

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

KATIUCHA MENDES DE MENEZES

**A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO ENTRE AS EQUIPES DE ASSISTÊNCIA
DOMICILIAR TERAPÊUTICA EM HIV/AIDS E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM CAMPO GRANDE - MS**

**CAMPO GRANDE
2018**

KATIUCHA MENDES DE MENEZES

**A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO ENTRE AS EQUIPES DE ASSISTÊNCIA
DOMICILIAR TERAPÊUTICA EM HIV/AIDS E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM CAMPO GRANDE – MS**

Dissertação apresentada como exigência do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Antonio Pompilio.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Sônia Maria Oliveira de Andrade.

**CAMPO GRANDE
2018**

KATIUCHA MENDES DE MENEZES

**A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO ENTRE AS EQUIPES DE ASSISTÊNCIA
DOMICILIAR TERAPÊUTICA EM HIV/AIDS E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM CAMPO GRANDE – MS**

Dissertação apresentada como exigência do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu o candidato o conceito

_____.

Campo Grande, _____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

Ao Pedro Henrique, meu filho amado, símbolo do amor incondicional, para quem nunca houve, nunca haverá, nunca poderia haver... amor maior que o meu.

Ao meu esposo Marcio Vaner, por me ajudar a suportar os eventuais percalços desse longo percurso, por me fazer achar nele a paz que precisava para trilhar os dias tempestuosos como se fossem dias ensolarados... O meu amor, de todo meu coração, de toda a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu sustento e coragem para chegar até onde cheguei, me deu fé e coragem para questionar e alterar realidades e iluminou o caminho no qual eu deveria andar;

Ao orientador Prof. Dr. Maurício Antonio Pompilio, pelos incontáveis conselhos e orientações ao longo do processo, e por toda sua bondade e generosidade, esculpindo de forma mais elevada a sabedoria e auxiliando até o fim de um ciclo de estudos;

À coorientadora Prof.^a Dra. Sônia Maria Oliveira de Andrade por me receber, compartilhar seu conhecimento e depositar sua confiança;

A todos os professores do mestrado em Saúde da Família, que contribuíram muito para meu crescimento pessoal e profissional através de suas experiências;

À Secretaria Municipal de Saúde, em especial a minha chefia imediata Rogério Marques, primeiramente por ter confiado em mim, me dando a oportunidade de cursar o mestrado;

Às equipes de ADT e ESF que contribuíram para que fosse possível a execução desta pesquisa;

Sou grata às minhas amigas e parceiras Giordana e Rosiane pelo prazer da convivência e amizade, por compartilhar momentos incríveis, que me ajudaram e acolheram nos bons e maus momentos, deixando a jornada mais leve;

Aos meus colegas do mestrado, que ouviram minhas dúvidas e angústias inúmeras vezes, me ajudado com suas sugestões.

***Uma coisa para ser boa, tem que sê-la
integralmente. Para ser mau, basta uma parte.***

Immanuel Kant

RESUMO

O HIV/Aids é uma doença crônica, debilitante e contagiosa, considerada grave problema de saúde pública e um desafio para a organização da atenção à saúde. A Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/Aids é uma das modalidades de atendimento destinada às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), regulamentada pelo Ministério da Saúde, e que tem por objetivo promover a saúde e o bem estar, articulando os cuidados com a rede de assistência à saúde (RAS). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é defendida como o principal elemento para a organização dos serviços e ações de atenção primária, e que deve trabalhar pelo fortalecimento da integração entre os diferentes pontos de atenção à saúde existente na RAS. O objetivo deste estudo foi caracterizar a integração do cuidado entre as equipes de ADT e ESF em Campo Grande – MS, na perspectiva de profissionais, pacientes e cuidadores. A coleta de dados primários foi realizada através de entrevista estruturada e para análise utilizou-se a técnica de discurso de Laurence Bardin, que utiliza a categorização. Os resultados demonstram que as equipes não desenvolvem ações de saúde integradas, mas os profissionais acreditam na melhora da qualidade da assistência se os cuidados fossem conjuntos. A falta de integração também é percebida pelo paciente e/ou cuidador, contribuindo cada vez mais para o distanciamento da atenção primária pelas PVHA. É necessário incentivar com apoio institucional a integração das equipes através de ações que fortaleçam a ESF, como: contrarreferência, matriciamento, projeto terapêutico singular, consulta compartilhada, entre outras. O desenvolvimento de estudos que exploram a dimensão do cuidado integrado, com foco na compreensão dos processos interativos intrínsecos ao trabalho entre equipes, é importante para a conquista da integralidade e conseqüentemente, alcance de uma assistência à saúde humanizada e com qualidade.

Palavras-chave: Cuidados domiciliares. Integralidade. HIV-AIDS.

ABSTRACT

HIV / AIDS is a chronic, debilitating and contagious disease, being considered a serious public health problem and a challenge for the organization of health care. Home Therapy Assistance (HTA) in HIV / AIDS is one of the modalities of care for people living with HIV / AIDS (PLHA), regulated by the Ministry of Health, with the objective of promoting health and social well-being, associating home care with the Health Care Network (HCN). The Family Health Strategy (FHS) is defended as the main element for the organization of primary care services and actions, and should work to strengthen the integration between the different points of health care in the HCN. The objective of this study was to characterize the integration of care between the HTA and HCN teams in Campo Grande - MS, from the perspective of professionals, patients and caregivers. The primary data collection was performed through a structured interview and, for the analysis, the Laurence Bardin discourse technique was used, which uses the categorization. The results demonstrate that teams do not develop integrated health actions, but believe that the quality of care would be better if care were cooperative. The lack of integration is also perceived by the patient and / or caregiver, contributing more and more to their distancing from primary care by PLHA. It is necessary to encourage, with institutional support, the integration of the teams through actions that strengthen the FHS, such as: counter reference, matrix support, singular therapeutic project, shared consultation, among others. The development of studies that explore the dimension of integrated care, focusing on the understanding of the interactive processes intrinsic to work among teams, is important for the achievement of integrality and, consequently, the achievement of humanized and quality health care.

Keywords: Home care. Integrality. HIV-AIDS

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADT - Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS - Atenção Primária à Saúde

CEDIP - Centro de Doenças Infectoparasitárias de Campo Grande

CRT - Centro de Referência e Treinamento

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

DST – Doenças Sexualmente Transmitidas

ESF - Estratégia Saúde da Família

HD - Hospital Dia

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH - Homens que fazem sexo com homens

HUMAP/UFMS - Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

PEP - Profilaxia Pós-Exposição

PN-DST/Aids - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/Aids

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PVHA - Pessoa vivendo com HIV/Aids

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAE - Serviço de Atenção Especializada

SESAU – Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia antirretroviral

UDM - Unidade Dispensadora de Medicamentos

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	Rede de Atenção à Saúde	14
2.2	Assistência à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids	16
2.2.1	<u>HIV/Aids</u>	16
2.2.2	<u>Serviços de atenção às pessoas com HIV/Aids</u>	23
2.2.2.1	<u>Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids</u>	25
2.2.3	<u>Estratégia Saúde da Família (ESF)</u>	30
2.3	Cuidado integrado	34
3	OBJETIVOS	38
3.1	Objetivo geral	38
3.2	Objetivos específicos	38
4	METODOLOGIA	39
4.1	Tipo, local e período da pesquisa	39
4.2	Participantes da pesquisa	39
4.3	Instrumentos de coleta de dados	40
4.4	Organização e análise dos dados	42
4.5	Aspectos éticos	42
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1	Profissional da saúde	43
5.1.1	<u>Caracterização profissional</u>	43
5.1.2	<u>Conhecimentos dos profissionais sobre as modalidades de atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids</u>	47
5.1.3	<u>Ações de cuidado integrado pelos profissionais</u>	49
5.1.4	<u>Dificuldades dos profissionais nas ações de cuidado integrado</u>	56
5.1.5	<u>Perspectivas dos profissionais nas ações de cuidado integrado</u>	64
5.2	Pacientes e cuidadores	67
5.2.1	<u>Pacientes/cuidadores acompanhados pelas equipes ADT e ESF</u>	66

5.2.2	<u>Cuidados prestados aos pacientes/cuidadores pelas equipes de ADT e ESF</u>	68
5.2.3	<u>Percepção dos pacientes/cuidadores sobre cuidado integrado</u>	70
6	CONCLUSÕES	73
7	RECOMENDAÇÕES	75
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICE A–Instrumento para entrevista do profissional da equipe de Assistência Domiciliar Terapêutica	87
	APÊNDICE B–Instrumento para entrevista do profissional da equipe de Estratégia Saúde da Família	89
	APÊNDICE C–Instrumento para entrevista dos pacientes ou cuidadores atendidos pelas equipes de ADT e ESF	91
	APÊNDICE D–Solicitação de participação de profissional da área para avaliação do roteiro de entrevista	92
	APÊNDICE E–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais das equipes ADT e ESF)	98
	APÊNDICE F–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pacientes ou Cuidadores)	100
	ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande	102
	ANEXO B - Autorização do Comitê de Ética	103

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) configura-se como uma doença crônica, debilitante e contagiosa, que trouxe consigo a necessidade de reformular a estrutura do cuidado em saúde. Essa necessidade de reformulação impôs que a atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) seja prestada integralmente.

A portaria conjunta nº 1 de 16 de janeiro de 2013, entre a secretaria de atenção a saúde e a de vigilância em saúde do Ministério da Saúde, regulamenta os Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, definindo as modalidades, a classificação, a organização das estruturas e o seu funcionamento (BRASIL, 2013).

A Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/Aids foi implantada no Brasil em 1995, como uma modalidade assistencial que presta atendimento multiprofissional em nível domiciliar à PVHA. No município de Campo Grande-MS, a ADT foi implantada em 2001, composta por médico infectologista, enfermeira, técnicos de enfermagem, assistente social e psicólogo.

A ADT para as famílias assistidas foi a resposta certa no momento certo para a necessidade delas, uma vez que, a equipe normalmente começa a fazer parte da vida destas pessoas num momento em que estão diante de uma grande diversidade de conflitos de várias origens, fazendo com que com se sintam privilegiados em receber essa assistência regular e segura. Para as instituições hospitalares significa desospitalização, redução de custos e otimização da ocupação dos leitos. Para os profissionais da ADT é a escolha por uma modalidade de assistência que, mais do que suprir as necessidades das famílias, vem ao encontro daquilo que acreditam como forma de assistir integralmente ao ser humano (WINGESTE; FERRAZ, 2008).

O estabelecimento de redes de serviços de referência da ADT com hospitais, hospital-dia, assistência especializada, unidades básicas de saúde e equipes de ESF tem por objetivo a integração entre os serviços que atendem a essa clientela, e assim, melhorar a qualidade da assistência.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visando à reorganização da atenção básica deve desenvolver atividades de assistência multiprofissional domiciliar de

promoção, proteção, tratamento e reabilitação, bem como monitorar os pacientes de sua área de abrangência nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). É definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que devem estar integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010).

A assistência à saúde com integralidade, na qual considera o ser humano em sua totalidade e inserido em um contexto social, possibilita melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida das PVHA. A integralidade é uma das principais e mais marcantes características da política de saúde do país, e o caminho para alcançá-la deve ser por meio da estruturação em redes do sistema de saúde.

A integração na rede de saúde está relacionada à articulação e coordenação entre os serviços e à garantia da continuidade da assistência com objetivo de assistir o paciente em suas diferentes necessidades.

A motivação para a pesquisa deu-se pelo desconhecimento sobre a integração entre as equipes de Assistência Domiciliar Terapêutica e Estratégia Saúde da Família na assistência à saúde aos pacientes em acompanhamento por elas e por tratar-se de estudo inovador.

Identificar se há integração entre as equipes é importante por tratar-se de conhecimento que contribuirá para a melhoria da integralidade na assistência a saúde, através da produção de subsídios para a discussão de estratégias que visam o desenvolvimento de cuidado integrado. Assim, conhecer as dificuldades a serem superadas e fortalecer as ações de saúde desenvolvidas com foco na integração é o caminho a ser percorrido para melhorar a qualidade da assistência.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A RAS foi instituída através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, como estratégia para superar a fragmentação e melhorar o funcionamento político-institucional SUS, com objetivo de assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que devem estar integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. É caracterizada pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS). É fundamental que APS seja compreendida como o primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010).

De acordo com Silva e Magalhães Junior (2013), estruturar sistemas em redes é o mais eficiente caminho para a concretização da integralidade como princípio do SUS.

Um grande produto da implantação da RAS é a necessidade da atenção básica assumir progressivamente o seu duplo papel de cuidador direto e gestor do cuidado, bem como incorporar a tecnologia do compartilhamento do cuidado, junto de médicos e equipe de serviços especializados (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

A coordenação assistencial tem sido definida como a harmonização das atividades que se requerem para atender as pessoas usuárias ao longo de todos os pontos da rede (MENDES, 2014).

De acordo com Chueiri *et al.* (2014), a coordenação do cuidado é um conceito complexo, que pode ser traduzido como uma organização deliberada de cuidado individual, centrada na pessoa, que possibilita, principalmente, integração e continuidade das várias ações de saúde prestadas nos diferentes serviços do sistema de saúde.

Em 2014, a Portaria nº 483 redefiniu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e estabeleceu as diretrizes para a organização das linhas de cuidado. O objetivo da Rede das Pessoas com Doenças Crônicas é fomentar em todos os pontos a mudança no modelo de atenção à saúde por meio da qualificação da atenção integral (BRASIL, 2014a).

A RAS das Pessoas com Doenças Crônicas foi implantada por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, que apresentam diretrizes e princípios que podem auxiliar gestores e profissionais a repensar o atual modelo de atenção, suscitando mudanças tanto no cotidiano das equipes responsáveis pelo cuidado direto quanto das equipes responsáveis pela gestão do sistema de saúde.

As doenças crônicas impactam o orçamento da saúde e provocam desafios para a organização do SUS e para o processo de trabalho em saúde, pois trazem consigo a necessidade de mudar o modelo de cuidado (micro-organização) e de organização do sistema como um todo (macro-organização). Exigem uma nova forma de funcionamento do sistema de saúde e do processo de trabalho das equipes ao demandarem uma atenção contínua, integrada e coordenada (CHUEIRI *et al.*, 2014)

A RAS, para constituir-se em elementos verdadeiros de mudança das práticas sanitárias, terá que estruturar modelos de atenção à saúde inovadores, superando os modelos tradicionais. Esses modelos de atenção à saúde são diferentes dependendo das condições de saúde das pessoas, sendo os modelos de atenção às condições crônicas os mais complexos (MENDES, 2014).

Desenvolver e implantar sistemas de coordenação assistencial pela APS é um grande desafio na construção social das redes temáticas, devido a fatores como: a falta de legitimidade da APS frente aos outros pontos de atenção e aos sistemas de apoio e logísticos, a insuficiência de densidade tecnológica incorporada nos cuidados no âmbito primário e a carência de sistemas de informações verticais (MENDES, 2014).

2.2 Assistência à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids

2.2.1 HIV/Aids

A Aids tem se revelado uma realidade global, contínua e instável, cuja dinamicidade do perfil epidemiológico da doença e os índices alarmantes de morbimortalidade fizeram da epidemia um grave problema de saúde pública mundial e um desafio para a organização da atenção à saúde (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012).

Na terceira década da epidemia, a Aids configura-se como uma doença crônica, debilitante e contagiosa, que trouxe consigo a necessidade de reformular a estrutura do cuidado em saúde, impondo que a atenção à saúde da PVHA seja prestada de forma integral (SOUSA; SILVA, 2013).

A Aids destaca-se entre as enfermidades infecciosas por sua magnitude e pela extensão dos danos causados às populações, uma vez que ainda vivemos “resquícios” deixados pela época de pavor que caracterizou o início da epidemia. Assim, mesmo diante dos esforços para a desconstrução dessa imagem estigmatizada, ainda ocorre associação da transmissão com adoção de comportamentos não aceitos socialmente (ISOLDI; CARVALHO; SIMPSON, 2017).

O HIV e a Aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016), sendo assim os casos devem ser reportados pelos profissionais de saúde às autoridades de saúde por meio do preenchimento da ficha de notificação. Todavia, ainda há subnotificação dos casos às autoridades de saúde no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), posto que permanecem desconhecidas informações no âmbito da epidemiologia, tais como número total de casos, comportamentos e aspectos vulnerabilizantes, entre outros (BRASIL, 2016).

As estatísticas globais foram publicadas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) em agosto/2017, resumidamente, conforme Figura 1 a seguir:

Figura 1 – Resumo global da epidemia de Aids, 2016

Resumo global da epidemia de AIDS | 2016

Número de pessoas vivendo com HIV	Total	36.7 milhões [30.8 milhões–42.9 milhões]
	Adultos	34.5 milhões [28.8 milhões–40.2 milhões]
	Mulheres (15+ anos)	17.8 milhões [15.4 milhões–20.3 milhões]
	Crianças (<15 anos)	2.1 milhões [1.7 milhão–2.6 milhões]

Número de novas infecções por HIV em 2016	Total	1.8 milhão [1.6 milhão–2.1 milhões]
	Adultos	1.7 milhão [1.4 milhão–1.9 milhão]
	Crianças (<15 anos)	160 000 [100 000–220 000]

Mortes relacionadas à AIDS em 2016	Total	1.0 milhão [830 000–1.2 milhão]
	Adultos	890 000 [740 000–1.1 milhão]
	Crianças (<15 anos)	120 000 [79 000–160 000]



Fonte: UNAIDS (2017)

Em relação às estimativas de HIV/Aids no Brasil em 2016, a UNAIDS apresentou os seguintes números: 830.000 [610.000 – 1.100.000] PVHA; 48.000 [35.000 – 64.000] novas infecções pelo HIV; 14.000 [9.700 – 19.000] mortes relacionadas à Aids (UNAIDS, 2017).

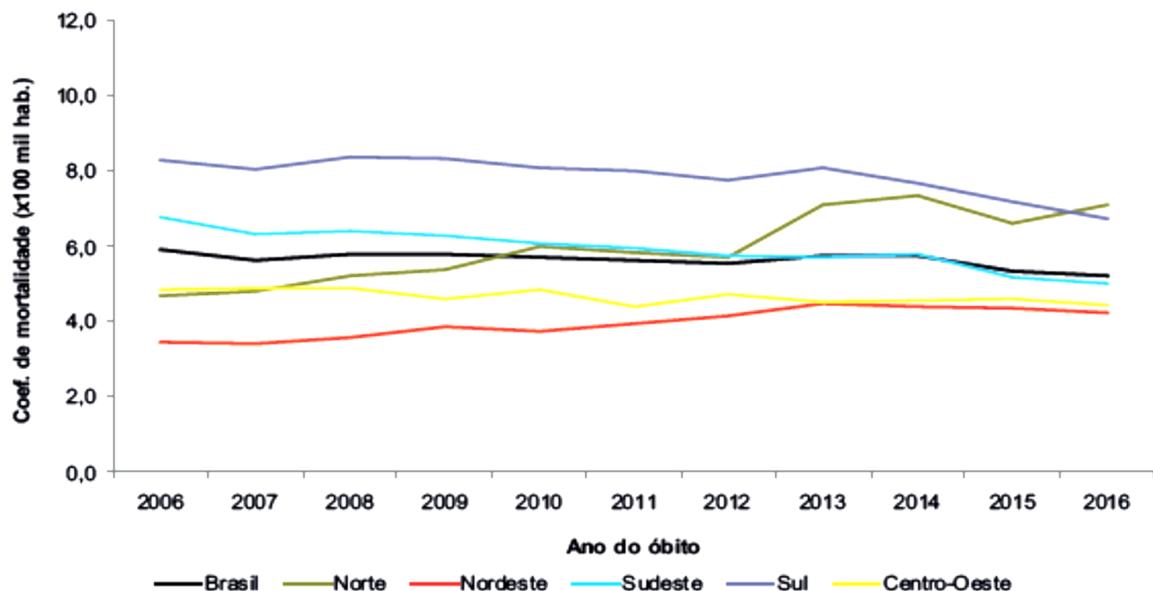
Em 2017, o Boletim Epidemiológico HIV/Aids apresentou que de 2007 até junho de 2017 foram notificados no SINAN 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 49,7% no Sudeste, 20,7% no Sul, 15,6% no Nordeste, 7,4% no Norte e 6,7% no Centro-Oeste. Ressaltou-se ainda que a notificação compulsória da infecção pelo HIV é recente no país, impedindo análise epidemiológica rigorosa com relação às tendências da infecção (BRASIL, 2017a).

