhece os fenômenos multidimensionais tendo em vista o todo e as partes, em vez de isolar cada uma de suas dimensões⁽¹³⁾. Conceitos que são importantes na implantação das linhas de cuidado, que envolvem múltiplas relações e interações.

Nessa perspectiva, as redes têm sido propostas para lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção em saúde, onde há interação de diferentes agentes e se manifesta uma crescente demanda por ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde e por participação da sociedade.

Ao direcionar o atendimento da PVHA para a atenção primária, acredita-se que, por estar mais próxima territorialmente, a equipe da ESF pode reconhecer as necessidades de seus usuários, podendo aproveitar os demais recursos e serviços disponíveis na rede, como o NASF, que é considerado como um apoio da ESF, pois atuam em conjunto como equipe multiprofissional dentro da RAS, compartilhando conhecimento e práticas de saúde no trabalho diário em cada território, ofertando uma abordagem mais integral do cuidado das PVHAs vinculada à atenção primária⁽¹⁵⁾.

Estudo qualitativo realizado em Porto Alegre sobre o processo de descentralização do diagnóstico de HIV e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/Aids para a atenção básica – com grupos focais amparados por equipes de uma unidade básica de saúde – traz relato de projeto piloto realizado e conclui que a efetivação do compartilhamento das PVHAs na RAS tem maiores condições de ocorrer sob a perspectiva de corresponsabilidade, em vez de transferência de responsabilidade entre os profissionais. Este fato também é identificado nos achados em nosso estudo, no qual percebem-se, nas falas dos entrevistados, o compartilhamento do cuidado e a corresponsabilidade referente aos diferentes sujeitos envolvidos⁽¹⁶⁾.

Os resultados do estudo anteriormente citado corroboram com os achados deste nosso estudo, na medida em que trazem a implantação de um projeto piloto semelhante ao da capital catarinense. Em seus resultados, mostram-se dificuldades e fatores que impulsionam a descentralização do cuidado da PVHA e isto pode contribuir com as fases futuras de tal ação na capital catarinense⁽¹⁶⁾.

De acordo com o Ministério da Saúde, são traçados cinco passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na atenção básica. Primeiramente, é necessário estabelecer meios de classificação de risco, ou seja, quais pessoas com HIV serão manejadas para a atenção primária e quais deverão ser encaminhadas para seguimento na atenção secundária⁽¹⁷⁾. Observamos que o município elaborou um protocolo de acesso definindo quais usuários podem ser acompanhados pela ESF e quais devem ser seguir para a atenção especializada.

O segundo passo é a qualificação dos profissionais para o manejo da infecção pelo HIV, também identificado com capacitações e reuniões entre profissionais participantes do projeto piloto que direciona o cuidado da PVHA para a atenção primária. O terceiro passo refere-se ao suporte técnico aos trabalhadores, pois é importante que o profissional de saúde tenha o apoio de outros com experiência no manejo da infecção pelo HIV⁽¹⁷⁾. No município em estudo, identifica-se que o principal suporte do profissional da atenção básica é por meio do matriciamento.

O quarto passo é que, além dos testes rápidos para diagnóstico do HIV e exames básicos, as Unidades de Saúde devem disponibilizar acesso aos exames de CD4 e Carga Viral (CV)⁽¹⁷⁾. Um estudo foi realizado em Fortaleza, no período de 2012 a 2014, e descreve a percepção de mulheres profissionais do sexo quanto ao acesso ao exame para teste rápido de HIV na atenção primária. Os autores identificam em seus resultados que foram conquistados avanços no diagnóstico precoce do HIV; porém, trazem a necessidade de ampliar a cobertura de testagem, principalmente tendo em vista as conquistas estabelecidas com relação ao uso de antirretrovirais. Percebem que, mesmo diante dos avanços referentes à disponibilização de testes rápidos na atenção básica, estes ainda estão sendo realizados, principalmente, nas testagem direcionadas ao pré-natal⁽¹⁸⁾. No local de estudo, a realização de teste rápido pode ser feita tanto nas UBS quanto nos CTAs, sendo incentivada cada vez mais pelos médicos da ESF a inclusão do teste rápido como exame de rotina, principalmente para a população de adultos jovens. O município também conta com Lamuf em todas as policlínicas, para testagem de CV e CD4.

