

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE

ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS QUE VIVEM
COM HIV/AIDS: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO
- Modalidade de Artigo Publicável -

Laura Vielmo

Santa Maria, RS, Brasil

2013

ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

Laura Vielmo

Trabalho de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de

Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Crônico-Degenerativo

Orientadora: As. Social Prof^a Dr^a Sheila Kocourek

Co-orientadora: Enf^a Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS, Brasil

2013

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional
Integrada em Sistema Público de Saúde

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS:
RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA**

Elaborado por

Laura Vielmo

como requisito parcial para obtenção do grau de
**ESPECIALISTA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, ÊNFASE CRÔNICO-
DEGENERATIVO**

COMISSÃO EXAMINADORA:

A. Social Dr^a Sheila Kocourek (Presidente/Orientadora)

Enf^a Dr^a Teresinha Heck Weiller
(Co-orientadora)

Farm. Dr^a Sandra Trevisan Beck (UFSM)

Enf^a Esp. Gilda M. R. Mariosi (4^aCRS)

Farm. Me. Claudia Sala Andrade (HUSM)
(Suplente)

Santa Maria, 07 de Fevereiro de 2013

AGRADECIMENTOS

A minha família, em especial meus pais, João Francisco e Ivonete e ao meu namorado João Paulo pelo incentivo e apoio e, principalmente, pela compreensão nos momentos de ausência.

Ao meu grupo de “superespecialistas” Ju, Leo e Nana. Não tenho palavras. Só nós sabemos as dificuldades enfrentadas por abraçar essa causa, mas sabemos da alegria de ver retornar os usuários, ouvir deles agradecimentos e poder dizer que isso é a obrigação qualquer equipe de saúde.

Aos colegas de residência que riram e choraram junto comigo durante esses dois anos. Agradeço à alegria de conviver com vocês. Sentirei saudades.

A tutora Sandra por descobrir junto comigo a residência, que compreensiva e dedicada sempre encontrou solução para tudo. Admiro a profissional dedicada que és.

A preceptora Cláudia por me apresentar um novo campo de atuação junto às pessoas que vivem com HIV/AIDS, compartilhar seus conhecimentos e me incentivar. Quero dizer que sou encantada com esse trabalho.

As professoras Sheila e Tere, por nos acolherem no meio do caminho e oportunizar a execução e conclusão desse trabalho.

Aos profissionais dos serviços pela convivência e momentos de aprendizagem. Em especial, quero agradecer a Cátia pelo companheirismo e boas risadas e a Gilda pelo acolhimento na 4^o CRS.

Ainda, agradeço às pessoas importantes e corresponsáveis por meu crescimento profissional, os usuários dos serviços em que estivemos inseridos, em especial às que vivem com HIV/AIDS, pela confiança em nosso trabalho.

ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA¹

Laura Vielmo², Sheila Koucorek³, Teresinha Heck Weiller⁴, Rosana Huppel Engel⁵,
Juliana Beatriz Reckzigele⁶, Leonardo Dachi⁷.

Universidade Federal de Santa Maria

e-mail da correspondente: lauravielmo@gmail.com

RESUMO

Este artigo resulta da experiência de residentes de um Programa de Residência Multiprofissional em um Hospital Universitário (HU) no interior do Rio Grande do Sul. Por acreditar na importância do trabalho interdisciplinar, objetivou-se trabalhar de forma a contribuir com a integralidade do cuidado às Pessoas que Vivem com HIV/AIDS (PVHA), implementando ações assistenciais no HU e intervenções em duas unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF). A partir da realidade observada, constatou-se que a rede assistencial às PVHA no município encontra-se com dificuldades em relação ao fluxo de atendimentos e que a assistência a essa população é fragmentada. Entende-se a educação continuada e as práticas de consultoria como ferramentas eficazes para mudar esta realidade. Existe, também, a necessidade de maior articulação entre os pontos da rede de saúde a fim de garantir acesso aos serviços, resolutividade nos atendimentos e qualificação nas práticas na rede de atenção à saúde.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Serviços de Saúde, Sistemas de Saúde.

¹ Artigo resultante do projeto de pesquisa e intervenção "Atenção Integral às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Repensando a Linha de Cuidado" elaborado como requisito para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde (PRMIS).