Os casos de Aids notificados no Brasil totalizaram 673.634, de 2007 até junho de 2017, sendo registrado, anualmente, uma média de 40 mil casos de Aids nos últimos cinco anos (BRASIL, 2017a).

Desde o início da epidemia (1980) até dezembro de 2016, 316.088 óbitos tiveram como causa básica o HIV/Aids. A maior proporção destes óbitos ocorreu na região Sudeste (59,6%), seguida das regiões Sul (17,6%), Nordeste (13%), Centro-Oeste (5,1%) e Norte (4,7%) (BRASIL, 2017a).

A Figura 2, a seguir, demonstra o coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil. No período de 2006 a 2016, verifica-se uma queda de 11,9% no coeficiente de mortalidade padronizado, que passou de 5,9 para 5,2 óbitos por 100 mil habitantes. O mesmo comportamento foi observado no período de 2015 para 2016 nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, que apresentaram 3,8%, e 5,6% e 4,3% de queda, respectivamente. Nas regiões Norte e Nordeste os coeficientes sofreram incremento de 7,6% e 2,3% nesse mesmo período (BRASIL, 2017a).

Figura 2 - Coeficiente de mortalidade padronizado de Aids (/100 mil habitantes) segundo região de residência por ano do óbito. Brasil, 2006 a 2015



Fonte: Ministério da Saúde (2017a)

De acordo com Pinto *et al.* (2015), a taxa de letalidade por Aids observada no estado de Mato Grosso do Sul, durante o período de 1985 a 2012, foi de 41,4% aproximadamente três pontos percentuais acima do brasileiro (38,65%) no mesmo período. Considerando todas as mortes, a sobrevivência entre as mulheres foi 1,3 vezes maior que em homens, demonstrando que os homens possuíam maior risco de morte nos períodos analisados. No entanto, as diferenças de letalidade entre gênero apresentaram diminuição ao longo dos anos analisados.

No município de Campo Grande – MS, foram registrados no SINAN, de 2009 até 2017, 1.877 casos de Aids e 984 casos de HIV em adultos. Em relação às

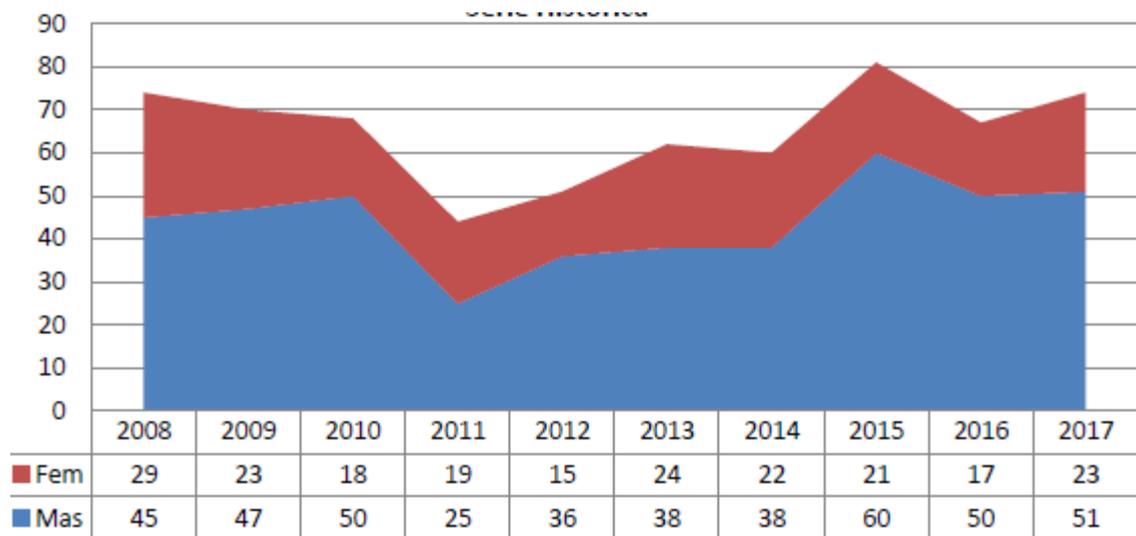
mortes por Aids no município, houve 74 óbitos em 2017 com maior predomínio do sexo masculino, conforme Figuras abaixo.

Figura 3 – Número absoluto de óbitos e taxa de mortalidade por Aids de pessoas residentes em Campo Grande, 2008 a 2017

Mortalidade por Aids (CID10 B20-24) de pessoas residentes em Campo Grande - Série Histórica										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº absoluto de óbitos	74	70	68	44	51	62	60	81	67	74
População residente	747.189	755.104	786.797	796.252	805.397	832.350	843.120	853.622	863.982	874.210
Taxa de Mortalidade especif. por Aids	9,9	9,3	8,6	5,5	6,3	7,4	7,1	9,5	7,8	8,5

Fonte: SIM/CEVITAL/SVS/SESAU (2018)

Figura 4 – Óbitos por Aids segundo sexo de residentes em Campo Grande, 2008 a 2017



Fonte: SIM/CEVITAL/SVS/SESAU (2018)

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/Aids (PN-DST/Aids), atualmente denominado Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST/Aids e hepatites virais, produz normas gerais para os serviços e é responsável pela provisão de suprimentos estratégicos, como antirretrovirais, testes de carga viral e de contagem de linfócitos TCD4+. A estrutura e oferta dos serviços dependem das características

regionais/locais de cada programa, sendo bastante variável a situação institucional desses serviços pelo país (MELCHIOR *et al.*, 2006).

De acordo com Isoldi, Carvalho e Simpson (2017), a transmissão do HIV está relacionada aos modos de interação e crenças de diferentes grupos populacionais. A vulnerabilidade a infecção pelo HIV/Aids é determinada por um contexto geral de desenvolvimento do país, incluindo nível de renda da população, respeito aos direitos humanos, acesso aos serviços de saúde, social e de educação.

Diagnóstico e tratamento oportunos têm sido cruciais para a redução da mortalidade por Aids. Entretanto, para que o diagnóstico e tratamento sejam realizados de forma oportuna e para que haja adesão, são necessários, além dos recursos biomédicos, suportes psicossociais que contribuam para a aceitação do diagnóstico e elaboração de formas de convívio com a infecção. A garantia de uma vida com qualidade exige o manejo contínuo dos conflitos decorrentes do diagnóstico e das suas repercussões no cotidiano e nas decisões a serem tomadas (VILLELA; BARBOSA, 2017).

Para facilitar a prática clínica, as recomendações para uso dos antirretrovirais são pactuadas em consensos nacionais e internacionais e fundamentadas em diretrizes clínicas preconizadas mundialmente com base em evidências científicas (FERNANDES *et al.*, 2009).

A terapia antirretroviral (TARV) favoreceu o controle da infecção, melhoria na condição clínica, qualidade de vida e aumento da sobrevida, além da redução das taxas de morbimortalidade decorrentes da doença (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012).

Entre os países de baixa e média renda, o Brasil tem uma das maiores coberturas de TARV, com 64% das PVHA recebendo TARV, enquanto a média global em 2016 foi de 53% (UNAIDS, 2017).

A evolução na eficácia da TARV transformou a infecção pelo HIV em uma condição crônica manejável, uma vez que as pessoas diagnosticadas oportunamente e com tratamento adequado podem alcançar expectativa de vida comparável à de pessoas que não vivem com o vírus. Porém, as diversas barreiras no acesso ao cuidado adequado – tais como o diagnóstico tardio ou o abandono do tratamento – comprometem a saúde das PVHA (BRASIL, 2017b).

De acordo com Fernandes *et al.* (2009), havia uma alta proporção de início tardio da TARV, considerando que no Brasil, estes medicamentos são oferecidos gratuitamente a toda a população, bem como o acompanhamento clínico e monitoramento. Contudo, o acesso aos medicamentos e a efetividade do tratamento não podem estar desvinculados da existência de uma rede de serviços, incluindo a disponibilidade de exames laboratoriais e de profissionais experientes.

Melchior *et al.* (2006) destacaram que apesar da heterogeneidade, a grande maioria dos serviços conta com uma quantidade mínima dos recursos básicos para manter alguma oferta de assistência, como: médicos, auxiliares, antirretrovirais e exames essenciais em unidades com bom acesso físico; a disponibilidade de TARV é alta e homogênea, porém a provisão de outros medicamentos que dependem dos demais recursos do sistema de saúde local é diluída no conjunto das necessidades e atendidas segundo estruturas e compromissos heterogêneos; a oferta dos diferentes tipos de exames também seguem a mesma lógica de disponibilidade considerando as necessidades locais; os horários restritos podem constranger o usuário, bem como o tipo de agendamento predominante, todos pacientes no início do horário, agrava as dificuldades.

Com o objetivo melhorar o cenário da epidemia de HIV/Aids, em maio de 2014, durante a realização do “I Fórum Latino-americano e do Caribe sobre o contínuo da atenção em HIV”, o Brasil e demais países da região estabeleceram as chamadas metas “90/90/90”, a saber: 90% das PVHA conhecendo seu status sorológico; 90% das PVHA em uso de TARV; e 90% das pessoas em uso de TARV atingindo supressão viral, até o ano de 2020 (REVISTA DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE HIV/AIDS DO MERCOSUL, 2015).

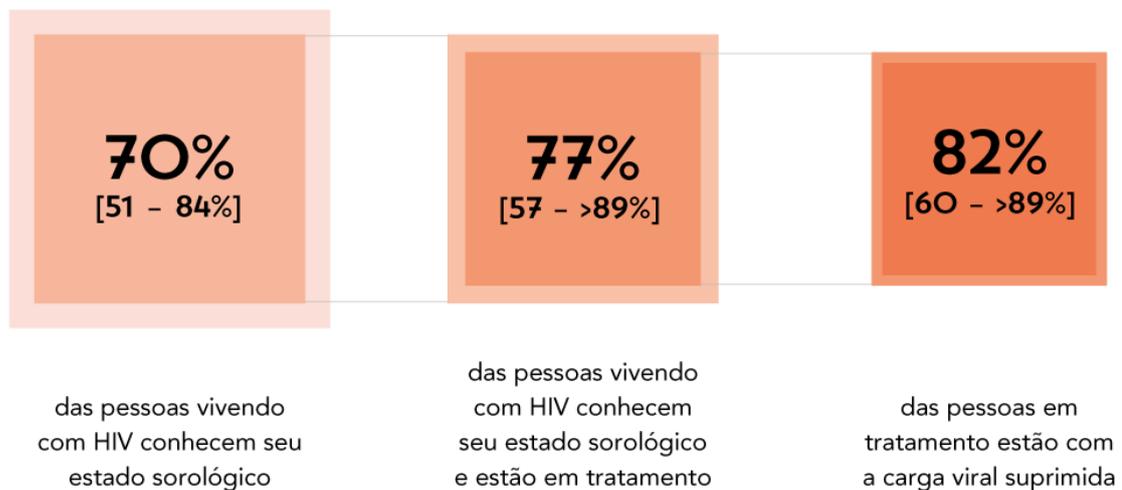
Diante desse desafio, o Ministério da Saúde implementou ações e políticas, em parceria com diversos atores, no sentido de ampliar o acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento; combater o estigma e a discriminação; e promover os direitos humanos, principalmente das populações-chave da epidemia e PVHA. (REVISTA DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE HIV/AIDS DO MERCOSUL, 2015).

As ações para o alcance das metas 90/90/90 tem sido desenvolvidas no sentido de: ampliação da testagem rápida e a disponibilização do teste de fluido oral nas farmácias, associadas à política da oferta do tratamento como prevenção,

assegurando às pessoas seu direito de escolha para iniciar o tratamento, independentemente do CD4; promoção de gestão compartilhada da atenção aos pacientes com a rede de atenção básica; incorporação de novas apresentações terapêuticas; aperfeiçoamento de sistemas informatizados para o acompanhamento do cuidado; adoção da prevenção combinada, estratégia que envolve diagnóstico e tratamento das IST; instituir a profilaxia pós-exposição (PEP); realização de campanhas nacionais de estímulo ao uso de preservativos e testagem; distribuição de insumos (preservativos e gel lubrificante) no SUS; desenvolvimento de ações específicas de prevenção ao HIV junto a populações-chave (*gays* e outros homem que faz sexo com homem - HSH, travestis, transexuais, profissionais do sexo e pessoas que usam drogas, com ênfase nos usuários de crack) (REVISTA DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE HIV/AIDS DO MERCOSUL, 2015).

Em 2017, a UNAIDS publicou uma análise da situação global e dos países em relação às metas “90/90/90”, conforme figuras abaixo.

Figura 5 – Progresso global rumo às metas “90/90/90”, 2016



PROGRESSO RUMO ÀS METAS 90-90-90, GLOBALMENTE, 2016

Fonte: análise especial do UNAIDS, 2017.

Fonte: UNAIDS (2017)

Figura 6 – Brasil rumo às metas “90/90/90”, 2016

90-90-90		
Pessoas vivendo com HIV que:	2016	
Conhecem seu estado sorológico
Em tratamento	490.000	60% [44%–78%]
Adultos em terapia antirretroviral	490.000	60% [44%–79%]
Com carga viral indetectável	450.000	54% [40%–70%]

Fonte: UNAIDS (2017)

As PVHA devem ter a oportunidade de participarem na tomada de decisões sobre o seu tratamento, uma vez que a relação de qualidade e boas habilidades de comunicação dos profissionais estão associadas com melhores resultados de adesão ao tratamento. O conhecimento sobre a necessidade, a eficácia e efeitos colaterais da TARV, a praticidade de tomada, o apoio dos pares e da comunidade, a confiança em relação ao tratamento, as condições socioeconômicas também afetam positivamente a adesão ao tratamento (BRITISH HIV ASSOCIATION, 2015).

2.2.2 Serviços de atenção às pessoas com HIV/Aids

Em relação às modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento dos Serviços de Atenção às IST/HIV/Aids, a Portaria Conjunta nº1 de 16 de janeiro de 2013 regulamentou os serviços, classificando-os em: Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, Serviço de Atenção Especializada - SAE, Centro de Referência e Treinamento - CRT, Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids - ADT e Unidade Dispensadora de Medicamentos - UDM (BRASIL, 2013).

O CTA é definido como serviço de saúde que realiza ações de testagem e prevenção das IST, Aids e hepatites virais. O SAE é a unidade ambulatorial voltada a atenção integral às pessoas com IST/HIV/Aids. CRT é a unidade de referência na

atenção integral às pessoas com IST/HIV/Aids e Hepatites Virais, na multiplicação dos conhecimentos, informações técnicas, capacitação das equipes e assistência em diversas subespecialidades composta por equipe multiprofissional expandida (BRASIL, 2013).

A ADT presta assistência multiprofissional em nível domiciliar as PVHA. A UDM é o estabelecimento integrante de serviços de saúde públicos, filantrópicos ou privados sem fins lucrativos que realiza assistência farmacêutica, inclusive dispensação de TARV, sem prejuízo à dispensação de outros medicamentos, como aqueles para infecções oportunistas e efeitos adversos aos antirretrovirais, ou produtos estratégicos para as IST/Aids, tais como os insumos de prevenção (preservativos masculino e feminino, gel lubrificante e kit para redução de danos) (BRASIL, 2013).

No município de Campo Grande - MS, os serviços de atenção às IST/HIV/Aids são compostos por um CTA, dois SAE com Hospital-Dia – HD e uma equipe de ADT. O CTA além de desenvolver as ações de testagem e prevenção, conta com ambulatório especializado para tratamento das ISTs (infecções sexualmente transmissíveis) com disponibilização de consultas de enfermagem e médicas (urologia e ginecologia). O CTA oferta também ações itinerantes, com o deslocamento da equipe para a realização das atividades de testagem e prevenção em outras unidades de saúde e/ou instituições.

Em relação aos SAEs, existem dois ambulatórios especializados, sendo um vinculado a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU) e o outro ao Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (HUMAP/UFMS). Os serviços desenvolvem ações de prevenção e tratamento às pessoas com IST/HIV/Aids e Hepatites Virais e de suas parcerias, por meio de consultas médicas especializadas (infecologia adulto e pediátrica e ginecologia/obstetrícia), assistência de enfermagem, nutrição, assistência social, psicologia, odontologia, assistência farmacêutica individualizada, coletas de exames, entre outras. Esses ambulatórios são referência para a maioria das cidades do interior do estado, tanto para a assistência à saúde quanto para a dispensação das medicações.

Os Hospitais-Dia (HDs) vinculados aos ambulatórios especializados atendem as intercorrências clínicas às PVHA para evitar a internação convencional, o

tratamento de leishmaniose e a profilaxia pós-exposição (acidente ocupacional com material biológico, violência sexual e relação sexual desprotegida). Vale salientar, que os SAE e HD não são regulados pelo sistema de regulação e, portanto, realizam acolhimento a demanda espontânea para posterior direcionamento dentro da rede de serviços as pessoas com IST/HIV/Aids e Hepatites Virais.

2.2.2.1 Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids

A atenção domiciliar cria um novo ambiente de cuidado, produzindo novos modos de cuidar que atravessam os projetos dos usuários, dos familiares, da rede social e dos trabalhadores da atenção domiciliar, requerendo sustentabilidade política, conceitual e operacional (SILVA *et al.*, 2010).

A implementação da atenção domiciliar requer reflexão sobre concepções de saúde e de vida que sustentam a organização das práticas no domicílio. É preciso que se considerem elementos como a integralidade do cuidado, a racionalidade econômica financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2010).

A Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080 de 1990, que regulamenta as ações e serviços de saúde em todo o território nacional. O capítulo adicionado estabeleceu o atendimento domiciliar e a assistência domiciliar no âmbito do SUS.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) prevê a realização de ações de atenção domiciliar as pessoas que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, bem como compartilhamento do cuidado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade (BRASIL, 2017c).

No Brasil, a ADT em HIV/Aids foi implantada em 1995 no contexto do Programa das Alternativas Assistenciais aos portadores de HIV/Aids, refletindo preocupação na melhoria da assistência e a diminuição das hospitalizações convencionais (BRASIL, 2007). Em Campo Grande, a equipe de ADT foi implantada

em 14 de maio de 2001 no Centro de Doenças Infectoparasitárias (CEDIP) da Secretaria Municipal de Saúde para atendimento no município.

Ao Centro de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP), diretamente subordinado à Coordenadoria Geral de Assistência à Saúde, que tem como finalidade básica o atendimento ambulatorial, domiciliar e a internação dos portadores das doenças infecciosas e parasitárias, compete [...]:V - realizar visitas domiciliares, por pessoal técnico especializado, tendo em vista o atendimento de pacientes, portadores de doenças infectoparasitárias; VI - promover a articulação, com as demais unidades de saúde, tendo em vista a integração das ações desenvolvidas (CAMPO GRANDE, 2002, p. 4).

A ADT é definida na Portaria Conjunta nº 1 como assistência multiprofissional em nível domiciliar, englobando desde atendimento de curta duração, semelhante ao nível ambulatorial até a assistência voltada a pacientes que necessitam de atenção constante e de cuidados específicos de baixa complexidade ou em caráter paliativo, com características de média duração e programação eletiva (BRASIL, 2013).

O desenvolvimento das atividades de ADT é baseado na mobilização conjunta de recursos da comunidade, de familiares e da equipe de saúde. Considera a possibilidade de manutenção do paciente em seu próprio domicílio, assistido por equipe multidisciplinar e alguns recursos hospitalares que assegurem uma assistência adequada, dividindo com a família os cuidados com o paciente. Também está interligado com outros serviços envolvidos na assistência ao paciente com HIV/Aids, integrando-os às atividades de assistência domiciliar (BENTO, 2006).

Os cuidados da ADT consistem em: assistência de enfermagem, visitas médicas periódicas, fisioterapia, controle nutricional, acompanhamento psicológico breve, controle de exames de rotina, acompanhamento social, entre outros. De acordo com estudo realizado pelo Ministério da Saúde com pacientes em regime de ADT, concluíram que, no Brasil, o serviço inclui uma série de atividades/procedimentos que se estende desde cuidados paliativos, praticados no domicílio, até os mais diferenciados e de maior complexidade, que já caracterizavam uma internação em ambiente domiciliar (BRASIL, 2007).