Alguns fatores importantes para acompanhamento da adesão ao tratamento antirretroviral e acompanhamento do estado da infecção são: consulta ao prontuário do usuário, contagem de CD4+ e carga viral e retirada de medicação na UDM⁽¹⁹⁾.

O quinto passo da cartilha do Ministério da Saúde trata da viabilização de acesso aos antirretrovirais⁽¹⁷⁾. O último protocolo brasileiro e seu anterior recomendam que a Tarv deve ser estimulada a todas as PVHAs, pois, além do provável impacto clínico favorável, seu início precoce é importante para a redução da transmissão⁽²⁰⁾. Apenas duas UDMs para dispensação de antirretrovirais estavam ativas no município estudado. Está prevista a ampliação, tendo por objetivo dispor uma UDM em cada policlínica.

Corroborando com esta pesquisa, em estudo comparativo 2007/2010 no SUS, pesquisadores identificaram que a capacidade da atenção primária para gerir o cuidado dos usuários e criar mecanismos e fluxos de diálogo com os serviços especializados da RAS vem sendo levantada como falha, interferindo negativamente no cuidado dos usuários. Ainda nesta mesma pesquisa, identificaram a importância dos sistemas informatizados como ferramentas de apoio para gestão do cuidado, permitindo a

união dos dados clínicos para consulta nos diferentes pontos da RAS, mas, por mais que os sistemas informatizados – como o prontuário eletrônico – estejam sendo usados nos diversos setores, reconheceram a fragilidade dos registros, que interferem no cuidado do paciente⁽²¹⁾.

Para finalizar, um item que se destacou na fala dos profissionais deste estudo foi o vínculo como forma de estabelecer uma linha de cuidado em HIV/Aids. Podemos definir vínculo como algo que une as pessoas e proporciona uma aproximação mais efetiva entre usuário e profissional, fortalecendo laços interpessoais. O fortalecimento do vínculo entre a equipe de ESF e o usuário é de extrema importância, pois favorece a produção do cuidado mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos. Neste estudo, o vínculo também aparece como uma palavra-chave para o cuidado, referida pelos profissionais nas entrevistas, propiciando melhor adesão do usuário com HIV/Aids ao Tarv. É por meio do vínculo profissional-usuário e do vínculo profissional-profissional que o compartilhamento do cuidado da PVHA se concretiza. É entre as ações-interações que o acesso ao cuidado de qualidade à Pessoa Vivendo com HIV/Aids será conquistado⁽²²⁻²³⁾.

Limitações do estudo

Identificou-se como limitação o baixo número de referências bibliográficas para discussão relacionadas ao cuidado à PVHA e ao adulto jovem na atenção primária. A literatura encontrada referente à temática ainda está limitada a materiais oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde.

Contribuições para a área de Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Destaca-se a importância dos resultados apresentados nesta pesquisa, considerados como um avanço no cuidado integral às pessoas com HIV/Aids na rede de atenção à saúde e respondendo aos anseios do Ministério da Saúde na implantação de um novo modelo assistencial. Acredita-se que esta pesquisa possa servir como um incentivo a outros pesquisadores para estudarem tal tema, que é visto pelo Ministério da Saúde como uma das principais estratégias para o cuidado e incentivo à adesão à Tarv das Pessoas Vivendo com HIV/Aids. Reforça-se a importância de novos estudos com esta temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo respondem ao objetivo proposto, propiciando compreender o compartilhamento do cuidado da pessoa vivendo com HIV/Aids, com destaque para o adulto jovem, e a estruturação de linha de cuidado num município prioritário do Sul do Brasil. Percebeu-se que os participantes tinham dificuldade de reconhecer estas ações relacionadas especificamente aos adultos jovens, pois citaram que a estruturação da linha de cuidado das PVHAs contempla todo o ciclo vital, a qual engloba o cuidado destes. Porém, os indicadores de saúde ainda apontam para um aumento significativo de novos casos entre tal população.

A compreensão da importância do compartilhamento do cuidado da pessoa vivendo com HIV/Aids e da reestruturação de linha de cuidado para esta população possibilitou entender a importância do trabalho em rede para atingir as metas 90-90-90 propostas para o ano de 2020.