² Farmacêutica residente do PRMIS. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde. Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

³ Assistente Social, Doutora, Professora e Tutora do PRMIS - UFSM.

⁴ Enfermeira, Doutora, Professora e Tutora do PRMIS - UFSM.

⁵ Enfermeira, residente do PRMIS - UFSM.

⁶ Assistente Social, residente do PRMIS - UFSM.

⁷ Nutricionista, residente do PRMIS - UFSM.

COMPREHENSIVE CARE TO PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS: REPORT OF A EXPERIENCE

ABSTRACT

This article results of a experience os Residents of a Multi Professional Residence Program in a University Hospital (HU) in interior of Rio Grande do Sul. For believe in the importance of interdisciplinary, the authors aimed to working in ways that contribute to the comprehensive care to people living with HIV/AIDS (PVHA), implementing assistance action in the HU and interventions in two Family Health Strategies (ESF). By the reality observed, it was noticed that the assistance system of the municipality shows difficulties with the attendance and assistance to the PVHA and is fragmented. The authors understand that continuing education and consulting practices became effective tools to change the reality. There are a necessity of articulation between services of the system looking to assure the access in the services, resulting in attendance and qualified practices in the health attention system.

Descriptors: Acquired Immunodeficiency Syndrome, Health Services, Health System.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado da experiência desenvolvida por residentes de um Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, com ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas, tendo como cenário o Hospital Universitário (HU) de um município no interior do Rio Grande do Sul (RS).

A AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) surgiu na década de 1970 e se tornou uma epidemia, com aproximadamente 40 milhões de pessoas infectadas sendo a quarta causa de mortalidade no mundo (ZANCHI, 2010). Considerada, atualmente, como uma doença crônica por ser tratável, uma vez que a definição de condições crônicas é problemas de saúde que precisam de acompanhamento e administração ao longo do tempo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Essa temática se constitui num desafio para a saúde pública frente à complexidade do cuidado às Pessoas que Vivem com HIV/AIDS (PVHA), e exige ação multidisciplinar das equipes de saúde, com comunicação constante entre seus membros, além de estratégias para que a integração e interdisciplinaridade se consolidem (BRASIL, 2008).

A complexidade da atenção à saúde das PVHA torna o trabalho interdisciplinar e intersetorial indiscutivelmente necessário. Isolados, os profissionais, serviços de saúde e demais setores não conseguem responder às necessidades demandadas pelos usuários. Porém, a dificuldade na implementação de um trabalho em rede é presença constante no dia a dia dos serviços. As articulações e a definição de papéis e limites de atuação apresentam grandes desafios a todos os envolvidos e demandam empenho constante para que ocorra alguma transformação (BORGES, 2012)

Torna-se primordial o deslocamento do processo assistencial atual, centrado em procedimentos fragmentados, por outros processos, que se pautem pela

responsabilização, vinculação e cuidado integral, pautados na linha de cuidado (MALTA, 2012).

Por perceber a necessidade de maior articulação entre a rede de assistência às PVHA, a gestão em saúde e acreditar na importância do trabalho interdisciplinar e em equipe, e embasado pelo que traz o Silva *et al.* (2005) ao evidenciar a opinião dos usuários e profissionais de saúde ao destacarem a comunicação entre os serviços como essencial para a continuidade da assistência e o bom atendimento, o objetivo deste artigo é relatar a experiência de intervenção dos residentes desenvolvidas no ambulatório de infectologia de um Hospital Universitário (HU) e intervenções realizadas em duas unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF), a fim de contribuir com a integralidade do cuidado aos usuários além de contribuir para uma melhor compreensão da atuação multiprofissional nos diferentes níveis de atenção a saúde.

2 METODOLOGIA

Este artigo foi elaborado a partir das ações assistenciais no HU, entre março de 2011 e janeiro 2013, pois, atuando nas unidades de internação da clínica médica, observou-se grande demanda de internações hospitalares por complicações e comorbidades da AIDS. Na maioria das vezes, as demandas não eram causadas propriamente pelo HIV e sim devido aos abandonos recorrentes à Terapia Antirretroviral (TARV), ou ainda, pela falta de acompanhamento clínico, falta de aceitação da doença e dificuldade de acessar os serviços de saúde, entre outros.