Os objetivos da assistência da equipe ADT são proporcionar abordagem assistencial domiciliar, preventiva e educativa aos pacientes e seus familiares; promover a melhoria da qualidade de vida; possibilitar o paciente participar ativamente do seu tratamento; estimular a independência e a autonomia; realizar cuidados paliativos; favorecer o aumento da adesão ao tratamento; reduzir a demanda e a duração das internações hospitalares; estabelecer mecanismos de

referência e contrarreferência; desenvolver o “papel de cuidador” e reforçar os vínculos de familiares e amigos na assistência e convivência; otimizar recursos disponíveis; e promover a saúde e o bem estar do paciente em seu domicílio, articulando com instituições de saúde, organizações não governamentais, grupos de autoajuda e outros recursos comunitários (BRASIL, 2007).

É recomendado que a equipe seja permanente e formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo e motorista. O perfil do profissional deve ser valorizado ou desenvolvido no sentido de: qualificação técnica; baixa rotatividade dos profissionais; criatividade, versatilidade, iniciativa e autonomia; compromisso ético individual e institucional. É importante ainda que esses profissionais tenham facilidade de atuar como educador em saúde; de ouvir e falar de forma clara e objetiva; de trabalho em equipe; de acolher e identificar as demandas; e propiciar atenção integral aos pacientes (BRASIL, 2007).

A equipe multiprofissional de ADT do CEDIP é composta por enfermeira, técnicos de enfermagem, psicólogo, assistente social, infectologista e motorista, podendo eventualmente dispor de assistência dos profissionais do CEDIP, como nutricionista, farmacêutico e odontólogo. Vale salientar, que a equipe não dispõe de fisioterapeuta e nem mesmo de apoio matricial, sendo essa uma dificuldade no processo de reabilitação dos pacientes.

Essa única equipe assiste pacientes em todas as regiões da cidade de Campo Grande - MS, sendo a logística de atendimento bem complexa, considerando as distâncias geográficas que são percorridas semanalmente.

A definição dos papéis desenvolvidos pelos diferentes membros da equipe multidisciplinar tem como finalidade a otimização de todos os recursos, qualificando a assistência e diminuindo o stress. A descrição das funções de cada categoria profissional é detalhada no guia da ADT, mas cabe ressaltar que muito da função humanística, de apoio social e espiritual, não se restringe somente a uma categoria profissional, e sim está ligada ao vínculo e disponibilidade de toda a equipe (BRASIL, 2007).

Em relação ao perfil do paciente atendido pela equipe de ADT, segundo Parenti *et al.* (2005, p. 95) em Contagem (MG), “41% dos pacientes apresentavam à admissão, déficit motor incapacitante como um dos critérios de indicação de ADT.” Desta forma, o estudo ressalta a importância dos cuidados de enfermagem em

domicílio (curativos, tratamento de úlceras, coleta de materiais, entre outros) e do fisioterapeuta como mais um componente a integrar a equipe.

Foi observado nesse mesmo estudo, que quando surgiu a ADT esse atendimento terapêutico era destinado, principalmente, a pacientes considerados como “fase terminal”, para os quais se buscava uma morte mais humanizada. Todavia, a maioria desses pacientes (68%) apresentou bom resultado para o tratamento da infecção oportunista vigente, com recuperação do estado nutricional em poucos meses e seu destino costuma ser o controle ambulatorial. Concluíram que a ADT representa uma forma eficaz de assistência, apresentando bons resultados na recuperação dos pacientes cujo estado geral se encontrava bastante comprometido, sequelados ou com dificuldade de adesão ao tratamento (PARENTI *et al.*, 2005).

Feuerwerker e Merhy (2008) afirmam que as equipes de ADT defrontam-se com uma situação oposta em relação àquela enfrentada pelas equipes de cuidado paliativo: se conseguirem a adesão dos pacientes ao tratamento poderá proporcionar uma perspectiva bastante significativa de melhora, de conquista de autonomia e de prolongamento significativo da vida com qualidade.

Segundo Bento (2006), o estabelecimento de cuidados domiciliares demonstrou benefícios importantes no tratamento do HIV/Aids, sendo uma das formas de abordagem ao paciente e sua família utilizada com sucesso em diversos países.

Um dos requisitos da atenção domiciliar é o apoio ativo de um cuidador que se responsabilize pelo paciente, seja esse um familiar, um vizinho, um amigo voluntário ou um cuidador contratado. Essa modalidade implica em transferir responsabilidades, ou seja: uma parte do cuidado que institucionalmente seria realizado pela equipe de saúde passa a ser realizada pelo cuidador. Esses cuidadores precisam ser qualificados através de dispositivos de produção de educação permanente, bem como, criação de espaços de escuta e apoio, fortalecendo assim o processo de cuidado (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

O paciente e sua família são treinados para desempenhar algumas atividades no domicílio, evitando o risco de infecções adquiridas no ambiente hospitalar. Isso resulta em ampla participação da família na atenção ao paciente, promovendo um cuidar da pessoa com atenção e dignidade com direta expressão sobre uma

melhoria da qualidade de vida do paciente, conseqüentemente reduzindo o seu tempo de permanência em leitos hospitalares, contribuindo para enfrentar, inclusive, o estigma inicialmente imposto pela condição, envolvendo sexualidade, uso de drogas ilícitas, as características psicossociais peculiares da juventude e as questões referentes ao impacto da morte sobre o ser humano (BENTO, 2006).

É importante considerar que o processo de cuidar de um ente querido em adoecimento é um fator estressante para o cuidador e a família, seja pela dor de presenciar o sofrimento do ente querido, seja pelo sentimento de incômodo, de se sentir obrigado, entre outros motivos. Há significativos estudos que demonstram a deterioração da saúde e adoecimento do cuidador. Assim, existe a necessidade de se proporcionar, de fato, atenção à saúde deste cuidador, bem como o entorno familiar deve ser objeto de interesse da equipe que atende o paciente (ARAUJO; LEITÃO, 2012).

Visto que os cuidadores estão em condições de sobrecarga e vivenciam situações complexas em seu ambiente familiar, cabe aos profissionais de saúde propor políticas e implantar programas de suporte social à família, voltados para a realidade dos cuidadores, além de oferecer as orientações necessárias ao cuidado (ARAÚJO; LEITÃO, 2012).

O cuidado domiciliar terapêutico de maneira integrada promove um relacionamento prolongado estabelecido entre equipe de saúde e paciente. Além disso, oferece uma maior atenção para os membros da família e da comunidade, permitindo um acompanhamento mais próximo das necessidades dos pacientes. As vantagens do programa ADT são aparentes em opiniões de pacientes, uma vez que 97% dos pacientes aprovam os seus serviços e 69% preferiram o serviço durante o atendimento ambulatorial (GUPTA; SILVA; PASSOS, 2005).

A ADT foi considerada como uma alternativa importante e valiosa quando comparada a rede ambulatorial convencional e de cuidados hospitalares. Além disso, as características do programa ADT, tais como uma maior atenção e apoio por profissionais de saúde, serviços de saúde integrados, e reforço da rede social para o paciente, devem ser incorporadas à prática dos cuidados de HIV convencional como um meio de aumentar adesão à terapia ARV (GUPTA; SILVA; PASSOS, 2005).

De acordo com Coelho (2004), a ADT é muito mais do que administração de medicações e curativos; são ações e procedimentos de toda a equipe multiprofissional, enfatizando o grande número de atividades de enfermagem, com preservação de técnicas, além da visão holística do paciente com a percepção deste indivíduo dentro de um contexto social.

2.2.3 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Reforma Sanitária Brasileira introduz a noção de saúde como direito social, ou seja, reconhece a saúde como um direito fundamental de cidadania e a responsabilidade do Estado provê-la mediante políticas sociais e econômicas, rompendo o modelo de base meritocrata e avançando para um modelo universalista (CASTRO, 2009).

O SUS foi criado tendo como princípios norteadores: a universalidade, a integralidade, a igualdade, a participação da comunidade, a hierarquização e a descentralização político administrativa, e estando as três esferas do governo responsáveis pelo financiamento e gestão do sistema (CASTRO, 2009).

Diante da necessidade de consolidação do SUS através da substituição do modelo tradicional, foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado ESF, com a proposta de reorganização dos serviços da APS. Essa reorientação do modelo de atenção em saúde, historicamente centrado na perspectiva da cura, passa a constituir uma nova prática assistencial, construindo vínculos entre os serviços de saúde e a comunidade (KANTORSKI *et al.*, 2009).

A PNAB foi aprovada na Portaria Nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica (AB). Desta forma, a PNAB considera como termos equivalentes atenção básica e atenção primária (AP), definindo-os como:

“conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017c, p. 2).

A concepção da PNAB incorpora características definidas por Starfield (2002), como: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. A presença destes atributos caracteriza um serviço orientado à AP e representa um emblema na busca de uma AP robusta.

A PNAB tem na Saúde da Família a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da AB. É definido pela política como princípios da AB a universalidade, a equidade e a integralidade, e como diretrizes a regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017c). Segundo Figueiredo (s.d), a ESF deve reorganizar e reorientar as práticas profissionais constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa.

As diretrizes foram sintetizadas de forma similar por Campos (2007), na qual os autores referiram que para a ESF cumprir seu papel era necessário: acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade (visita domiciliar e análise do território adscrito); clínica ampliada e compartilhada com usuários (dimensão biológica, subjetiva e social); saúde coletiva (prevenção e promoção no território) e participação social (inserção da equipe na comunidade e organização dos serviços com usuários).

As equipes devem realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares às residências, em sua área de abrangência. As informações desse cadastro, juntamente com outras fontes de informação, levam ao conhecimento da realidade da população, seus principais problemas de saúde e seu modo de vida. Após identificar as demandas da comunidade, a ESF busca prestar assistência integral na unidade de saúde, na comunidade, no domicílio e nos acompanhamentos nos serviços de referência.

A ação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é aquela que produz diferença em relação a outras modalidades de organização da Atenção Básica, sendo destacado como elemento inovador dentre os elementos positivos e negativos das experiências existentes (FEUERWERKER; MERHY, 2008). De acordo com Abdalla e Nichiata (2008, p. 143), “os ACS têm um papel fundamental na questão do HIV/Aids no sentido de reconhecer mais precocemente, nas famílias, possíveis portadores e encaminhar para os cuidados necessários.”

Em 20 anos de implantação, a ESF tem sido defendida como o principal elemento da agenda política para a organização dos serviços e ações de APS no Brasil. Contudo, devido à sua inserção em cenários complexos e diversificados, permeados por interesses políticos, econômicos e sociais, algumas de suas potencialidades podem ser minimizadas, o que traz questionamentos quanto à sua credibilidade como reorganizador dos serviços e ações de saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o menos visível na trajetória, com mudanças pouco evidentes. Assim, a discussão sobre a integralidade surge como uma necessidade para a consolidação do sistema de saúde no Brasil e desafia gestores, profissionais da saúde, professores e sociedade civil. A reflexão sobre integralidade é importante diante da perspectiva de um princípio que alberga a transversalidade com os demais princípios e com reflexo concreto na qualidade da assistência (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

A PNAB define integralidade como um conjunto de serviços que atendam as necessidades da população adscrita, que vão desde promoção da saúde até os cuidados paliativos. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre ampliação da clínica, realidade local, trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e ação intersetorial (BRASIL, 2017c).

De acordo com Mattos (2009) a integralidade é classificada em três categorias: políticas de saúde, organização dos serviços e práticas. Sobre as políticas de saúde, a integralidade deve amarrar ações de alcance preventivo e assistenciais, manifestando-se também na capacidade de abarcar os diversos grupos atingidos pelo problema, respeitando-se suas especificidades, seus desejos e sem negligenciar seus direitos.

Em relação à organização dos serviços, a integralidade é um contraponto ao modelo hospitalocêntrico e ao planejamento de programas verticais na assistência e prevenção, que configura um sistema fragmentado de atendimento. Ou seja, um modo contínuo de organizar as práticas baseado na apreensão também contínua e ampliada das necessidades de saúde da população (MATTOS, 2009).

No terreno das práticas, a integralidade remete ao imperativo de considerar o sujeito em sua totalidade, não apenas em seus aspectos biológicos, mas também nos psicológicos e sociais. Esta superação se expressa na compreensão ampliada

dos problemas do paciente e, ainda, na incorporação de atividades preventivas às assistenciais (MATTOS, 2009).

Os esforços isolados dos trabalhadores ou dos serviços – denominada como integralidade focalizada – não são capazes de dar conta da resposta a todas as necessidades, havendo de se lançar mão também de uma integralidade ampliada, na articulação com a rede de saúde (diferentes espaços de tecnologias distintas conectados entre si) e com outros setores. A partir das necessidades reais dos sujeitos, a integralidade no “micro”, em cada serviço, reflete-se no “macro”, na teia de serviços, no sistema de saúde (CECÍLIO, 2009).

Para promover atenção integral, a atenção básica deve desenvolver ações de saúde com qualidade e resolutividade, bem como estabelecer articulação orgânica com o conjunto da RAS (BRASIL, 2017c). Assim, é necessário que a ESF realize ação integrada com os serviços de referência em HIV/Aids, de forma a intensificar o acompanhamento das PVHA. A integração entre os serviços de saúde ajudará a assegurar assistência contínua, o que significa que o indivíduo será acompanhado em todos os estágios e estimulado no fortalecimento de sua autonomia. Os profissionais da ESF precisam ser capacitados, permanentemente, quanto ao diagnóstico, tratamento e competência para decidir sobre quando encaminhar os pacientes aos serviços especializados (SILVA *et al.*, 2005).

Embora o cuidado às PVHA ocorra predominantemente nos serviços de saúde especializados, sobretudo ambulatoriais, a indução da ESF, como porta de entrada preferencial RAS e como responsável pelos cuidados aos pacientes de sua área adscrita, é um elemento importante para a prevenção e adequado manejo das complicações e agravos, pois inclui os aspectos epidemiológicos e sanitários, destacando-se não apenas pela implementação de ações básicas de prevenção e assistência, mas pelo fortalecimento da integração entre os diferentes pontos de atenção à saúde existente na rede de serviços (MEDEIROS *et al.*, 2016).

De acordo com Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016), conclui-se que a ESF tem apresentado diversos avanços, contudo, enfrentam problemas, sobretudo impostos pela estrutura federativa do país, forças econômicas e pelas grandes iniquidades regionais, além de um importante crescimento do setor privado nos últimos tempos, o que dificulta a organização da APS como eixo principal. Desta

forma, a sua sustentabilidade e o seu desenvolvimento dependem do grau de investimento do Estado.

2.3 Cuidado integrado

A cronicidade da Aids continua a desafiar os serviços e profissionais de saúde a desenvolverem um cuidado à saúde de melhor qualidade (SOUSA; SILVA, 2013).

A oferta de cuidado às PVHA deve transcender os serviços especializados e contar com a participação ativa da ESF. Na perspectiva da integralidade, é necessário que a ESF, mesmo diante da necessidade de referenciar o usuário, mantenha articulação com os serviços especializados, de modo que participe do acompanhamento do usuário na RAS para a provisão de cuidado eficiente e integrado dentro do sistema (MEDEIROS *et al.*, 2016).

A proposta de organização de redes tem assumido diferentes significados, tendo uma vertente de discussão centrada no “campo do cuidado integrado”. Sob esta denominação genérica, é agrupada uma gama de intervenções com diferentes denominações em vários países, que variam muito em objetivos, escopo e mecanismos, e que tem em comum a busca por mecanismos e instrumentos de integração, incluídos os dirigidos à prática clínica individual, à integração organizacional horizontal ou vertical e entre setores, como saúde e cuidado social (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O conceito de integralidade remete, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. É indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável que responda as diversas necessidades de saúde dos indivíduos (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Ainda de acordo com os autores, essa concretização de um “sistema sem muros” que elimine as barreiras de acesso nos diferentes níveis de atenção e que

ultrapasse de fato as fronteiras ainda é difícil, embora seja consensual entre os profissionais a importância dessa integração. Sendo assim, devido o problema da fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na APS (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Os discursos e as políticas sobre a integração fundamentam-se, em três linguagens: a estrutural (modificação das fronteiras das organizações), a clínica (modificações nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações). No entanto, em qualquer uma dessas formas de integração a concretização é conflituosa, uma vez que os diversos atores e organizações envolvidos não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para se engajarem em um projeto clínico nessa nova (e mais exigente) modalidade de cooperação (HARTZ E CONTANDRIOPOULOS, 2004).

De acordo com Leite *et al.* (2014), a integralidade precisa ser trabalhada em inúmeras dimensões para ser alcançada, subdividindo-se em focalizada ou ampliada. A focalizada seria aquela relacionada ao compromisso e a preocupação, da equipe de saúde de um determinado serviço, em realizar a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aqueles que procuram atendimento. A ampliada é pensada em redes, correspondendo, assim, à articulação entre os serviços de saúde e outras instituições, visto que as várias tecnologias estão distribuídas em diferentes serviços e a melhoria das condições de vida depende de uma articulação intersetorial.

A prestação de serviços assistenciais e preventivos em cenários além do espaço do consultório ou da unidade de saúde deve estar entre as ações de um profissional de saúde integral, fundamentado na APS, a fim de atender às necessidades e se integrar ao território. Contudo, por mais ampla que seja a carteira de serviços na APS, as ações para um cuidado integral devem ser integradas aos demais serviços de saúde da rede, para responder às necessidades mais complexas, o que também requer atuação interdisciplinar no campo das práticas (FRANCO, 2017).

Para que a equipe desenvolva e atinja sua maturidade, no sentido da integração, é necessário que se apropriem das potencialidades e contribuições de cada indivíduo que a compõe. Isto significa que cada parte deste todo conte com

certo grau de permeabilidade que lhe permita modificar e ser modificado no processo de construção de um saber e um fazer que transcenda o limite do individual (GALVAN, 2007).

É a equipe de saúde que funciona como um ambiente facilitador em prol da saúde e do desenvolvimento do indivíduo em tratamento; é a instituição considerando desde as responsáveis pela formação dos profissionais, até as assistenciais, que podem funcionar como ambiente facilitador para o desenvolvimento e amadurecimento das equipes (GALVAN, 2007).

Segundo Camelo (2011), para que o processo de integração aconteça é necessário que seja trabalhado, na relação intrínseca entre os sujeitos, a desigualdade entre os diferentes trabalhos e os trabalhadores. É necessário criar possibilidades dos sujeitos interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho.

O grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas conceitua a interdisciplinaridade. Esse processo não deve se constituir nos serviços de saúde como modismo ou “camisa de força” para os trabalhadores, e sim, como uma construção reflexiva coletiva que analise e problematize as práticas cotidianas e as relações de saber e de poder em seu interior. O foco deve ser a construção de práticas mais efetivas e formas de trabalho mais satisfatórias para trabalhadores e usuários (COSTA, 2007).

A autora refere ainda que a integração só é realizada por meio da intencionalidade, baseada no plano institucional, que pode fomentá-la com políticas e projetos, mas também, e principalmente, com o desejo de cada profissional de aderir a esses projetos e de se engajar na construção da prática coletiva (COSTA, 2007).

Em todos os níveis de atenção à saúde, percebe-se a necessidade do trabalho interdisciplinar, uma vez que é a partir desse modelo de trabalho que se almeja alcançar uma abordagem integral sobre os diversos fenômenos que interferem na saúde da população. A partir dessa abordagem, objetiva-se atingir maior eficiência e eficácia dos programas oferecidos à população. Ultrapassar o âmbito individual e clínico exige mudanças na maneira de atuar e na própria

organização do trabalho e demanda alta complexidade de saberes (LOCH-NECKEL *et al.*, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar a integração do cuidado entre as equipes de Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids (ADT) e Estratégia Saúde da Família (ESF) em Campo Grande – MS, na perspectiva de profissionais, pacientes e cuidadores.

3.2 Objetivos específicos

Descrever a integração do cuidado na assistência à saúde prestada aos pacientes com HIV/Aids, na perspectiva de profissionais das equipes ADT e ESF.