Durante a pesquisa, o município estudado passava pela transição no modelo de atenção às PVHAs. O cuidado dessa população, que era focado nos SAEs, com as mudanças nas diretrizes nacionais propostas pelo Ministério da Saúde para o cuidado das PVHAs e com o aumento no número de casos novos no município, trouxe a necessidade de reestruturar o modelo de atenção. O novo modelo inclui o manejo do HIV em todos os serviços da atenção primária da Rede de Atenção, concomitantemente ao estabelecimento de um modelo assistencial matricial e mais resolutivo. Assim, o cuidado da pessoa vivendo com HIV passa a ser compartilhado dentro dos diferentes pontos da RAS.

Desde a descoberta do HIV, houve um movimento pela humanização na prestação da assistência em saúde, mas as equipes têm que conquistar avanços no processo de acolhimento e facilitar o acesso aos serviços de saúde. Neste processo de humanização, é reconhecida a importância da formação do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, sendo esta uma possibilidade para melhorar a qualidade da assistência prestada às PVHAs e aos adultos jovens em tratamento, buscando uma visão mais integral, multidimensional e complexa do cuidado.

FOMENTO / AGRADECIMENTO

Este trabalho contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014a.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids/DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015a.
3. Rocha GSA, Angelim RCM, Andrade ARL, Aquino JM, Abrão FMS, Costa AM. Nursing care of HIV-positive patients: considerations in the light of phenomenology. *Rev Min Enferm [Internet]*. 2015 [cited 2018 Mar 19];19(2):258-61. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1020>
4. Cecilio LCO. Theoretical and conceptual notes on evaluative processes taking the multiple dimensions of healthcare management into account. *Interface [Internet]*. 2011 [cited 2018 Mar 19];15(37):589-99. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014b.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
7. Marinho CCC, Conceição CS, Santos MLMF, Carvalho SM, Menezes TMO, Guimarães EP. The look of a multidisciplinary team on the lines of care: (saw) see the weaving of the threads. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2018 Mar 27];35(3):619-33. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n3/a2640.pdf>
8. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory*. California: SAGE; 2015.
9. Silva CB, Paula CC, Lopes LFS, Harzheim E, Magnago TSBS, Schmith MD. Health care for children and adolescents with HIV: a comparison of services. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 27];69(3):489-97. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/en_0034-7167-reben-69-03-0522.pdf
10. Zambenedetti G, Silva RAN. The paradox of the territory and the stigmatization processes regarding access to HIV diagnosis in Primary Health Care. *Estud Psicol* [Internet]. 2015 [cited 2018 Aug 14];20(4):229-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n4/1413-294X-epsic-20-04-0229.pdf>
11. Barbiani R, Junges JR, Carid N, Asquidamini F. The scientific literature on access within the Brazilian National Health System in Brazil: advances, limitations, and challenges. *Saúde Soc* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 18];23(3):855-68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300010>
12. Pinheiro R, Mattos RA. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005.
13. Palácio MB, Figueiredo MAC, Souza LB. O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde: possibilidades de integração da assistência. *Psico* [Internet]. 2012 [cited 2018 Aug 14];43(3):360-67. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/9816>
14. Morin E. *La via: para el futuro de la humanidad*. Spain: Paidós; 2014.
15. Melo A, Barbosa TM. Activities of the family health support core: the understanding of the family health strategy professionals of a municipality of Santa Catarina. *Tempus* [Internet], 2018 [cited 2018 Mar 19];11(2):25-39. Available from: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2286/1794>
16. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 19];26(3):785-806. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300005>
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Cinco passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014c.
18. Sousa RMRB, Frota MMA, Castro C, Kendall BC, Kerr LRF. Perceptions of female sex workers about access to HIV testing: incentives and barriers. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 18];41(113):513-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711313>
19. Souza LRA, Matarazo AP, Araújo MP, Romano OSA, Rascado RR, Marques LAM. Evaluation of adherence and quality of life of HIV carriers under pharmacoterapeutical follow up. *Rev Ciênc Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 19];7(2):3-9. Available from: http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/657
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015b.
21. Loch AP, Carvalho WMES. Evaluation of outpatient services in the Brazilian Unified National Health System for persons living with HIV: a comparison of 2007 and 2010. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 14];34(2):1-12. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n2/e00047217/en>
22. Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo DA. Tuberculosis treatment drop out and relations of bonding to the family health team. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2018 Mar 19];44(4):904-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400007>
23. Maria CS, Marileny BF, Suely MR, Elaine TF. The work process at the Family Health Support Center (FHSC): the importance of professional qualification. *Saúde Transform Soc* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 19];8(2):60-9. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4095/4985>