Como a aproximação a essa temática se deu pelo cuidado às PVHA em um serviço de alta densidade tecnológica, a equipe de residentes composta pelos núcleos profissionais de enfermagem, farmácia, nutrição e serviço social procurou conhecer os demais pontos da rede de assistência às PVHA do município. Dessa forma, foram realizadas visitas à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e a um serviço de referência municipal que abriga o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Além dos atendimentos aos internados, os residentes se inseriram no ambulatório de Nutrição às PVHA do HU, para dar seguimento aos atendimentos pós-alta hospitalar. Este ambulatório foi formado pelos residentes nutricionistas do programa de residência multiprofissional, em 2010. O ambulatório exclusivo para atendimento nutricional passou a realizar, a partir de 2012, interconsultas com os residentes da enfermagem, farmácia e serviço social.

No segundo ano de residência multiprofissional, os residentes vivenciaram a gestão da política de HIV/AIDS na CRS, através da atividade de carga horária complementar. Neste período, também se deu a inserção dos residentes no ambulatório de Doenças Infectocontagiosas do HU. Essa inserção ocorreu através de ações de assistência às PVHA pautadas na lógica do atendimento interdisciplinar. Por meio da realização de interconsultas, acolhimento, escuta qualificada, além de discussões dos casos com os infectologistas, residentes

médicos e graduandos de medicina, trabalhou-se na perspectiva de qualificar o atendimento às PVHA.

Os residentes do programa de residência multiprofissional passaram a compor a equipe do serviço de infectologia do HU, transformando-a em uma equipe multidisciplinar, pois os atendimentos ambulatoriais às PVHA eram realizados somente pelo núcleo da medicina. O expressivo aumento da sobrevivência dos pacientes soropositivos, a partir da utilização dos antirretrovirais, exigiu o desenvolvimento de estratégias multidisciplinares para a garantia das condições de vida dos pacientes (SEIDL, 2005).

Buscou-se ampliar as metodologias de cuidado considerando que a qualidade da assistência é um importante determinante para o sucesso de programas dirigidos a doenças crônicas, como a AIDS (KITAHATA, 2002), além do impacto na diminuição da mortalidade e na qualidade de vida dos sujeitos. Portanto a assistência bem conduzida pode contribuir para o controle da epidemia, assim como ações de prevenção e educação para a saúde (MARINS, 2002).

No que se refere ao artigo, pretende-se relatar a experiência de intervenção que teve início nessas primeiras incursões internas ao HU e que vieram a culminar com a elaboração de um projeto de pesquisa e intervenção denominado “Atenção Integral às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Repensando a Linha de Cuidado”, sendo o mesmo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o número de Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAAE) 08122112.8.0000.5346.

Este projeto se desenvolveu em três etapas, sendo que na primeira foi realizada uma pesquisa documental com o intuito de caracterizar o fluxo de atendimento às PVHA no município. Foram acessados os serviços de referência em HIV/AIDS, identificando o Serviço Municipal de atendimento às PVHA, além do CTA, CRS e Ambulatório de Doenças Infecciosas do HU, por meio da busca de documentos oficiais.

Na segunda etapa, realizaram-se entrevistas gravadas com sujeitos qualificados selecionados de maneira intencional (profissionais de saúde dos serviços de referência em HIV/AIDS), por meio de um questionário com perguntas

abertas sobre o conhecimento do fluxo de atendimento às PVHA no município investigado, e solicitou-se ao entrevistado que esquematizasse em papel, o fluxo de atendimento compreendido por ele.

A terceira etapa do projeto se constituiu na intervenção realizada por meio de grupo focal (CAPLAN, 1990) com profissionais de saúde de duas equipes de ESF.

A escolha das ESF se deu devido às mesmas estarem inseridas nas regiões com maior incidência de casos de HIV/AIDS, por região administrativa no município, segundo dados da Vigilância Epidemiológica, além de considerações a respeito do perfil social dos territórios.

Contou-se com a participação de 17 profissionais de saúde. Entre estes 02 enfermeiros, 02 técnicos de enfermagem, 08 agentes comunitários de saúde (ACS) e 05 residentes multiprofissionais. Dentre os residentes, um era nutricionista, 02 enfermeiros, um psicólogo e um educador físico. Além desses profissionais, as ESF's contavam com médicos, porém os mesmos não participaram da reunião de equipe onde se deu a pesquisa/intervenção.