Descrever a integração do cuidado na assistência à saúde recebida pelas equipes ADT e ESF, na perspectiva dos pacientes e cuidadores.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo, local e período da pesquisa

Trata-se de pesquisa qualitativa, com base em dados primários, no período de fevereiro a maio de 2017, realizada no município de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul com população estimada de 874.210 habitantes segundo IBGE (2017).

4.2 Participantes da pesquisa

Para a obtenção dos dados referente à integração, a população foi composta por 28 profissionais de saúde e 09 pacientes e/ou cuidadores, conforme tabela a seguir:

Tabela 1 – População da pesquisa

Equipe	Nº de Profissionais	Nº de Pacientes
ADT	4	9
ESF Parque do Sol 1	3	1
ESF Parque do Sol 2	3	1
ESF Aero Rancho	3	1
ESF Paulo Coelho	3	1
ESF Cohab	3	1
ESF Noroeste	3	1
ESF José Abraão	3	2
ESF Zé Pereira	3	1

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram pessoas maiores de 18 anos que atuassem como profissionais de nível superior na equipe de ADT e de ESF. Em relação aos profissionais da ESF, foram incluídos todos que possuíssem pacientes em sua área de abrangência em acompanhamento pela ADT. Foram incluídos, ainda, os pacientes e cuidadores em acompanhamento pela ADT que

estivessem em área de abrangência de ESF. Ao final, compuseram a amostra 26 profissionais das equipes de ADT/ESF, sendo: 22 da ESF (8 enfermeiras, 7 médicos e 7 odontólogos); 4 da ADT (1 médico infectologista, 1 enfermeira, 1 psicólogo e 1 assistente social); 8 pacientes e 7 cuidadores .

Os participantes receberam códigos que os identificavam como profissional ou paciente e/ou cuidador: 1 a 22 para profissionais da ESF; 1 a 4 para profissionais da ADT; e de 1 a 7 para paciente e/ou cuidador. Segue o exemplo da codificação: profissional enfermeira da ESF - “ESF-E1”.

Os critérios de exclusão da pesquisa foram os profissionais que estivessem de licença médica durante período da entrevista, as pessoas que apresentassem comprometimento na capacidade de compreensão e verbalização e os participantes que se sentissem constrangidos. Assim, foram excluídos 2 profissionais de ESF devido a ausência de lotação de profissional médico na ESF Parque do Sol e odontólogo na ESF Zé Pereira. Foi excluído ainda, um paciente (ESF Aero Rancho) devido comprometimento na capacidade de verbalização e compreensão e indisponibilidade de horário do cuidador (a) para receber a entrevistadora.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no Centro de Doenças Infectoparasitárias – CEDIP, onde a equipe ADT está vinculada, nas Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF que possuem pacientes em acompanhamento pela ADT e na residência dos pacientes atendidos por ambas as equipes.

Foram elaborados pela própria pesquisadora os roteiros de entrevistas para fins da presente pesquisa, que compõem os apêndices A, B e C. As variáveis do instrumento dos profissionais da saúde foram profissão, sexo, idade, vínculo empregatício, especialização, tempo de atuação na equipe e participação em curso de cuidado integrado; conhecimento dos pacientes com HIV/Aids com sequelas pela ESF e conhecimento do trabalho da ADT/ESF; desenvolvimento de ações de cuidado integrado, qualidade da assistência e integralidade das equipes ADT e ESF; perspectivas e as dificuldades nas ações de cuidado integrado pelos profissionais.

As variáveis em relação aos pacientes e/ou cuidadores foram sexo e idade; serviços que buscam na ESF e na ADT e recebimento de visita domiciliar pela ESF; percepção sobre integração das duas equipes, e de quem coordena as ações de cuidado (ADT ou ESF).

Para fins de avaliação do instrumento elaborado, foi solicitado para que seis profissionais da saúde, que não compuseram o estudo, analisassem se as questões presentes no instrumento eram capazes de responder aos objetivos da pesquisa, conforme apêndice D. Desta forma foi solicitado aos profissionais de saúde que fizessem sua contribuição quanto à validade semântica do instrumento, uma vez que não existia nenhum instrumento validado que atendessem aos objetivos da pesquisa.

Os convidados para participarem da avaliação semântica do instrumento foram os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU) com amplo conhecimento do funcionamento da rede municipal de saúde. Após a análise das sugestões desses profissionais, foram iniciadas as entrevistas com o público alvo.

Para a realização da entrevista, todos os profissionais e os pacientes e/ou cuidadores foram informados sobre a pesquisa, os objetivos, a metodologia empregada, a inexistência de discriminação e riscos atuais ou potenciais, benefícios previstos e a necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme apêndices E e F.

Após as informações e a concordância em participar, foi lido o TCLE para os sujeitos que confirmaram a compreensão do seu teor e, assim convidados a assinar, em duas vias, ficando uma com o entrevistado e outra com o entrevistador. As entrevistas foram realizadas individualmente, no próprio ambiente de trabalho ou no domicílio dos pacientes e/ou cuidadores, utilizando-se os instrumentos específicos para cada grupo de participantes, com duração de aproximadamente 30-40 minutos. Essas entrevistas foram gravadas e depois transcritas.

Não houve qualquer tipo de ressarcimento aos convidados da pesquisa de modo a garantir a autonomia da decisão do indivíduo.

4.4 Organização e análise dos dados

Para a exploração dos dados, foi utilizada a técnica de análise de discurso de Laurence Bardin, que utiliza a categorização. De acordo com Bardin (2000), a categorização é uma operação de classificação dos elementos presentes nos dados produzidos na pesquisa, fornecendo por condensação uma representação simplificada dos dados brutos.

A técnica procura estabelecer ligações entre a situação (condições de produção) na qual o sujeito se encontra e as manifestações semânticos-sintáticas do discurso.

4.5 Aspectos éticos

Por tratar-se de pesquisa de dados primários, sendo participantes os profissionais da SESAU e os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esses profissionais, foi solicitada autorização junto à mesma para a realização da coleta de dados (ANEXO A), a qual foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do Parecer 1.803.079 (ANEXO B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Profissional da saúde

5.1.1 Caracterização profissional

Para a caracterização dos profissionais entrevistados foram realizadas perguntas sobre profissão, sexo, idade, vínculo empregatício, tempo de atuação na equipe, especialização e capacitação em cuidado integrado.

Tabela 2 – Caracterização das equipes de ESF e ADT segundo características profissionais e pessoais, Campo Grande – 2017 (n=26)

Variáveis	Nº
Profissão	
Enfermeiro	9
Médico	8
Odontólogo	7
Assistente Social	1
Psicólogo	1
Sexo	
Feminino	19
Masculino	7
Idade (anos)	
< 31	4
31 – 40	13
41 – 50	5
51 ou +	4
Vínculo	
Concursado	23
Contratado	3
Tempo de atuação na equipe (anos)	
0-5	17
6-10	5
11 ou +	4
Especialização¹	
Sim	19
Não	7
Participação em curso de cuidado integrado	
Não	22
Sim	4

1 – Especialização em Saúde da Família = 9

Os enfermeiros foram a categoria profissional mais presente na pesquisa, seguidos de médicos e odontólogos. O sexo feminino e a faixa etária de 31 a 40 anos foi a mais prevalente entre os profissionais.

Os resultados encontrados mostram, em sua maioria, a presença de mulheres e de adultos jovens (idade entre 20 a 39 anos), semelhante aos achados por Mendonça *et al.* (2010) e Lima *et al.* (2016) de que a análise do perfil dos profissionais das equipes de saúde da família aponta para uma feminização da força de trabalho e de que há mais de um terço dos profissionais adultos jovens entre os médicos e enfermeiros nas equipes.

O predomínio de profissionais enfermeiros é um aspecto positivo, uma vez que eles detinham mais conhecimento dos pacientes participantes da pesquisa, bem como conheciam sobre a organização da rede municipal de saúde. Este aspecto corrobora com o que foi referido por Siqueira *et al.* (2015) de que os enfermeiros, enquanto profissionais da saúde, têm um papel de atuação na implementação de políticas públicas e na assistência ao usuário tanto na promoção e prevenção como no cuidado aos agravos à saúde, visando uma melhoria na qualidade de vida.

O vínculo empregatício predominante foi o concursado, com 23 profissionais pertencentes ao quadro estatutário. A realização de concursos públicos para substituição dos quadros terceirizados em todas as categorias profissionais tem sido uma preocupação recorrente dos gestores da saúde. Essa forma de contratação tem possibilitado vínculos trabalhistas mais estáveis, com impacto positivo na fixação dos profissionais nas equipes (MENDONÇA *et al.*, 2010).

Embora o concurso público seja um reflexo da política de “desprecarização do trabalho” e facilite a fixação de profissionais, a ação não é suficiente para mantê-los em suas posições de trabalho (MENDONÇA *et al.*, 2010).

Em relação ao tempo de atuação nas equipes, observa-se que a maioria dos profissionais possuía pouco tempo de fixação, conforme demonstrado na Tabela 2, podendo ser considerado um aspecto positivo ou negativo, dependendo dos autores. A rotatividade é uma condição observada com frequência entre os profissionais na rede municipal de saúde de Campo Grande.

A rotatividade, profissionais com menos de quatro anos de fixação na equipe, constitui-se num entrave ao desenvolvimento do trabalho. Essa realidade é atribuída pelos gestores e profissionais a fatores diversos, tais como a remuneração aquém

das expectativas, condições de trabalho, exigência da carga horária integral, baixa oportunidade de progressão profissional, baixo comprometimento, ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela ESF (MENDONÇA *et al.*, 2010).

No entanto, Santos *et al.* (2012) demonstraram que não há associações estatisticamente significativas entre o tempo de atuação de médicos e enfermeiros na ESF há uma maior ou menor realização das atividades previstas. Assim, enquanto espera-se que um tempo maior de experiência profissional na ESF tenha impacto na realização de mais atividades em grupo, reuniões na comunidade e visitas domiciliares, verificou-se que não é possível realizar essa associação, tencionando os discursos largamente proferidos.

Dos entrevistados, 19 referiram ter pós-graduação lato sensu em diversas áreas, com predomínio para a saúde da família (9/19). Mesmo com número considerável de profissionais com pós-graduação em saúde da família, verifica-se dificuldade de assumir na prática a incorporação dos atributos previstos na PNAB como a coordenação do cuidado pela ESF, longitudinalidade, integralidade, entre outros. Sabe-se que essa incorporação depende de outros fatores além da formação profissional, mas espera-se que o profissional especializado ou capacitado desempenhe mais a fundo o seu papel.

Na pesquisa conduzida por Santos *et al.* (2012), verificou-se que a especialização em Saúde da Família (SF) para enfermeiro não esteve associada a um maior ou menor desempenho nas atividades testadas, contrariando a expectativa. Em relação aos médicos, essa associação foi paradoxal, pois ter curso em SF ou ser especialista em Medicina da Família e Comunidade (MFC) significou realizar mais atividades de grupo, ao mesmo tempo em que esteve associada a menor frequência de realização de visitas domiciliares.

Quando foram indagados se haviam participado de algum curso com a abordagem de cuidado integrado, 22 entrevistados negaram a participação e os que disseram ter participado associaram a temática a cuidar integral (“paciente como um todo”).

A falta de qualificação torna-se uma situação que merece atenção no sentido que profissionais qualificados atuando em equipes da APS são essenciais para

construir acesso, resolubilidade, coordenação e abordagens comunitárias e “empoderadoras” (TESSER; NORMAN, 2014).

O debate acerca da crise da força de trabalho na saúde ganha relevância em todo o mundo, uma vez que as necessidades decorrentes da transição demográfica e epidemiológica, a implementação de novos modelos assistenciais, a incorporação de tecnologias, a maior circulação de pessoas e mercadorias e a migração de profissionais são fatores que interferem diretamente na necessidade de pessoal qualificado na saúde (DAL POZ, 2013).

É importante a função dos cursos e treinamentos com objetivo de preparar os profissionais para a assistência às PVHA. É fundamental que esses conteúdos e estratégias visem não apenas às especificidades do trabalho de cada um dos agentes das equipes, mas também propiciem espaços para a discussão e vivência de construção de projetos assistenciais comuns, o que mostrou ter um efeito potencializador para a integração dos diferentes profissionais e para melhorar a qualidade do cuidado prestado (SILVA *et al.*, 2002).

Diante dessa realidade, na qual os profissionais da ESF apresentam dificuldade na incorporação das concepções da PNAB, bem como no desenvolvimento de práticas de cuidado integrado, faz-se necessário realizar mudanças no processo e nas condições de trabalho, requerendo mais que capacitações pontuais ou especializações. É imprescindível o interesse e apoio dos gestores para que as mudanças aconteçam.

De acordo com Santos *et al.* (2012), há necessidade de se repensar a qualificação mais adequada para a ESF, com conteúdos que desenvolvam competências à APS, fornecendo ferramentas teóricas e técnicas necessárias ao cuidado de pessoas em diferentes fases da vida e com distintos problemas de saúde, tudo isso atrelado a uma política de gestão do trabalho e educação permanente em saúde.

5.1.2 Conhecimentos dos profissionais sobre as modalidades de atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids

Para verificar o conhecimento que uma equipe possuía em relação ao trabalho desenvolvido pela outra equipe, foi perguntado aos profissionais sobre: conhecimento pela equipe de ESF dos pacientes com HIV/Aids com sequelas que estavam em acompanhamento pela ADT e se uma equipe conhecia a atuação da outra.

Tabela 3 – Reconhecimento da atuação das equipes entre os profissionais da ESF e ADT

Categorias	Nº
Conhecimento pela ESF dos pacientes com HIV/Aids com sequelas incapacitantes	
Sim	13
Não	9
Conhecimento dos profissionais pelo trabalho das equipes ADT/ESF	
Não	13
Sim	10
Parcialmente	3

Em relação à pergunta a ESF sobre o conhecimento dos pacientes com HIV/Aids de sua área de abrangência que possuíam sequelas ou estavam com limitação de mobilidade acentuada, 13 (50%) responderam que conheciam, destes 6 eram enfermeiras, 4 médicos e 3 odontólogos.

Quando indagados se uma equipe conhecia o trabalho desenvolvido pela outra equipe, a maioria respondeu que não conhecia. Entre os profissionais da ESF, a maioria afirmou que as informações que possuíam sobre as ações desenvolvidas pela ADT eram as repassadas pelos pacientes e cuidadores.

O comportamento fragmentado dos profissionais da ADT e ESF é evidenciado, uma vez que os pacientes e/ou cuidadores, na maioria das vezes, estão sendo assistidos exclusivamente pela equipe especializada e que não há compartilhamento do cuidado com a equipe da ESF.

A centralização da assistência em um único serviço favorece a descontinuidade e a fragmentação do cuidado e contribui com o despreparo dos profissionais para atuar de modo resolutivo sobre as especificidades dos pacientes.

Esse comportamento culmina em uma assistência ineficaz, centrada nos serviços de saúde especializados, ocasionando a fragmentação da RAS (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012).

No estudo realizado por Almeida, Marin e Casotti (2016), ressaltou-se que uma das principais causas da má qualidade da atenção é a fragmentação do cuidado, ocasionada pela comunicação ineficaz, estando associada a custos mais elevados, duplicação de procedimentos diagnósticos, uso de múltiplos medicamentos e planos terapêuticos conflitantes, sendo os efeitos negativos mais potentes sobre as condições crônicas.

A integração da atenção básica com serviços de saúde de média e alta complexidade é um desafio, conforme Franco (2017), principalmente quanto à troca de informações entre os profissionais que são bastante limitadas por fragilidades da organização da rede municipal de saúde.

No estudo realizado por Targa e Sirena (2016) verificou-se que na prática, as relações entre os programas de internação domiciliar e UBS restringem-se à prestação de cuidados e ao fornecimento de recursos materiais, não tendo sido possível identificar elementos que caracterizem uma articulação dos serviços para garantir a complementaridade de ações e a integralidade da atenção.

As práticas assistenciais requerem maior integração entre profissionais para que as questões de IST/Aids não se limitem a momentos pontuais, grupos específicos, protocolos verticais ou distribuição de insumos (SANTOS *et al.*, 2012). A integração entre serviços contribui para um melhor acolhimento, vinculação, resolubilidade pela atenção básica, possibilitando uma aproximação e comunicação efetiva com o serviço especializado. Assim, as equipes de ESF se sentirão fortalecidas pois, podem contar com apoio das equipes especializadas sempre que necessário.

Diante do exposto, evidencia-se o quanto a assistência à saúde é desenvolvida de forma fragmentada ou isolada, ou seja, as duas equipes assistem o mesmo paciente sem trocarem informações ou compartilharem a assistência, estando dentro de uma única rede de saúde.

A ESF com dificuldade em assumir o papel de coordenadora da assistência ao paciente mais crítico de sua área de abrangência, frente às demandas e o grande número de usuários, bem como a falta de recursos humanos e materiais, assim ela

se desresponsabiliza pelo cuidado quando o paciente está sendo acompanhado por outro programa. A equipe especializada em desempenhar o matriciamento e compartilhar o cuidado, considerando a história de implantação da equipe no modelo centralizado e dos pacientes acompanhados que também demonstram resistência em buscar assistência na atenção básica.

5.1.3 Ações de cuidado integrado pelos profissionais

Para verificar as ações de cuidado integrado desenvolvidas pelos profissionais da ADT e ESF foi perguntado se prestavam assistência à saúde de forma integrada, se os profissionais acreditavam que a integração melhoraria a qualidade da assistência e se conheciam os motivos de melhora.

Tabela 4 – Ações de cuidado integrado pelos profissionais das equipes de ESF e ADT

Categorias	Nº
Desenvolvimento de ações de cuidado integrado	
Não	24
Às vezes	2
Conhecimento se a integração entre as equipes melhora a qualidade da assistência	
Sim	22
Não	3
Não sabe	1
Motivos da melhora da qualidade da assistência quando há integração	
Informações compartilhadas do paciente	12
Integralidade das ações	12
Continuidade e complementariedade da assistência à saúde	10
Acesso geográfico facilitado	6
Aumenta a adesão ao tratamento	1

Quando indagados se desenvolviam ações de cuidado integrado, 24 responderam não. Dos profissionais que afirmaram realizar “às vezes”, nenhum especificou quando e nem como essas ações eram desenvolvidas.

Diante da negativa do desenvolvimento de ações de cuidado integrado, pode-se inferir que as equipes não dialogam e nem planejam as ações de saúde de forma conjunta, dispensando cuidados para o mesmo paciente e/ou cuidador.

Perguntou-se também se a integração entre as equipes melhoraria a qualidade da assistência e o porquê, 22 acreditam na melhora. As equipes não realizam ações de saúde compartilhadas, mesmo reconhecendo a importância que teria para a qualidade da assistência ao paciente.

A dificuldade na integração pode estar associada, além de um contexto histórico de que “sempre foi assim”, pois, desde a implementação da ADT não houve incentivos ou mecanismos institucionais formais para integrar a equipe especializada com a rede de saúde, bem como a barreira criada pelas PVHA de se manterem mais vinculadas a serviços especializados, evitando o constrangimento da exposição do seu diagnóstico em outros serviços.

Segundo Medeiros *et al.* (2016), um único serviço não detém de todo o aparato necessário para atender às necessidades de atenção geradas pela infecção, adoecimento e tratamento das PVHA. Além de reconhecer a necessidade da integração, é imprescindível que os serviços de saúde e seus profissionais compreendam a dinâmica do perfil epidemiológico do HIV/Aids no Brasil e suas transições, para que proporcionem uma assistência mais qualificada a esses indivíduos.

Costa (2007) verificou ser unanimidade, entre os trabalhadores, a importância da interdisciplinaridade para o trabalho em saúde, mas parece haver dificuldade em defini-la. Ela é vista como encaminhamento de pacientes de um profissional para outro ou como trabalho em equipe. A dificuldade em conceituá-la gera distorções na prática das atividades, levando a percepção de que a ocorrência da interdisciplinaridade é praticamente inexistente, exceto em projetos específicos.

No estudo conduzido por Silva *et al.* (2002), foi demonstrado que os profissionais possuem a percepção da importância do trabalho multiprofissional, mas ainda está fortemente organizada num modelo biomédico, resultando na compartimentalização do atendimento.

Apesar de ser teoricamente correto considerar a saúde como campo transdisciplinar, pela complexidade de seu objeto, observa-se que os serviços de saúde que contam com atendimento de equipe multiprofissional são realizados com divisão de trabalho e verticalização dos conhecimentos (COSTA, 2007).

De acordo com Almeida *et al.* (2010), a atuação da ESF é fundamental para a efetividade da integração do cuidado, visto que as principais características são a

possibilidade de estabelecer maior vínculo com os indivíduos/famílias, de assumir a coordenação do cuidado junto aos demais níveis e acompanhar todo o percurso do usuário na rede. Desta forma, as equipes de atenção básica são as mais aptas para assumirem a função de coordenar o percurso terapêutico dos usuários no interior da RAS (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2016).

Em relação aos motivos elencados sobre a melhora na qualidade da assistência quando há integração, a maioria referiu que às informações compartilhadas do paciente pelas equipes possibilitaria prestar um cuidado de melhor qualidade, evitando a duplicidade de condutas.

O segundo motivo mais relatado quanto à melhora da qualidade da assistência foi a integralidade das ações, uma vez que as duas equipes atenderiam o paciente de forma mais integral, compreendendo-o como ser humano em seu contexto biológico, social e cultural. Neste sentido, segue algumas transcrições de discurso em que é percebida a importância de integrar as equipes, conforme categorização:

- Informações compartilhadas do paciente

“ESF-E1” - “Aí a médica daqui passou o remédio para ele, quando a equipe do Cedip foi visitá-lo disse que não era para tomar. Aí nós ficamos naquela dúvida, mas por quê? Aí nós pedimos para a mãe dele solicitar uma “cartinha” deles para entender o motivo que eles estavam suspendendo. Porque a “gente” fazia o acompanhamento. Aí que eles falaram que essas medicações já estavam contempladas nas medicações que eles levavam. Mas, precisou a “gente” ir atrás e tudo mais”.

“ESF-M2” – “A gente não sabe quais as medicações que ele toma, quais são as recomendações, aí fica duas equipes trabalhando sem se conversar. Eu acho que se houvesse essa conversa iria ser mais efetivo com certeza”.

Muitos profissionais verbalizaram que a informação compartilhada do paciente evitaria a duplicidade de conduta e o constrangimento, melhorando a qualidade da assistência. É importante para a segurança do paciente que todos que prestam

atendimento a ele conheça os cuidados que estão sendo dispensados nos diversos pontos da rede de saúde.

A qualidade da assistência está relacionada à segurança do paciente e, portanto, a troca de informações, o trabalho em equipe e a comunicação são importantes para que se evitem erros (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

- Integralidade na assistência

“ESF-E5” – “Acredito que a fragilidade que um observa pode estar ajudando a outra equipe. Até mesmo na questão da coleta de informações, de saber como o paciente está, se está precisando de alguma coisa. Tendo em vista, que a equipe que está lá a família já confia e já está acostumada, a família já se abriu e sabe que é “soropositiva”. Às vezes, fica mais fácil eles contarem para eles do que para nós. Nesses caso, essa família não comenta sobre a “soropositividade”, nem para ACS eles comentam. A gente sabe que tem, porém nós não comentamos, não tocamos no assunto. Então, eu acredito se as equipes conversassem seria excelente para melhorar a qualidade da assistência”.

“ADT-M3” – “Mas, se houvesse essa junção seria melhor até na discussão do plano terapêutico para esse paciente. Às vezes, ele vai consultar em uma unidade e prescrevem um remédio que não pode usar junto com outro que ele já toma, aí a gente acaba fazendo a troca. Então, essas discussões ajudariam evitar que isso pudesse acontecer.”

No discurso dos entrevistados, foi destacado que o cuidado integrado melhoraria a qualidade da assistência, pois, o paciente seria assistido com integralidade.

A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população que vão desde a promoção até os cuidados paliativos, além do reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (BRASIL, 2015).

Mattos (2009) classificou a integralidade em três categorias: políticas de saúde, organização dos serviços e práticas. Em relação às políticas, a integralidade

deve alcançar ações preventivas e assistenciais. Sobre a organização dos serviços, a integralidade é definida como modo contínuo de organizar as práticas baseado na apreensão ampliada das necessidades da população. No terreno das práticas, a integralidade remete ao imperativo de considerar o sujeito em sua totalidade, considerando-o em seus aspectos biopsicossociais.

Práticas integrais no contexto da ESF exige habilidade com o trabalho interdisciplinar, visto a necessidade de interagir com profissionais de diferentes habilidades e formação, a fim de ampliar o cuidado à população adscrita (FRANCO, 2017).

- Continuidade e complementariedade da assistência à saúde

“ESF-D3” – “Às vezes, eles sabem algumas coisas a mais, que possa ajudar na assistência aqui. Então, eu acho que acaba completando”.

“ESF –M7” – “Daria mais base para a gente atender com mais segurança e realizar um trabalho junto com o especialista. Pois, a equipe do Cedip vai conhecer mais esse paciente”.

“ESF-M16” – “Porque podíamos aprender com eles, e em vez de encaminhar podíamos cuidar também conforme vamos adquirindo habilidades”.

A continuidade e a complementariedade da assistência à saúde entre as equipes fortalece o cuidado compartilhado e a responsabilização, melhorando a resolutividade da atenção básica. Os profissionais reconhecem a importância da continuidade e complementariedade para prestarem uma assistência com mais qualidade, mas verbalizam também insegurança em atender as PVHA.

Percebe-se nos discursos dos profissionais da ESF a preocupação em adquirir “habilidade” para ter condições de assistir a PVHA, ao mesmo tempo em que os cuidados assumidos em sua totalidade pela equipe especializada diminui a carga de trabalho e melhora a resolubilidade em sua área adscrita.

Diante de tantas atribuições na atenção básica, as equipes se sentem aliviadas com a assistência desempenhada pela ADT para este paciente, considerando que ele é um caso complexo e com especificidades. Existe também um sentimento entre os membros da ESF de distanciamento em relação às especialidades.

De acordo com Pereira, Riveira e Artman (2013) o trabalho em equipe de forma conjunta e articulada amplia a capacidade de cuidado e de resolução dos problemas, uma vez que tornar os dispositivos de atenção à saúde existente mais acessível, proporciona uma atenção mais integral e compartilha a responsabilidade pela melhoria da qualidade de saúde e de vida de uma dada população.

- Acesso geográfico facilitado

“ESF-D6” – “Para dar melhor assistência odontológica ao paciente na área de abrangência dele e não precisar se deslocar tanto”.

“ADT-M3” – “Eu acredito que sim, porque para nós que somos vinculados ao Cedip, o que nós percebemos na maioria das vezes, por exemplo, quando a pessoa precisa desse acompanhamento na área de abrangência dela uma dificuldade no seguimento. Muitas das vezes, o atendimento que o médico do ADT presta é algo que poderia ser prestado na área de abrangência dele, para resolver alguma pendência desse paciente”.

De acordo com Perrechi e Ribeiro (2009), acesso é definido como a distância entre o serviço de saúde e o local de moradia do indivíduo, considerando-se o tempo e os meios utilizados para o seu deslocamento, assim como a dificuldade para a obtenção do atendimento e o tratamento recebido. Para o tratamento das doenças, sempre que possível, é preconizado que o paciente se trate próximo a sua residência, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento.

O acesso pode ser entendido também como “porta de entrada”, como o local de acolhimento do usuário no momento da expressão de sua necessidade e, de certa forma, como os caminhos por ele percorridos no sistema na busca da resolução dessa necessidade (ABREU; JESUS, 2006).

Desta forma, se o paciente acompanhado pela equipe de ADT sentir-se vinculado na ESF, que é o local mais próximo de seu domicílio, além de acesso geográfico facilitado ele será também assistido em sua área adscrita. Para que essa vinculação aconteça, é necessário que o paciente se sinta acolhido e que o serviço tenha resolutividade.

- Aumenta a adesão ao tratamento

“ESF –E10” – “Tem pessoas que não aderem ao tratamento, não entendem as orientações da equipe de referência (de lá ou de cá). Então, essa integração ajudaria a fazer o paciente entender e aderir melhor o tratamento”.

A integração do cuidado aumenta a adesão ao tratamento e conseqüentemente melhora a qualidade de vida das PVHA, uma vez que a compreensão do tratamento pelo paciente e pela equipe da atenção básica é ampliada, conforme relatado por um dos profissionais. A adesão ao tratamento também sofre influência da organização da RAS e disponibilidade regular dos insumos, fatores estes relacionados à gestão.

De acordo com Fiuza *et al.* (2013), os profissionais envolvidos no tratamento das PVHA devem compreender que as intervenções favoreçam ao paciente o controle sob sua saúde e o quanto este é responsável pelo êxito do tratamento. É importante que o profissional perceba se o mesmo entendeu a informação e o quanto a leva em consideração, além de provocar a reflexão das conseqüências positivas do tratamento e das negativas, se não houver adesão por ele.

Em decorrência de falhas no uso dos medicamentos, há necessidade de intervenção profissional, com um importante foco de atendimento a ser pautado na promoção do autocuidado e assistência integral à saúde, visto que a qualidade de vida das PVHA está relacionada à boa adesão ao tratamento (FIUZA *et al.*, 2013).

Diante do que foi exposto, verifica-se que a integração entre as equipes é considerada pelos profissionais como um atributo importante para a melhora da qualidade da assistência. Perrechi e Ribeiro (2009) também afirmaram que um dos fatores relacionados aos baixos percentuais de cura de pacientes deve ser a ausência de uma perfeita integração entre o tratamento hospitalar e o tratamento na atenção básica, demonstrando que muitos pacientes se perdem no sistema.

Assim, é necessário investir em dispositivos de integração a fim de proporcionar assistência com mais integralidade e com acesso geográfico facilitado, garantindo também a continuidade e complementariedade da assistência na RAS.

5.1.4 Dificuldades dos profissionais nas ações de cuidado integrado

Para conhecer os entraves encontrados pelos profissionais da ADT e ESF para a não realização das ações de cuidado integrado, foi perguntado sobre os fatores que dificultam a integração entre as equipes.

Tabela 5 - Dificuldade dos profissionais da ADT e ESF na realização de cuidado integrado

Categorias	Nº
Fragmentação dos serviços	11
Sobrecarga de trabalho	9
Falta de cronograma/plano de trabalho	8
Falta de iniciativa	7
Autossuficiência da ADT	2
Modelo de formação profissional	1

Há pelo menos três níveis de entraves que devem ser enfrentados no desenvolvimento de um trabalho integrado: os individuais, os grupais e os institucionais. Os entraves individuais que dizem respeito ao significado pessoal do trabalho em equipe para cada um dos membros. Os grupais são os fenômenos dos processos grupais (ansiedades, medos, disputas, conflitos) que se expressam no trabalho através de resistências, boicotes e ataques. Os entraves institucionais têm como principal problema o uso do saber como instrumento de poder, através da utilização do saber como um diferencial dentro das instituições onde quem não tem um saber formalizado, nomeado, reconhecido como tal, ocupa o lugar de submissão e perde a voz (GALVAN, 2007).

Segue as transcrições de alguns discursos, conforme categorização, para exemplificar:

Fragmentação dos serviços

“ESF-M4” - “Não foi nem pensado uma maneira de integrar toda a rede pública. Cada um tem um projeto, mas um distinto um do outro. Ninguém pensa em fazer acompanhamento global e integrado. Todo mundo faz com competência, mas não tem comunicação entre as esferas”.

“ESF-E15” – “Aqui na unidade tem um mundo de coisas para se preocupar, e aí você acaba nem pensando na maneira de fazer essa integração. Cada um na sua, cada um com seus problemas. Na verdade, nós vamos tocando”.

A maioria dos profissionais entrevistados pontuou a fragmentação da rede de saúde como um entrave para a realização de ações de cuidado integrado. A percepção dos integrantes das equipes é que RAS não dispõe de condições para que a integração aconteça. É uma realidade que foi constatada nas seções anteriores, na qual pôde ser verificada a ausência de ações compartilhadas e sem continuidade entre as equipes.

Os resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) evidenciaram que uma prática pouco frequente é o contato entre profissionais da atenção básica e demais especialistas e ainda menos habitual, o processo inverso, demonstrando que existe uma barreira à coordenação do cuidado pela atenção básica devido à baixa disponibilidade de prontuários eletrônicos compartilhados e o débil recebimento de contrarreferência por meio das tradicionais guias em papel (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2016).

A estruturação dos serviços com base na multiprofissionalidade simplesmente não tem garantido respostas adequadas. As práticas dos diferentes profissionais são frequentemente isoladas e muitas vezes concorrentes, demonstrando uma dificuldade de interação entre diferentes competências técnicas (SILVA *et al.*, 2002). Nos dados coletados, evidenciou-se essa dificuldade de interação, uma vez que o distanciamento piora quando falamos de diferentes equipes multiprofissionais.

Desse modo, o trabalho em saúde, em geral, orienta-se mais para os procedimentos e menos para as necessidades das pessoas, havendo empobrecimento de sua dimensão cuidadora e da integralidade (NEVES, 2008).

Sobrecarga de trabalho

“ESF-E9” - “Acredito que a sobrecarga tanto para nós quanto para eles”.

“ESF-E11” – “Demanda de trabalho. Por mais que você tenha agenda, mas toda hora chega alguém e você não pode mandar embora, tem que atender, tem que escutar o paciente. Mas se for

agendado, programado, aí podemos organizar na agenda e fazer acontecer, estratégia para tentar fazer essa consulta compartilhada. Hoje a minha maior dificuldade é a ausência do médico, pois se tivesse eu poderia direcionar muito melhor as coisas”.

“ESF-O12” – “No meu caso, é que eu tenho que atender muito paciente e não tenho tempo para ficar conversando”.

A sobrecarga de trabalho foi outra condicionalidade apontada como um entrave para a não realização de ações integradas entre as equipes. Entre os profissionais é comum o sentimento de que a realização de cuidado integrado aumenta ainda mais as atividades a serem desempenhadas. Essa sensação é um equívoco, pois a integração diminui a duplicidade de condutas e melhora a qualidade da assistência.

De acordo com Tesser e Norman (2014), quando se tenta realizar um melhor acolhimento através de viabilização do acesso, comumente, gera-se nas equipes angústia, devido a carga extenuante de trabalho e estresse emocional. Portanto, são necessários profissionais em número suficiente para possibilitar condições de trabalho que permitam acesso e atendimento em longitudinalidade.

É necessário evidenciar que os profissionais da ESF verbalizaram a sobrecarga de trabalho como uma justificativa tanto para não realizarem integração quanto para não assumirem o papel de coordenadores da assistência.

Sabe-se que a ESF enfrenta dificuldade em algumas áreas devido a excesso de população adscrita, principalmente em locais de maior vulnerabilidade social, equipes incompletas, falta de material, baixa cobertura de ESF, entre outras condições. Essas dificuldades precisam ser sanadas ou pelo menos minimizadas pelos gestores através de garantia de condições de trabalho propícias para que as equipes consigam trabalhar de forma organizada e planejada, atendendo a demandas gerais e de públicos específicos.

Segundo Franco (2017), as condições extrínsecas aos médicos afetam o trabalho de toda a equipe. O excesso de população adscrita prejudica a agenda dos médicos, atingindo, por exemplo, a oferta de procedimentos invasivos de pequeno porte, o acompanhamento de grupos prioritários, a realização de visitas domiciliares e a participação em reuniões de equipe de modo mais regular. Outras deficiências

se referem à estrutura das UBS e à frágil organização da rede assistencial para o diálogo entre os níveis de atenção.

A pesquisa realizada por Mendonça *et al.* (2010), demonstra também a necessidade do aperfeiçoamento das habilidades e competências para lidar com o amplo contingente dos problemas de saúde e as diversidades socioculturais das comunidades. A atuação em áreas de maior vulnerabilidade social tensiona o trabalho das equipes, que referem o estresse entre os profissionais como fator de abandono das funções.

Falta de cronograma/plano de trabalho

“ADT-AS1” - “Eu acho que na verdade falta uma política para isso, uma visão maior dessa integração. Eu acho que fica muito fragmentado. Falta um direcionamento”.

“ESF-M7” – “Só questão de sentar e as equipes se organizarem para fazer acontecer mesmo. Acho que é isso que falta, pois eu nem sabia da existência dessa equipe”.

A falta de cronograma ou plano de trabalho foi apresentada por alguns profissionais como dificuldade para realizar ações compartilhadas. Vale salientar, que para definição de cronograma ou plano de trabalho não basta apenas que os membros das equipes definam entre si, é necessário que os responsáveis pelas equipes estejam também envolvidos no processo.

De acordo Almeida, Marin e Casotti (2016), os múltiplos provedores independentes, sem um eixo articulador, não conseguem definir claramente suas responsabilidades. Assim, para que as equipes possam desenvolver cuidado integrado é necessário um articulador que auxilie na condução das ações, trabalhando as dificuldades e potencialidades.

Por isso, para que as equipes trabalhem as dificuldades e consigam desenvolver cuidado integrado faz-se necessário que um apoio institucional esteja presente para respaldar os membros das equipes, demonstrando o quanto é importante para a instituição que a assistência à saúde seja prestada com qualidade, bem como forneça subsídios com discussões e ações mais aprofundadas para que os objetivos propostos sejam cumpridos.

O apoio institucional proporciona a ampliação da capacidade de análise das equipes, enquanto busca incluir os colaboradores no trabalho, facilitando a reflexão acerca das dificuldades daquele ambiente (BARROS; DIMENSTEIN, 2010).

Falta de iniciativa

“ESF-E1” – “Sinceramente, acho que a gente nunca tentou. Acho que é mais falta de tentativa. Porque eu não sei qual o dia que eles veem. Se de repente nós soubéssemos que dia eles veem, poderíamos ajeitar nossas agendas e sentar juntos. Nem a gente e nem eles nunca tentou”.

“ESF-O3” – “Eu acho que é o dia a dia, o trabalho deixa a gente muito focado. Sei lá, as atividades mesmo do posto. Eu nunca procurei eles e nem eles nunca procuraram a gente. Pode até ser por falta de informação”.

A falta de iniciativa também foi uma condição apresentada para não realizar cuidado integrado. De acordo esses profissionais, a integração entre eles não é executada devido falta de iniciativa e interesse. Mas não basta apenas ter iniciativa ou interesse de alguns profissionais para que as ações de cuidado passem a serem compartilhadas, é necessário que os gestores ou coordenadores contribuam com essas propostas. Neste sentido, os gestores devem demonstrar que acreditam na integração, atribuindo importância as ações integradas.

Assim como apresentado no entrave anterior (“falta de cronograma/plano de trabalho”), o apoio institucional deve trabalhar as dificuldades pessoais dos membros das equipes, a fim que se compreenda a importância e a necessidade do cuidado compartilhado.

Os recursos humanos em saúde constituem um dos principais desafios ao processo de implementação do SUS. Esses desafios são ainda maiores quando se analisa a ESF, seja no que diz respeito à formação e qualificação dos profissionais para atuarem no âmbito das equipes de saúde da família, seja pela questão dos vínculos trabalhistas e estratégias de fixação de pessoal, seja ainda pela adesão desses profissionais à proposta da ESF (MENDONÇA *et al.*, 2010).

Autossuficiência da ADT

“ADT–P2” – “Acho que não teria um entrave maior. Toda vez que nós precisamos recorrer a eles tivemos uma boa resposta. A questão mesmo é que a nossa equipe parte do princípio que nós precisamos resolver o problema do paciente e não ficar delegando ou passando para o outro resolver. Então, por isso que muitas vezes a gente não recorre, nós damos conta, não precisamos pedir ajuda para eles”.

A autossuficiência pela equipe especializada é refletida através da pouca disponibilidade para matricular e realizar cuidado integrado, não reconhecendo seu papel de matriciadora. A equipe especializada assume toda a assistência à saúde do paciente, fazendo com que ele tenha a percepção que o acompanhamento da atenção básica é inferior ou desnecessário. Em relação à equipe de ESF, o sentimento é de não conhecer a assistência que está sendo prestada, ficando alheio ao acompanhamento executado pela ADT.

De acordo com Campos e Domitti (2007), na saúde houve uma crescente divisão do trabalho que dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, já que as distintas profissões de saúde definiram objetos de intervenção e campos de conhecimento sem grandes compromissos com a abordagem integral dos processos saúde e doença concretos.

Em decorrência dessa realidade foram se estruturando organizações de saúde com elevado grau de departamentalização. Essa estrutura cria dificuldades gerenciais extremas e constitui-se em um obstáculo estrutural à adoção do método de trabalho de apoio matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Segundo Gazignato e Silva (2014), as dificuldades na implantação do matriciamento ocorrem devido às resistências, preconceitos e despreparo dos profissionais. Algumas questões para reflexão são necessárias quanto aos aspectos que dificultam a comunicação entre as equipes, ao fortalecimento do trabalho em rede, à superação de resistências e preconceitos em relação o cuidado integral.

Os diferentes profissionais envolvidos nesse tipo de trabalho (matriciamento) devem trazer para o cotidiano o debate acerca das possibilidades e dos limites que envolvem a construção do cuidado integrado e articulado da atenção básica e outros serviços. Há a necessidade de se ampliar a discussão sobre o matriciamento como uma possibilidade de fortalecer o cuidado no território, considerando, assim, a

realidade de cada localidade e avaliando se essa estratégia irá alcançar os objetivos a que se propõe (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

Modelo de formação profissional

“ADT-M3” - “Na rede como um todo, além dessa formação enraizada sobre o fato do paciente ser soropositivo e, portanto, devendo realizar o tratamento aqui (CEDIP)...”. “De certa forma está enraizado na formação dos médicos e até na de outros profissionais e no próprio paciente de que o médico infectologista é necessário para estar manejando todos os pacientes com Aids. O que não é verdade”.

A formação profissional foi considerada como uma dificuldade para a realização das ações integradas, uma vez que na formação acadêmica e na trajetória profissional não são desenvolvidas atividades que contemplem o trabalho integrado. A falta de iniciativa elencada anteriormente como dificuldade para a falta de integração pode ser relacionada com esta dificuldade do modelo de formação profissional.

De acordo com Loch-Neckel *et al.* (2009), um dos principais fatores que dificultam a prática da interdisciplinariedade nas equipes é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimento técnico.

No estudo realizado por Costa (2007), a autora refere que não encontrou, de forma geral, entre os trabalhadores, resistência a novas aprendizagens e ao trabalho interdisciplinar, mas um enorme “não saber como fazer”. Esse processo de mudança é marcado por avanços e retrocessos, pois continuam sendo embaraçados por diversos fatores. Entre eles, a formação acadêmica fragmentada dos agentes, que não encontram, nos serviços, treinamentos que possam ajudar na integração das equipes e também na adequação de seu trabalho à realidade.

Segundo Batista e Gonçalves (2011), apesar de alguns avanços como, por exemplo, a ESF, a Política Nacional de Humanização, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar

seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio.

A qualificação dos profissionais de nível superior para a concretização da atenção primária é um grande desafio para a gestão pública e demanda estratégias de desenvolvimento profissional e sensibilização contínua, de forma a aprimorar ou desenvolver competências técnicas específicas de cada profissão e competências do “campo” da atenção primária para ações coletivas e atuação comunitária. Neste contexto, ressalta-se a necessidade de uma formação alinhada com os princípios orientadores da ESF para o comprometimento dos profissionais com o modelo de atenção primária à saúde (MENDONÇA *et al.*, 2010).

Identificar as situações de maior vulnerabilidade contribui para a tomada de decisão de profissionais e gestores quanto aos rearranjos necessários para intervir sobre a problemática, através de ações e estratégias de gestão do cuidado mais integrada e participativa entre os serviços de saúde para o fortalecimento da APS e do papel da ESF na coordenação do cuidado dentro de uma perspectiva de rede (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Debater sobre os entraves que atrapalham o desenvolvimento do cuidado integrado permeia vários cenários que vão desde a formação acadêmica até dificuldade pessoal do profissional em lidar com a interdisciplinariedade. Essas dificuldades, demonstram o quão amplo é este processo e o quanto ainda é preciso amadurecer em busca de se ofertar uma assistência a saúde mais integral.

De acordo com Silva (2011), além de esforços para enfrentar os desafios, a integração da saúde, com a organização de redes regionalizadas e integradas, depende de aperfeiçoamento na gestão e de elementos contextuais do país (momento histórico e dos marcos político, econômico e técnico). Esses elementos delimitam a organização dos sistemas de saúde e de qualificação da APS para coordenar o cuidado e ordenar sua continuidade nos outros níveis do sistema, devendo ser considerados para que as mudanças aconteçam.

5.1.5 Perspectivas dos profissionais nas ações de cuidado integrado

Para conhecer a perspectiva dos profissionais da ADT e ESF no desenvolvimento de ações integradas, foram realizadas perguntas sobre: interesse em adquirir conhecimento sobre cuidado integrado e quais ações integradas podem ser desenvolvidas pelas equipes na assistência ao paciente.

Na tabela 6, são demonstradas as estratégias sugeridas pelos profissionais para a realização de cuidado integrado.

Tabela 6 – Perspectivas de ações de cuidado integrado pelos profissionais das equipes de ADT e ESF

Categorias	Nº
Encontro ou reunião das equipes	20
Contrarreferência	6
Projeto terapêutico singular (PTS)	6
Matriciamento	5
Consulta compartilhada	3
Sistema informatizado integrado	1

A maioria dos entrevistados demonstrou interesse em adquirir ou ampliar seu conhecimento sobre cuidado integrado. A capacitação deve ter como foco o desenvolvimento ou aprimoramento de habilidades, trabalhando as dificuldades da integração, para que as equipes adquiram autonomia. Além disso, os envolvidos no processo (profissionais e gestores) precisam compreender que a integração qualifica o cuidado prestado e que o maior beneficiado será o paciente.

Galvan (2007) concluiu que é necessário estar atento e investir na capacitação dos profissionais para o trabalho em equipes. Para além das teorias e conceitos, é preciso contar com indivíduos sensibilizados e abertos para a recriação do conhecimento adquirido na teoria e na prática individual, a partir de uma elaboração conjunta.

A melhoria dos serviços de saúde exige a capacitação dos profissionais e o desenvolvimento de ferramentas necessárias para o alcance do objetivo. É necessário, portanto, que sejam desenvolvidas ferramentas que permitam a capacitação e o suporte adequado à formação e atuação do profissional. Entende-se que os programas de educação permanente atuem neste sentido, o que os torna

importante tanto para o profissional, quanto para o usuário, que recebe o cuidado (MARQUES *et al.*, 2012).

Neste contexto de perspectivas de integração entre as equipes e considerando sua prática de trabalho, a reunião foi a ação mais citada. Alguns aprazaram trimestralmente, mas a maioria não citou prazo para os encontros, demonstrando dificuldade em definir como executar a integração. A reunião, assim como telefonemas ou *e-mail*, é um ato para tratar de algum propósito e não um mecanismo de integração. Outros mecanismos de integração apresentados com frequência foram a contrarreferência, a elaboração de projeto terapêutico singular e o matriciamento.

Silva *et al.* (2002) evidenciaram a importância das discussões de casos com reuniões periódicas, de supervisão e planejamento, com a participação de todos os membros da equipe, uma vez que antecipando demandas é possível construir projetos e favorecer a integração dos membros da equipe.

A fragilidade de estratégias efetivas de comunicação entre os serviços se traduz na lógica da referência para a interface da APS com a rede especializada e hospitalar (FRANCO, 2017). A referência é um instrumento pobre para o diálogo entre especialista e generalista, sujeitando os usuários a serem porta-vozes das informações e ao papel de solicitação de cobrança da contrarreferência, além de colocá-los no trânsito das disputas de reconhecimento profissional travadas entre especialistas e médicos da atenção básica (ALMEIDA; SANTOS, 2017).

A contrarreferência ainda é pouco executada, mesmo sendo uma condição amplamente conhecida pelos profissionais de saúde como importante para a continuidade/complementariedade do atendimento do paciente na RAS. A contrarreferência não ocorre na ADT que possui número reduzido de usuários, sendo essa situação agravada quando amplia-se para uma rede de saúde complexa e com tantas peculiaridades.

Vale salientar, que vários motivos foram enumerados para a não realização da contrarreferência, porém se as ações não forem coordenadas, continuará sem execução. Essa condição pode ser estendida para o PTS e o matriciamento, uma vez que para serem realizados dependem pouco de estrutura física e sim, do apoio institucional e de profissionais conscientes da necessidade de concretizar os mecanismos para a melhora da qualidade da assistência.

O PTS foi sugerido pelos participantes da pesquisa como uma das estratégias que podem ser desenvolvidas para que as equipes desenvolvam ações integradas, porém não houve aprofundamento na definição de como eles executariam essa estratégia. Segundo Hori e Nascimento (2014), o PTS é um instrumento potente de cuidado aos usuários de serviços especializados de saúde mental, bem como, uma ferramenta de organização e sustentação das atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), baseadas nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado.

O objetivo do PTS é traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, contando com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito, envolvendo uma pactuação entre esses atores (HORI; NASCIMENTO, 2014).

De acordo com Carvalho *et al.* (2012), o PTS considera a historicidade e as necessidades individuais do paciente que se encontra inserido num contexto e sua elaboração acontece por meio da atuação singular do profissional-referência do usuário/família, e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo do caso.

Instituir essa ferramenta é um desafio, uma vez que ainda é vivenciado um processo de mudanças de práticas, no qual se encontra avanços e retrocessos. Entende-se que mudar, substituir e recriar práticas requer superação, desconstrução do antigo e participação social (CARVALHO *et al.*, 2012).

O matriciamento foi outra estratégia pontuada pelos profissionais para o desenvolvimento de cuidado integrado. De acordo Medeiros (2015), o matriciamento constitui-se como prática de cooperação entre equipes de ESF e suas referências de apoio – setoriais e intersetoriais – e como modo de potencializar o trabalho com os cuidados primários em saúde em toda sua complexidade.

A relação estabelecida entre as equipes no matriciamento é o que define o sucesso da utilização de certos dispositivos, como a construção compartilhada do caso, a consulta conjunta, a educação permanente, a análise institucional. Todos representando métodos horizontais de relação entre equipes no procedimento matricial (MEDEIROS, 2015).

É necessário que o matriciamento seja um trabalho colaborativo entre as equipes e que não haja privilégio de um tipo de saber. Além disso, através do matriciamento, no caso específico da equipe ADT e ESF, deve-se trabalhar a

descentralização do cuidado as PVHA e o fortalecimento do cuidado no território, propiciando condições para que a ESF assuma seu papel de coordenadora da assistência. Assim, as equipes da atenção primária se sentirão empoderadas para acompanhar ou encaminhar no momento correto, minimizando a “insegurança” referida em assistir as PVHA.

Na pesquisa realizada por Medeiros *et al.* (2016), foi demonstrado a necessidade de se observar a relevância do investimento em dispositivos de apoio à integração entre serviços essenciais a exemplo do SAE e ESF, como forma de contribuir com a legitimação do processo de descentralização do cuidado às PVHA.

Para que as equipes concretizem os espaços para desenvolverem cuidado integrado, é preciso que os gestores apoiem na condução. De acordo com Costa (2007), a construção de novos projetos não pode vir de esforços solitários dos profissionais. Ela deve ser alicerçada pelo apoio institucional, que deve possibilitar espaço de autonomia e de criatividade e alavancar os processos de qualificação e formação de equipes no interior dos serviços. Para isso, é necessário romper com a prática histórica de apoio ao corporativismo e inovar as práticas de gestão.

Assim, todas as iniciativas de integração devem procurar contribuir para aumentar a credibilidade dos profissionais da atenção primária, superar relações hierárquicas e o isolamento entre atenção primária e especializada, fundamentais para a reorganização dos serviços assistenciais em consonância com os princípios do SUS (MENDONÇA *et al.*, 2010).

5.2 Pacientes e cuidadores

5.2.1 Pacientes/cuidadores acompanhados pelas equipes ADT e ESF

Para conhecer os pacientes e/ou cuidadores que estavam em acompanhamento pelas equipes de ESF e ADT, identificou-se alguns dados demográficos do grupo (tabela 7).

Tabela 7 – Pacientes/cuidadores acompanhados pela ESF/ADT

Variáveis	Nº
Participante da pesquisa	
Cuidador	5
Paciente	2
Sexo	
Feminino	5
Masculino	2
Idade	
< 30 anos	2
30 a 60 anos	4
> 60 anos	1

Em relação aos usuários que estavam sob acompanhamento por ambas as equipes, a maioria dos entrevistados foram os cuidadores devido a dificuldade de verbalização e compreensão dos pacientes. O sexo predominante foi o feminino, com idade entre 30 a 60 anos.

5.2.2 Cuidados prestados aos pacientes/cuidadores pelas equipes ADT e ESF

Para verificar os cuidados recebidos pelos pacientes e/ou cuidadores por cada uma das equipes, bem como conhecer a frequência dos atendimentos, foi perguntado em qual situação buscavam o atendimento da ADT e da ESF e se recebiam visita domiciliar pela equipe de ESF (tabela 8).

Tabela 8 – Tipo e frequência dos atendimentos aos pacientes pelas equipes

Variáveis	Nº
Serviços que buscam na ESF	
Nunca procuro	2
Intercorrência	2
Vacina	2
Medicação	1
Coleta de sangue	1
Curativo	1
Material médico hospitalar	1
Tratamento de diabetes	1
Prescrição de medicamentos de uso contínuo	1
Serviços que buscam na ADT	
Não precisa/sempre presentes	6

Recebimento de visita domiciliar pela ESF	
Não	4
Sim	3

Os pacientes e/ou cuidadores referiram diferentes situações quando indagados sobre os serviços que buscam na ESF. Em relação aos serviços que buscam na ADT, a maioria enfatizou que não precisa procurar o atendimento desta equipe, uma vez que eles estão sempre presentes na residência. Dos 7 pacientes e/ou cuidadores entrevistados, 4 referiram não receber visita domiciliar pelos membros da ESF, situação considerada grave quando vinculamos a responsabilização da ESF pela sua área adscrita.

Essas informações demonstram uma maior aproximação com a equipe especializada e que a ESF é procurada em cuidados específicos ou que nunca é buscada pelos pacientes e/ou cuidadores. Assim, infere-se o quanto à assistência à saúde é direcionada somente pela equipe especializada. Não se trata de discutir a qualidade da assistência prestada pela equipe de ADT, pois é sabido que esse grupo pequeno de paciente é beneficiado com atendimento de qualidade.

Os questionamentos se dão em relação à falta de integração entre a equipe especializada e a atenção básica, uma vez que assistem o mesmo paciente. A integração possui uma série de benefícios que foram amplamente discutidos nesta pesquisa.

Outra reflexão que merece destaque é como a ESF não atua como coordenadora da assistência e responsável sanitária junto a esse grupo de paciente, considerando que estão sendo assistidos, na maioria das vezes, somente pela ADT e que as informações dos cuidados prestados pela ADT, quando repassadas para ESF, são realizadas pelo paciente e/ou cuidadores. Outro fator que chama a atenção é o número de pacientes e/ou cuidadores que informaram não receber a visita domiciliar da ESF, mais que 50%.

É necessário construir um modelo de assistência a esses pacientes que estão em acompanhamento e aos outros com o perfil de atendimento pela ADT, considerando a Portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013, que define a ADT como assistência multiprofissional domiciliar, englobando desde atendimento de curta duração até a assistência a pacientes que necessitam de atenção constante de

baixa complexidade ou caráter paliativo, com características de média duração e com garantia de continuidade de cuidado e integrado a RAS (BRASIL, 2013).

5.2.3 Percepção dos pacientes/cuidadores sobre cuidado integrado

Para conhecer a percepção dos pacientes e/ou cuidadores sobre a integração entre ESF e ADT, foi perguntado se percebiam que as duas equipes repassavam uma para a outra as informações sobre o seu tratamento (resultados de exames, medicamentos, curativo, entre outros); se os membros da equipe da ADT já haviam solicitado a busca por atendimento na ESF; e se os profissionais da ESF indagam sobre os cuidados realizados pela ADT (tabela 9).

Tabela 9 – Percepção dos pacientes/cuidadores sobre a integração entre as equipes de ADT e ESF

Categorias	Nº
Percebe que as duas equipes conversam sobre o seu caso	
Não	5
Às vezes	1
Não sei	1
Equipe ADT direciona ou pede auxílio para a ESF	
Não	5
Sim	1
Não sei	1
Equipe ESF tem interesse pelos cuidados prestados pela ADT	
Não	3
Sim	2
Não sei	2

Diante das respostas, evidencia-se a percepção de que as duas equipes não dialogam sobre a assistência dispensada, bem como não há estímulo pela equipe especializada para que busquem atendimento na ESF. Observou-se que em geral os pacientes e/ou cuidadores não reconhecem o interesse dos profissionais da ESF pelas ações de cuidado desenvolvidas pela ADT.

No estudo realizado por Medeiros *et al.* (2016), foi verificado em relação à integração do cuidado entre os serviços especializados e ESF que: 89,4% dos participantes não receberam nenhum estímulo, orientação ou foram questionados a

respeito da assistência que recebiam da ESF; 35,5% admitiram que a ESF desconhecia o seu diagnóstico de HIV/Aids; e 48,9% afirmaram que, mesmo ciente da existência do caso, a ESF não tinha nenhuma atuação ou acompanhava o tratamento.

A escassez na procura pelo serviço da atenção primária pelas PVHA é justificada pelo não reconhecimento da ESF como um espaço para a assistência destinada aos indivíduos que já vivenciam o processo de adoecimento, além do reconhecimento e valorização do profissional especialista. Atrelada a escassez na procura ocasionada pela falta de uma assistência adequada, existem ainda os casos em que a ESF desconhece o diagnóstico de HIV/Aids do usuário, resultando em inoperância dos profissionais responsáveis pela assistência a essas pessoas (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Na pesquisa realizada por Garbin *et al.* (2009), foi detalhado as dificuldades vivenciadas pelas PVHA na busca pela assistência à saúde como o constrangimento da revelação da soropositividade ao prestador de serviço, visto tratar-se de um agravo que ainda carrega consigo um estigma social relevante, presente até mesmo nos ambientes de assistência à saúde. O receio de enfrentar tais situações motiva a busca pelos serviços especializados, que pressupõem a atuação de equipe multiprofissional mais preparada técnica e eticamente para o atendimento desse paciente.

O desvio do acesso da atenção primária para os serviços especializados pode ter sido facilitado pelo distanciamento situacional existente dos que criam e propõem modelos, políticas, programas ou estratégias dos que vivenciam os processos de trabalho, quer como profissionais ou como usuários. Essa situação facilita a compreensão da configuração atual de valores que prioriza mais a promoção da saúde e menos o acesso e o exercício do cuidado clínico como nobres e complexas funções da APS e ESF (TESSER; NORMAN, 2014).

A falta de integração entre as equipes também é sentida pelo usuário, estimulando cada vez mais o distanciamento da PVHA da atenção primária. Este paciente que, por uma série de motivos, sente necessidade de se manter “escondido”, encontra nesse contexto fragmentado da RAS fatores propícios para se afastar da atenção básica. No entanto, esse distanciamento deve ou deveria ser reduzido pelos trabalhadores em saúde com o apoio dos gestores, considerando

que esses são os ordenadores da rede. A importância de trabalhar a ordem na RAS, interligando os diversos pontos, traz ao paciente uma assistência integral.

O Ministério da Saúde tem trabalhado, desde 2014, a reorganização do modelo de atenção em saúde as PVHA por meio da implantação do manejo do HIV na atenção básica e do início do processo de estabelecimento de um modelo assistencial matriciado que seja mais eficiente e resolutivo. A mudança teve início a partir de experiências exitosas em alguns municípios brasileiros que evoluíram dos modelos centrados unicamente em serviços especializados para modelos matriciados (BRASIL, 2014b).

Em 2017, foi publicado uma coletânea denominada “HIV/Aids na Atenção Básica: Material para Profissionais de Saúde e Gestores”, com orientações gerais e técnicas aos gestores e trabalhadores da saúde para subsidiar a consolidação do cuidado do HIV/Aids na atenção básica de forma compartilhada com os demais pontos da RAS, na forma de “5 passos”, para: elaboração e implementação da linha de cuidado para as PVHA; prevenção combinada do HIV/Aids; ações de vigilância e informações epidemiológicas; plano de educação permanente para IST, HIV/Aids e hepatites virais; e monitoramento e avaliação das ações (BRASIL, 2017d).

As publicações realizadas pelo Ministério da Saúde demonstram a necessidade de descentralizar a assistência à saúde das PVHA com estratégias de suporte dos serviços especializados à atenção básica, atendimento compartilhado entre SAE e atenção básica, bem como uso outros mecanismos como associações, igrejas, grupos comunitários, a fim de garantir maior acesso dos usuários ao sistema de saúde dentro de seus territórios.

6 CONCLUSÕES

A análise da integração do cuidado entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids (ADT) sob a perspectiva dos profissionais de saúde foi caracterizada pelo desconhecimento que uma equipe possuía em relação a outra, evidenciando que as ações de cuidado são prestadas isoladamente por cada uma das equipes.

Os profissionais entrevistados, mesmo não realizando ações de cuidado integrado, acreditam na melhora da qualidade da assistência caso houvesse integração entre elas, bem como demonstraram interesse em adquirir conhecimento sobre cuidado integrado.

A realidade encontrada indica que os profissionais continuam com suas práticas clínicas individuais e sem integração com a rede de assistência à saúde. Essa dificuldade em relação ao desenvolvimento de ações integradas tem início na graduação porque se evidenciam poucas iniciativas que contemplem a integralidade do cuidado e a interdisciplinaridade, sendo essa realidade agravada durante o exercício profissional devido a condições que favorecem o processo de trabalho individualizado.

A análise da integração do cuidado sob a perspectiva de pacientes e/ou cuidadores foi caracterizada por uma maior vinculação com equipe da ADT. A ESF quando dispensa cuidado a estes pacientes, presta atendimentos esporádicos, como vacina, medicação, coleta de sangue, entre outros, não sendo possível verificar vinculação. Houve inclusive dificuldade para exemplificar quais circunstâncias procuravam a atenção básica.

Na maioria das vezes, o distanciamento da atenção básica é indicado como uma vantagem, sendo esta uma condição que vai contra ao que é preconizado nas diretrizes e princípios do SUS. Para o paciente e/ou cuidador, que carrega o estigma atribuído socialmente à doença, é uma forma de se preservar e evitar a exposição de sua condição sorológica dentro do território.

A limitação observada na pesquisa foi a ausência de participação dos gestores, considerando que estes atores são tão importantes quanto os trabalhadores para que o processo de integração se concretize. A participação dos

gestores poderia enriquecer ainda mais a pesquisa, mostrando como a integração é pensada no processo da gestão. Vale ressaltar, que estes resultados serão tornados públicos e divulgados aos gestores, coordenadores da atenção básica e especializada e trabalhadores em saúde, com objetivo de estimular na prática das equipes a execução do cuidado integrado.

Desta forma, é importante incentivar por meio do apoio institucional o desenvolvimento de cuidado integrado para fortalecer a integralidade na atenção básica, bem como, o desenvolvimento de estudos que explorem essa dimensão para que se compreenda cada vez melhor os processos interativos intrínsecos das condições e processos de trabalho entre as equipes.

7 RECOMENDAÇÕES

Na busca da integralidade, as equipes multiprofissionais e os gestores devem se mobilizar ou pelo menos se preocupar com a integração na rede de assistência à saúde, superando o isolamento das práticas distintas. As iniciativas para estimular a integração devem ser idealizadas no sentido de aumentar a credibilidade dos profissionais da atenção básica, superar as relações hierárquicas e o isolamento entre atenção primária e a especializada, diminuindo assim, a desigualdade entre as diferentes abordagens executadas.

Desta forma, seguem recomendações de descentralização e consolidação na atenção básica da assistência a saúde das PVHA que estão em acompanhamento pela equipe de ADT. Essas ações têm como objetivo ampliar o acesso a modalidade de atendimento do ADT, descentralizar o cuidado as PVHA e fortalecer a atuação da atenção básica.

1. A equipe especializada deve compartilhar a assistência à saúde dos pacientes com a atenção primária. O cuidado deve ser dispensado em toda a rede e com a ESF sendo esta a responsável pela integração, coordenação do cuidado e atenção às necessidades de saúde das pessoas do seu território. Se a ADT estiver menos “atarefada” em prestar o cuidado direto a todos os pacientes sob seu acompanhamento, poderão monitorar mais pacientes através de apoio matricial as equipes da atenção básica.

2. Empregar estratificação de risco para seleção e monitoramento das PVHA que a ADT deve acompanhar. Pacientes com mais gravidade e limitações físicas devem ser acompanhados com mais proximidade, mas sempre compartilhando o cuidado com ESF, até que esta consiga assumir o cuidado com mais autonomia. Nesta fase, a ADT passa a colaborar através de matriciamento, sendo o suporte especializado necessário que a atenção básica precisa para aumentar sua resolubilidade.

3. Realizar capacitação para as equipes da atenção primária e para a ADT. Para que a atenção básica tenha condições de assistir com integralidade e resolutividade as PVHA, é importante que as equipes tenham capacidade clínica e de cuidado, além de estrutura física, tecnológica e de recursos humanos. Assim, a

ADT pode trabalhar no fortalecimento da capacidade clínica e de cuidado da atenção básica, sendo ela o apoio matricial para ajudar na melhora da assistência às PVHA na RAS. A partir do momento, que as PVHA se sentirem acolhidas e vinculadas à atenção básica, haverá mudança do modelo atual de auto segregação destas pessoas em serviços especializados. A capacitação da equipe de ADT deve ter como objetivo ajudá-la a trabalhar de forma matriciada e integrada, demonstrando que mesmo não cuidando diretamente de todos os pacientes é possível contribuir e direcionar a assistência às PVHA na RAS.

4. Planejamento para a descentralização da logística de dispensação de medicamentos antirretrovirais (TARV) e de exames especializados (carga viral HIV e CD4). Para que a descentralização e consolidação do cuidado as PVHA na atenção básica possa acontecer, tanto as acompanhadas pelos SAE quanto pela equipe de ADT, é necessário que seja garantido pelos gestores a coleta dos exames e dispensação dos medicamentos, de forma descentralizada e em tempo oportuno. No caso dos pacientes que são assistidos pela ADT, a dispensação dos medicamentos e as coletas dos exames são realizadas pela própria equipe nas residências e direcionadas ao CEDIP, através de todo um planejamento e logística para sua execução.

5. Elaboração de uma carteira de serviços aos pacientes e cuidadores em acompanhamento com objetivo de instrumentalizá-los acerca dos serviços disponíveis, bem como as competências e atribuições de cada um. Essa carteira de serviços torna-se importante também para diminuir a resistência e aumentar a aproximação com a atenção primária em saúde.

Dado o exposto, verifica-se que o trabalho a ser desenvolvido depende de ampla discussão com todos os envolvidos para definição das possibilidades nas mudanças nos processos de trabalho, a fim de fortalecer as ações integradas. Além disso, é primordial que os gestores estimulem e apoiem os espaços de integração para efetivar a descentralização e consolidação do cuidado as PVHA na atenção básica, garantindo também as condições físicas necessárias.

Em Campo Grande-MS, a proposta teve início com a organização da oficina de descentralização dos cuidados às PVHA, em março de 2018, que contou com a participação de todos os envolvidos na assistência as PVHA, sendo estes os profissionais da atenção básica e os especialistas. É importante destacar, que existe

uma urgência nesta construção das linhas de cuidado para que seja possível garantir e ampliar o acesso à assistência a saúde desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, F. T. M.; NICHIIATA, L. Y. I. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 140-152, abr./jun. 2008.
- ABREU, A.; JESUS, W.L.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, p. 654-658, 2006.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONCA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas?. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 80, p. 1-13. 2016.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A.M. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 373-398, maio/ago. 2017.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.
- ARAUJO, J. A.; LEITÃO, E. M. P. O cuidador do paciente em cuidados paliativos: sobrecarga e desafios. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. 2, p. 77-81, abr./jun. 2012.
- BARDIN, L. A análise do discurso. In:_____. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: 70, 2000. Cap. 6, p. 214-220.
- BARROS, S. C. M.; DIMENSTEIN, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 48-66, abr. 2010.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Rotinas de assistência domiciliar terapêutica (ADT) em HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, pág. 88, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, nº 12, Seção 1, pág. 41, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, nº 63, Seção 1, pág. 50-52, 2014a.

_____. **5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica**: Guia para Gestores. Brasília, 2014b. 8 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Ano V, n. 1, 27^a à 53^a semanas epidemiológicas e 01^a à 26^a semanas epidemiológicas, jul.2015/jun.2016.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Ano V, n. 1, 27^a à 53^a semanas epidemiológicas e 01^a à 26^a semanas epidemiológicas, jul.2016/jun.2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico de elaboração da cascata de cuidado Contínuo do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2017. Seção 1, pág. 61. 2017c.

_____. Ministério da Saúde. **HIV/Aids na Atenção Básica**: Material para Profissionais de Saúde e Gestores. Brasília, 2017d. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/kit-hivaids-na-atencao-basica-material-para-profissionais-de-saude-e-gestores-5-passos>>. Acesso em 10 mar. 2018.

BRITISH HIV ASSOCIATION. Guidelines for the treatment of HIV-1-positive adults with antiretroviral therapy. London: BHIVA, 2015.

BENTO, C. A. P. **Estudo do papel da intervenção de Serviço de Assistência Domiciliar para pacientes co-infectados por Vírus da Imunodeficiência Humana e Tuberculose recém desospitalizados de hospital referência em Belo Horizonte – MG sobre a interrupção das terapias anti-retroviral e tuberculostática.** 2006.189f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

CAMELO, S. H. H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 734 – 740, out./dez. 2011.
CAMPO GRANDE. Resolução conjunta SESAU/SEMAD nº. 10/2002, de 13 de novembro de 2002. **Diário Oficial [de] Campo Grande**, Poder Executivo de Campo Grande, MS, 13 nov. 2002. Ano v, n. 1191, p. 4.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARVALHO, L. G. P.; MOREIRA, M. D. S.; RÉZIO, L. A.; TEIXEIRA, N. Z. F. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 32, p. 521-525, 2012.

CASTRO, A. L. B. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008.** 2004. 215f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção à Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/ Abrasco, 2009. cap. 7, p. 117-130.

CHUEIRI, P.S.; HARZHEIM, E.; GAUCHE, H.; VASCONCELOS, L. L. C. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 114-124, out. 2014.

COELHO, S. M. G. **Assistência Domiciliar Terapêutica (“Home Care”) ao paciente com aids: experiência de um serviço público municipal em São Paulo.** 2004. 125f. Dissertação (Mestrado em Ciência) - Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, 2004.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, v. 5, n. 8, p. 107-124, jun. 2007.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, out. 2013.

FERNANDES, J. R. M.; ACURSIO, F. A.; CAMPOS, L. N.; GUIMARAES, M. D. C. Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1369-1380, jun. 2009.

FEUERWERKER, L.C.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 965-971, jul./ago. 2007.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 3, p. 180-188, set. 2008.

FIGUEIREDO, E. N. de. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: diretrizes e fundamentos. (Módulo político gestor - especialização em saúde da família). São Paulo: Unifesp, s.d. Disponível em: <www.unasus.unifesp.br>. Acesso em: 15 mar. 2016.

FIUZA, M. L. T.; LOPES, E. M.; ALEXANDRE, H. O.; DANTAS, P. B.; GALVÃO, M. T. G.; PINHEIRO, A. K. B. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.17, n. 4, p. 740-748, set./dez. 2013.

FRANCO, C. M. **A integralidade das práticas dos profissionais do Programa Mais Médicos na Atenção Básica**: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro. 2017. 214 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

GALVAN, G. B. Equipes de Saúde: O desafio da integração disciplinar. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 10, n. 2, p. 53-61, dez. 2007.

GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; MOIMAZ, S. A. S.; CARMO, M. P. Bioética e HIV/Aids: discriminação no atendimento aos portadores. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, p. 511-522, 2009.

GAZIGNATO, E. C. S.; SILVA, C. R. C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde e Debate**, v. 38, n. 101, p. 296-304, abr./jun. 2014.

GUPTA, N.; SILVA, A. C. S.; PASSOS, L. N. O papel dos cuidados domiciliários integrada na adesão do paciente à terapia anti-retroviral. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 38, n. 3, p. 241-245, maio/jun. 2005.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, sup. 2, p. S331- S336, 2004.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/campo-grande/panorama>>. Acesso em 06 maio 2018.

ISOLDI, D. M. R.; CARVALHO, F. P. B.; SIMPSON, C. A. Análise contextual da assistência de enfermagem à pessoa com HIV/Aids. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 1, p. 273-278, jan./mar. 2017.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; PEREIRA, D. B.; COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, M. M. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 594 – 60, dez. 2009.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LEITE, R. A. F.; BRITO, E. S.; SILVA, L. M. C.; PALHA, P. F.; VENTURA, C. A. A. Acesso a informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 51, p. 661-671, 2014.

LINARD, A. G.; CASTRO, M. M.; CRUZ, A.K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 546 – 553, set. 2011.

LIMA, E. F. A.; SOUSA, A. I.; PRIMO, C. C.; LEITE, F. M. C.; SOUZA, M. H. N.; MACIEL, E. E. N. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n.1, p. 1-5, 2016.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H. B.; RABUSKE, M. M.; CREPALDI, M. A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1463–1472, 2009.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 15-37, out. 2014.

MARQUES, A. J. S.; MIRANDA, J. B.; MOREIRA, L. M. C.; RIANI, R. R. O programa via saúde na capacitação de profissionais de saúde em Minas Gerais. **Pretexto**, v. 13, n.12, p. 91-96, abr./jun. 2012.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/ Abrasco, 2009. cap. 5, p. 43-68.

MEDEIROS, L. B.; TRIGUEIRO, D. R. S. G.; SILVA, D. M.; NASCIMENTO, J. A.; MONROE, A. A.; NOGUEIRA, J. A.; LEADEBAL, O. D. C. P. Integração entre serviços de saúde no cuidado às pessoas vivendo com aids: uma abordagem utilizando árvore de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 543–552, 2016.

MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.

MELCHIOR, R.; NEMES, M. I. B.; BASSO, C.R.; CASTANHEIRA, E.R. L.; ALVES, M.T.S.B.; BUCHALLA, C.M; DONINI, A. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 143-151, 2006.

MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 38-49, out. 2014.

MENDONÇA, M. H. M; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

NEVES, C. A. B. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. **Cadernos de Saúde Pública**, resenhas book reviews, v. 24, n. 8, p. 1953–1955, ago. 2008.

OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. A.; SILVA, L. M. S.; FIGUEIREDO, S.V; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.18, n.1, p.122-129, 2014.

PALÁCIO, M. B.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B. O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde: possibilidades de integração da assistência. **Psico**, v. 43, n. 3, p. 360-367, jul./set. 2012.

- PARENTI, C. F.; PEREIRA, L. M. R.; BRANDÃO, Z. S.; SILVÉRIO, A. P. C. Perfil dos pacientes com Aids acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do município de Contagem, estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2003. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 2, p. 91-96, jun. 2005.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p.103-109, 2001.
- PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007. p. 161-177.
- PEREIRA, R. C.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, p. 327-340, 2013.
- PERRECHI, M. C. T.; RIBEIRO, S. A. Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 11, p. 1100-1106, 2009.
- PINTO, C. S.; FERNANDES, C. E. S.; OLIVEIRA, R. D.; MATOS, V. T. G.; CASTRO, A. R. C. M. **Transitioning through AIDS epidemics – gender and temporality**. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. Elsevier, v. 19, n. 35, p. 657-659, 2015.
- REVISTA DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE HIV/AIDS DO MERCOSUL. Aids/HIV no MERCOSUL. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.
- SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T.; MARTINS, M. I. C.; CUNHA, M. S. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2687-2702, 2012.
- SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, v. 13, n. 4, p. 703-716, ago. 2011.
- SCHANG, L.; WAIBEL, S.; THOMSON, S. **Measuring care coordination: health system and patient perspectives**. Main Association of Austrian Social Security Institutions. London: LSE Health, 2013.
- SILVA, K. L.; SENA, R. R.; SEIXAS, C. T.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SILVA, L. M.; SANTOS, M. A. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. **Medicina**, v. 39, n. 3, p. 415-424, jul./set. 2006.

SILVA, L. M. S.; GUIMARÃES, T. A.; PEREIRA, M. L. D.; MIRANDA, K. C. L.; OLIVEIRA, E. N. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/AIDS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 2, p. 97-104, abr./jun. 2005.

SILVA, N. E. K.; OLIVEIRA, L. A.; FIGUEIREDO, W. S.; LANDRONI, M. A. S.; WALDMAN, C. C. S.; AYRES, J. R. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n.4, p. 108-116, 2002.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011.

SIQUEIRA, M. C. F.; NÓBREGA, M. M. L.; BITTENCOURT, G. K. G. D.; SILVA, A. O.; NOGUEIRA, J. A. Banco de termos para a prática de enfermagem com mulheres idosas com HIV/aids. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n.1, p. 28-34, jan./mar. 2015.

SOUSA, C. S. O.; SILVA, A. L. O cuidado a pessoas com HIV/aids na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 907-914, 2013.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO: Ministério da Saúde, p. 726, 2002.

TARGA, L. V.; SIRENA, S. Atenção domiciliar na perspectiva da Atenção Primária à Saúde. In: _____. (Org.). **Atenção primária à saúde: fundamentos para a prática**. Caxias do Sul: Educs, p. 41-58, 2016.

TESSER, C. D; NORMAN, A.H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

UNAIDS. UNAIDS DADOS 2017. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/06/20170720_DaDOS_unaids_Brasil.pdf. Acesso em 04 dez. 2017.

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

WINGESTE, E. L. C.; FERRAZ, A. F. Ser assistido pelo serviço de assistência domiciliar: uma rica experiência para o doente de aids e seu cuidador. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 34-39, jan./mar. 2008.

ZALESKI, S. **Publicação eletrônica** – informações sobre dengue [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <enfsheilazaleski@gmail.com> em 21 jun. 2018.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA DO PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA

Número do formulário: _____

Data: ____/____/____

I. CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

- 1) Profissão: _____
- 2) Sexo: () Feminino () Masculino
- 3) Idade: _____
- 4) Concursado () Contratado ()
- 5) Especialização: () Sim () Não
- 6) Se sim, qual? _____
- 7) Tempo de trabalho na atual equipe de saúde (em meses): _____
- 8) Você já participou de algum curso que abordasse a temática de cuidado integrado? () Sim () Não.
- 9) Se sim, qual a carga horária? _____

II. ATITUDES PROFISSIONAIS

- 10) Você conhece a equipe da atenção primária que acompanha os pacientes em atendimento pela equipe ADT? () Sim () Não
- 11) Você procura saber se o paciente em atendimento pela equipe ADT está vinculado a área de abrangência coberta por Estratégia Saúde da Família ou por Unidade Básica de Saúde? () Sim () Não
- 12) Se sim, qual equipe é mais fácil desenvolver ações integradas? _____
- 13) É realizado a articulação entre as equipes com o objetivo de prestar um cuidado eficiente e integrado ao paciente em atendimento pela ADT?
() Sim () Não () As vezes
- 14) Se sim, com que frequência? () Semanal () Quinzenal () Mensal
Outros: _____ em meses
- 15) Em relação à gestão do cuidado de forma mais integrada e participativa, você acredita que a integração entre as equipes de atenção primária e ADT melhora a qualidade da assistência prestada? () Sim () Não () Não sei. Por quê? _____

16) Considerando a sua prática de trabalho em equipe, de que maneira você acha que as equipes ADT e atenção primária poderiam desenvolver cuidado integrado? _____

17) Ainda em relação a cuidado integrado, quais os fatores que poderiam dificultar este trabalho entre as equipes? _____

18) Você sente necessidade de adquirir novas informações, participar de capacitações, atualizações sobre cuidado integrado? () Sim () Não

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA DO PROFISSIONAL DA
EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Unidade de Saúde: _____

Distrito Sanitário: _____

Número do formulário: _____

Data: ____/____/____

I. CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

- 1) Profissão: _____
- 2) Sexo: () Feminino () Masculino
- 3) Idade: _____
- 4) Concursado () Contratado ()
- 5) Especialização: () Sim () Não
- 6) Se sim, qual? _____
- 7) Tempo de trabalho na atual equipe de saúde (em meses): _____
- 8) Você já participou de algum curso que abordasse a temática de cuidado integrado? () Sim () Não
- 9) Se sim, qual a carga horária? _____

II. ATITUDES PROFISSIONAIS

- 10) Você conhece o(s) paciente(s) com HIV/Aids de sua área de abrangência que estejam acamados ou com outra limitação de mobilidade? () Sim () Não
- 11) Você conhece o trabalho desenvolvido pela equipe de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT/CEDIP) que acompanha esses pacientes? () Sim () Não
- 12) Você desenvolve ações de cuidado integrado com a equipe ADT/CEDIP?
() Sim () Não () As vezes
- 13) Se sim, com que frequência? () Semanal () Quinzenal () Mensal
Outros: _____ em meses
- 14) Em relação à gestão do cuidado de forma mais integrada e participativa, você acredita que a integração entre as equipes de atenção primária e ADT melhora a qualidade da assistência prestada? () Sim () Não () Não sei. Por quê?

- 15) Considerando a sua prática de trabalho em equipe, de que maneira você acha que as equipes ADT e atenção primária poderiam desenvolver cuidado integrado?

16) Ainda em relação a cuidado integrado, quais os fatores que dificultam o trabalho integrado entre as equipes (ADT/ESF)? _____

17) Você sente necessidade de adquirir novas informações, participar de capacitações, atualizações sobre cuidado integrado? () Sim () Não

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA DOS PACIENTES E
CUIDADORES ATENDIDOS PELAS EQUIPES DE ADT E ESF**

Unidade de Saúde: _____

Distrito Sanitário: _____

Número do formulário: _____

Data: ____/____/____

1) Paciente () Cuidador ()

2) Sexo: () Feminino () Masculino

3) Idade: _____

4) Você recebe visitas domiciliares da equipe de saúde da unidade mais próxima da sua casa, além da equipe de ADT? () Sim () Não

5) Se sim, estas visitas são conjuntas? () Sim () Não () Às vezes

6) Em que situação você procura o atendimento da equipe de ADT? _____

7) Em que situação você busca o atendimento da Equipe de Saúde da Família (unidade mais próxima da sua residência)? _____

8) Você sente que essas equipes conversam sobre sua saúde, repassando entre os membros das equipes os atendimentos realizados, como curativos, resultados de exames, medicamentos prescritos, encaminhamentos solicitados, entre outros?
() Sim () Não () Às vezes () Não sei

9) Os membros da equipe da ADT já solicitaram a participação de profissionais da ESF (unidade mais próxima da sua residência) para auxiliar nos cuidados prestados a você, como curativos, resultados de exames, medicamentos prescritos, encaminhamentos solicitados, entre outros? () Sim () Não () Às vezes
() Não sei

10) Os membros da equipe da ESF demonstram interesse sobre o cuidado prestado pela equipe da ADT? () Sim () Não () Às vezes () Não sei

APÊNDICE D – SOLICITAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DE PROFISSIONAL DA ÁREA PARA AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DE ENTREVISTA

Apresento-lhes o presente roteiro de entrevista que foi construído para efetuar a coleta de dados da dissertação: “A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO ENTRE AS EQUIPES DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA EM HIV/AIDS E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPO GRANDE – MS” da mestrandia Katiucha Mendes de Menezes que tem como orientador Mauricio Antônio Pompilio.

O estudo tem como objetivo geral caracterizar a integração do cuidado entre as equipes de ADT e ESF em Campo Grande – MS, na perspectiva de profissionais, pacientes e cuidadores.

Quanto aos objetivos específicos o estudo propõe: descrever a integração do cuidado na assistência a saúde prestada aos pacientes com HIV/Aids, na perspectiva de profissionais das equipes ADT e ESF e descrever a integração do cuidado na assistência à saúde recebida pelas equipes ADT e ESF, na perspectiva dos usuários e cuidadores.

Através da avaliação do roteiro, busca-se analisar se as questões presentes são capazes de responder o que o estudo se propõe a investigar. Desta forma, solicita-se que o senhor (a) avaliador (a) faça sua contribuição quanto a validade semântica do instrumento, uma vez que não existe nenhum instrumento validado que atenda aos objetivos da pesquisa.

Antecipadamente, agradeço a atenção e a contribuição para a validação deste instrumento, viabilizando o andamento do estudo.

Atenciosamente,

Katiucha Mendes de Menezes

Instrumento para avaliação do profissional da área acerca do roteiro de entrevistas –
Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT)

Questões	A questão responde ao item que o estudo se propõe. Marque um X em caso afirmativo.	Comentários/Suções
<p>10) Você conhece a equipe da atenção primária que acompanha os pacientes em atendimento pela equipe ADT? () Sim () Não</p> <p>Questão que objetiva identificar se o profissional da ADT reconhece a equipe de atenção primária que acompanha os pacientes.</p>		
<p>11) Você procura saber se o paciente em atendimento pela equipe ADT está vinculado a área de abrangência coberta por Estratégia Saúde da Família ou por Unidade Básica de Saúde? () Sim () Não</p> <p>Questão que objetiva identificar se o profissional da ADT procura saber de que tipo de equipe da atenção básica o paciente está sendo acompanhado.</p>		
<p>12) Em relação a integração entre as equipes (ADT e atenção primária), você percebe que há diferença quando o paciente está em área de abrangência de ESF ou de UBS?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>13) Se sim, qual equipe é mais fácil desenvolver ações integradas?</p> <p>Questão que objetiva identificar se o profissional da ADT percebe diferença no processo de integração entre as equipes em relação ao tipo de equipe da atenção básica.</p>		
<p>14) É realizado a articulação entre as equipes com o objetivo de prestar um cuidado eficiente e integrado ao paciente em atendimento pela ADT?</p> <p>() Sim () Não () As vezes</p> <p>15) Se sim, com que frequência? () Semanal () Quinzenal () Mensal Outros: _____ em meses</p> <p>Questões que objetivam identificar se o profissional da ADT possui facilidade de integração entre as equipes e com que frequência.</p>		

<p>16) Em relação à gestão do cuidado de forma mais integrada e participativa, você acredita que a integração entre as equipes de atenção primária e ADT melhora a qualidade da assistência prestada? () Sim () Não () Não sei. Por quê?</p> <p>Questão que objetiva identificar se o profissional da ESF reconhece a importância da integração entre as equipes.</p>		
<p>17) Considerando a sua prática de trabalho em equipe, de que maneira você acha que as equipes ADT e atenção primária poderiam desenvolver cuidado integrado?</p> <p>Questão que objetiva identificar quais as sugestões do profissional da ESF para desenvolver ações conjuntas entre as equipes.</p>		
<p>18) Ainda em relação a cuidado integrado, quais os fatores que poderiam dificultar este trabalho entre as equipes?</p> <p>Questão que objetiva identificar as dificuldades para desenvolver integração entre as equipes.</p>		
<p>19) Você sente necessidade de adquirir novas informações, participar de capacitações, atualizações sobre cuidado integrado? () Sim () Não</p> <p>Questão que objetiva identificar se existe interesse por parte dos profissionais em adquirir mais conhecimento sobre cuidado integrado/integração entre equipes.</p>		

Instrumento para avaliação do profissional da área acerca do roteiro de entrevistas –
Equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF)

Questões	A questão responde ao item que o estudo se propõe. Marque um X em caso afirmativo.	Comentários/Su gestões
<p>10) Você conhece o(s) paciente(s) com HIV/Aids de sua área de abrangência que estejam acamados ou com outra limitação de mobilidade? () Sim () Não</p> <p>Questão que objetiva identificar se o profissional da ESF reconhece esses pacientes em sua área.</p>		

<p>11) Você conhece a equipe de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT/CEDIP) que acompanha esses pacientes? () Sim () Não</p> <p>Questão que objetiva identificar se o profissional da ESF conhece o trabalho da equipe ADT.</p>		
<p>12) Você desenvolve ações de cuidado integrado com a equipe ADT/CEDIP?</p> <p>() Sim () Não () As vezes</p> <p>13) Se sim, com que frequência? () Semanal</p> <p>() Quinzenal () Mensal Outros: _____ em meses</p> <p>Questões que objetivam identificar se o profissional da ESF possui facilidade de integração entre as equipes e com que frequência.</p>		
<p>14) Em relação à gestão do cuidado de forma mais integrada e participativa, você acredita que a integração entre as equipes de atenção primária e ADT melhora a qualidade da assistência prestada?</p> <p>() Sim () Não () Não sei. Por quê?</p> <p>Questão que objetiva identificar se o profissional da ESF reconhece a importância da integração entre as equipes.</p>		
<p>15) Considerando a sua prática de trabalho em equipe, de que maneira você acha que as equipes ADT e atenção primária poderiam desenvolver cuidado integrado?</p> <p>Questão que objetiva identificar quais as sugestões do profissional da ESF para desenvolver ações conjuntas entre as equipes.</p>		
<p>16) Ainda em relação a cuidado integrado, quais os fatores que poderiam dificultar este trabalho entre as equipes?</p> <p>Questão que objetiva identificar as dificuldades para desenvolver integração entre as equipes.</p>		
<p>17) Você sente necessidade de adquirir novas informações, participar de capacitações, atualizações sobre cuidado integrado? () Sim () Não</p> <p>Questão que objetiva identificar se existe interesse por parte dos profissionais em adquirir mais conhecimento sobre cuidado integrado/integração entre equipes.</p>		

Questões	A questão responde ao item que o estudo se propõe. Marque um X em caso afirmativo.	Comentários/Su gestões
<p>4) Você recebe visitas domiciliares da equipe de saúde da unidade mais próxima da sua casa, além da equipe de ADT?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Questão que objetiva identificar se o paciente recebe visita da Estratégia Saúde da Família (ESF).</p>		
<p>5) Se sim, estas visitas são conjuntas?</p> <p>() Sim () Não () As vezes</p> <p>Questão que objetiva identificar se as equipes já realizaram visitas juntas.</p>		
<p>6) Em que situação você procura o atendimento da equipe de ADT?</p> <p>Questão que objetiva identificar qual a percepção do paciente sobre os cuidados prestados pela equipe ADT.</p>		
<p>7) Em que situação você busca o atendimento da Equipe de Saúde da Família (unidade mais próxima da sua residência)?</p> <p>Questão que objetiva identificar qual a percepção do paciente sobre os cuidados prestados pela equipe ESF.</p>		
<p>8) Você sente que essas equipes conversam sobre sua saúde, repassando entre os membros das equipes os atendimentos realizados, como curativos, resultados de exames, medicamentos prescritos, encaminhamentos solicitados, entre outros?</p> <p>() Sim () Não () As vezes () Não sei</p> <p>Questão que objetiva identificar se ocorre a integração do cuidado entre as equipes.</p>		
<p>9) Os membros da equipe da ADT já solicitaram a participação de profissionais da ESF (unidade mais próxima da sua residência) para auxiliar nos cuidados prestados a você, como curativos, resultados de exames, medicamentos prescritos, encaminhamentos solicitados, entre outros?</p>		

<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Não sei</p> <p>Questão que objetiva identificar se ocorre ou ocorreu solicitação ao paciente como tentativa de integração do cuidado entre as equipes.</p>		
<p>10) Os membros da equipe da ESF demonstram interesse sobre o cuidado prestado pela equipe da ADT? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Não sei</p> <p>Questão que objetiva identificar a percepção do paciente sobre o interesse da ESF nos cuidados prestados pela ADT.</p>		

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Profissionais das Equipes ADT e ESF)**

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “A integração do cuidado entre as equipes de Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids e Estratégia Saúde da Família em Campo Grande – MS”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Katiucha Mendes de Menezes e Mauricio Antônio Pompilio.

A finalidade deste estudo é caracterizar a integração do cuidado entre as equipes de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/Aids e Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Poderão participar deste estudo todos os profissionais de nível superior das equipes de ADT e da ESF que possuem pacientes em área de abrangência em acompanhamento pela ADT. Não deverão participar do estudo profissionais que estiverem de licença médica durante período da entrevista.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Katiucha Mendes de Menezes no local de trabalho de cada profissional.

Você será entrevistado sobre a integração do cuidado entre as equipes de ADT e ESF com previsão de duração de 30-40 minutos. A entrevista será gravada na forma de áudio como forma de registro para posterior estudo, após a transcrição das gravações para a pesquisa as mesmas serão apagadas. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá qualquer gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Não existem riscos presumidos em relação a participação na pesquisa. Os benefícios serão subsidiar a gestão com informações de estratégias de integração entre as equipes de ADT e ESF, e assim, fortalecer as ações de saúde desenvolvidas com foco na integração.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador terá acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para Katiucha Mendes de Menezes – (67) 992652226. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 33457187.

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você não será proibido de participar de novos estudos. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do participante: _____

Telefone para contato: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Campo Grande, _____ de _____ de 201_____

**APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Pacientes e Cuidadores)**

Você esta sendo convidado a participar de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver.

A pesquisa tem como título “A integração do cuidado entre as equipes de Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids e Estratégia Saúde da Família em Campo Grande” sob a responsabilidade dos pesquisadores Katiucha Mendes de Menezes e Mauricio Antônio Pompilio.

A finalidade do estudo é caracterizar a integração do cuidado entre as equipes de Assistência Domiciliar Terapêutica e Estratégia Saúde da Família.

Poderão participar deste estudo todos os pacientes e cuidadores que estão em acompanhamento ao mesmo tempo pelas equipes de ADT e ESF. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Katiucha Mendes de Menezes na residência de participante.

Você será entrevistado sobre a integração do cuidado entre as equipes de ADT e ESF com uma previsão de duração de 30-40 minutos. A entrevista será gravada na forma de áudio como forma de registro para posterior estudo, após a transcrição das gravações para a pesquisa as mesmas serão apagadas. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá qualquer gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Não existem riscos previstos em relação a participação na pesquisa. Os benefícios fortalecer o trabalho integrado entre as equipes de ADT e ESF.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou repressão.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador terá acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para Katiucha Mendes de Menezes – (67) 992652226. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 33457187.

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você não será proibido de participar de novos estudos. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do participante: _____

Telefone para contato: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Campo Grande, _____ de _____ de 201_____

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE



Secretaria Municipal de Saúde Pública
Diretoria de Planejamento e Gestão em Saúde

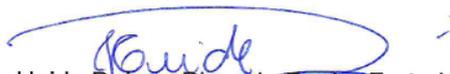
Autorização Para Submeter ao Comitê de Ética

Prezado Senhor,

Informamos que a pesquisadora **KATIUCHA MENDES DE MENEZES** está autorizada a realizar a pesquisa intitulada “**A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO ENTRE AS EQUIPES DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA EM HIV/AIDS E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPO GRANDE-MS**”.

A pesquisadora assinou o Termo de Responsabilidade com a SESAU e o Termo de Parceria para a Pesquisa na Área da Saúde, e está acordado que iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética, conforme Resolução 466/12, entrega e ciência desta Secretaria da aprovação, comprometendo-se em disponibilizar uma cópia do trabalho quando concluído.

Campo Grande, 22 de agosto de 2016.


Heide Daiane Pires da Rocha Furtado

Coordenadoria de Convênios de Cooperação Mútua

Heide Daiane Pires da Rocha Furtado
Assessora Técnica
Coordenadoria de Convênios e
Cooperação Mútua/DPGS/SESAU
Campo Grande - MS

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO ENTRE AS EQUIPES DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA EM HIV/AIDS E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPO GRANDE - MS

Pesquisador: KATIUCHA MENDES DE MENEZES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60085716.6.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.803.079

Apresentação do Projeto:

A Estratégia de Saúde da Família deve desenvolver atividades de assistência multiprofissional domiciliar de promoção, proteção, tratamento e reabilitação, bem como monitorar os pacientes de sua área de abrangência nos diferentes níveis de atenção à saúde. A assistência domiciliar terapêutica para as famílias assistidas foi mais do que uma modalidade assistencial em Aids, foi a resposta certa no momento certo para a necessidade delas. Para as instituições hospitalares significa desospitalização, reduzir os custos e otimizar a ocupação dos leitos hospitalares. Para os profissionais da ADT é a escolha por uma modalidade de assistência que, mais do que suprir as necessidades das famílias, vem ao encontro daquilo que acreditam como forma de assistir integralmente ao ser humano.

Considerando que essas duas equipes prestam assistência com objetivos em comum, surge a necessidade de conhecer os fatores que facilitam e dificultam a integração na prática dos serviços entre as equipes de ADT e ESF na assistência à saúde aos pacientes com HIV/Aids no município de Campo Grande. Caracterizar os fatores de integração das ações em saúde entre as equipes de ADT e ESF subsidiará a gestão com informações que contribuirão para a melhoria no acesso desses pacientes que necessitam de acompanhamento pelas equipes bem como, fortalecer as ações de

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 1.803.079

saúde desenvolvidas com foco na integração.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Caracterizar a integração do cuidado entre as equipes de ADT e ESF em Campo Grande – MS, na perspectiva de profissionais, pacientes e cuidadores.

Objetivos específicos:

- Descrever a integração do cuidado na assistência a saúde prestada aos pacientes com HIV/Aids, na perspectiva de profissionais das equipes ADT e ESF;
- Descrever a integração do cuidado na assistência à saúde recebida pelas equipes ADT e ESF, na perspectiva dos usuários e cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora: "Riscos: A pesquisa possui risco mínimo, uma vez que, não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participarem do estudo.

Benefícios: O benefício ocorrerá em momento subsequente à finalização da pesquisa, através de subsídio a gestão com informações que contribuirão para a melhoria no acesso desses pacientes que necessitam de acompanhamento pelas equipes e assim, fortalecer as ações de saúde desenvolvidas com foco na integração".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa atende integralmente as exigências éticas para pesquisas envolvendo seres humanos conforme normas da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora atendeu todas as solicitações feitas na primeira relatoria do projeto, visando adequação ética conforme normas da Resolução CNS Nº 466/2012, a saber:

- foi informado no TCLE que haverá gravação de áudio das entrevistas, com descarte do material após transcrição e preservação da identidade dos participantes da pesquisa;
- no TCLE foi substituído o termo "voluntário" por "participante" no local da assinatura;
- a pesquisadora reviu os riscos inerentes à pesquisa, considerando que são mínimos;
- o cronograma de atividades foi atualizado, prevendo a coleta de dados apenas após a aprovação ética do projeto de pesquisa.

Ainda, a pesquisadora inseriu os termos "critérios de inclusão e exclusão" no projeto anexado.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 1.803.079

Recomendações:

Inserir no TCLE, além do campo para assinatura, um local para concordância do participante com a gravação de áudio da entrevista.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu todas as solicitações feitas na primeira relatoria do projeto, visando adequação ética conforme normas da Resolução CNS Nº 466/2012, a saber:

- foi informado no TCLE que haverá gravação de áudio das entrevistas, com descarte do material após transcrição e preservação da identidade dos participantes da pesquisa;
- no TCLE foi substituído o termo "voluntário" por "participante" no local da assinatura;
- a pesquisadora reviu os riscos inerentes à pesquisa, considerando que são mínimos;
- o cronograma de atividades foi atualizado, prevendo a coleta de dados apenas após a aprovação ética do projeto de pesquisa.

Ainda, a pesquisadora inseriu os termos "critérios de inclusão e exclusão" no projeto anexado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_786618.pdf	26/10/2016 13:48:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_COMPLETO2.docx	26/10/2016 13:43:47	KATIUCHA MENDES DE MENEZES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTES_CUIDADORES.docx	26/10/2016 13:40:27	KATIUCHA MENDES DE MENEZES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFSSIONAIS.docx	26/10/2016 13:40:01	KATIUCHA MENDES DE MENEZES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/10/2016 13:39:32	KATIUCHA MENDES DE MENEZES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	07/09/2016 15:52:48	KATIUCHA MENDES DE MENEZES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_sesau.pdf	07/09/2016 15:34:16	KATIUCHA MENDES DE MENEZES	Aceito

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 1.803.079

Folha de Rosto	autorizacao_coordenacaomestrado.pdf	07/09/2016 15:32:27	KATIUCHA MENDES DE MENEZES	Aceito
----------------	-------------------------------------	------------------------	-------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 01 de Novembro de 2016

Assinado por:

PAULO ROBERTO HADAMUS DE OLIVEIRA BASTOS
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br