A intervenção ocorreu em três momentos. No primeiro, foi solicitado aos profissionais de saúde que se reunissem em duplas e esquematizassem a sua percepção do fluxo de atendimento às PVHA no município ("fluxo vivido").

Na sequência seria apresentado pelos pesquisadores o fluxo oficial de atendimento, segundo as informações colhidas na primeira etapa do projeto de pesquisa, porém, como se constatou a não existência de um fluxo oficial durante a etapa anterior, foi então apresentado aos profissionais das ESF o fluxo desenhado pelos entrevistados.

Nessa ocasião, os pesquisadores também realizaram uma atualização sobre HIV/AIDS contemplando temas como a diferença entre HIV e AIDS, TARV, importância do acompanhamento clínico regular, importância da adesão ao tratamento para o sucesso terapêutico, papel da atenção básica no cuidado às PVHA, importância do agente comunitário de saúde no atendimento aos soropositivos, importância do acolhimento, locais de referência para tratamento, exames laboratoriais.

Esse momento se deu através da metodologia de “roda de conversa” onde todos os participantes puderam dialogar e contribuir com o aprendizado mútuo ao exporem suas experiências, fortalecendo o vínculo entre os profissionais de diferentes níveis de atenção (hospital e atenção básica).

A terceira etapa se constituiu da elaboração de um novo fluxo de atendimento às PVHA proposto pelos profissionais da atenção básica. Esse seria o fluxo ideal do ponto de vista dos profissionais pesquisados, tendo sido pensado com o propósito de facilitar o atendimento às PVHA no município a partir de suas vivências, do exposto pelos pesquisadores e das reflexões provocadas durante a intervenção.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No intuito de facilitar a compreensão do leitor, optou-se em discutir os resultados obtidos a partir da experiência junto ao HU e a ESF em dois momentos. O primeiro momento enfoca a vivência no HU, sendo que esta experiência levou os residentes a elaborarem a proposta de pesquisa e intervenção. No segundo momento, apresenta-se a experiência junto ao ESF.

3.1 A experiência vivenciada por residentes multiprofissionais ao comporem equipe no atendimento às PVHA no HU

A estrutura de serviços de assistência em HIV/AIDS, segundo o Ministério da Saúde, conta com CTAs e Serviços de Assistência Especializada (SAEs). Os CTAs funcionam como locais de acolhimento de pessoas que estejam com suspeitas de estarem infectadas. Trata-se de unidades de saúde que oferecem o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, de forma gratuita, atendendo à demanda, tanto espontânea quanto provocada. Já o SAE é responsável pelo acompanhamento do paciente, em razão da condição crônica da doença, e pela distribuição dos medicamentos antirretrovirais (BRASIL, 1999).

O MS, por meio do Departamento Nacional de DST/HIV/AIDS, produz normas gerais para os serviços e é responsável pela provisão de suprimentos estratégicos, como antirretrovirais e testes de carga viral e de contagem de linfócitos CD4. Exceto por esses recursos, a estrutura dos serviços depende das características regionais e/ou local do programa e do sistema de saúde (BRASIL, 1999).

A assistência ambulatorial no Programa de AIDS é integrada às suas demais ações de assistência e prevenção, e como tal deve ser complexa, multiprofissional e organizada segundo as prioridades clínicas, epidemiológicas e éticas que fundamentam o programa (NEMES, 2001).

O atendimento ao paciente deve ser de responsabilidade do município, onde o sistema deve estar organizado em unidades especializadas, para oferecer o acolhimento, orientação, consultas, exames diagnósticos, tratamento com medicamentos, apoio à organizações não-governamentais e ações de prevenção. Composto, desta forma, uma rede de unidades especializadas que se integram às demais unidades de saúde do sistema público, para o atendimento integral em saúde (BITTENCOURT, 2009).

Porém, o que vemos no município estudado não é esta conformação. Esse município não está habilitado pelo Ministério da Saúde para gestão plena (BRASIL, 2006), e desta forma não assume a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde municipal. Assim sendo, a configuração da assistência em HIV/AIDS se diferencia de outras realidades. Os serviços de referência não se articulam ou se articulam fragilmente com os demais serviços de saúde do município.

A população deste município conta com dois serviços de referência em HIV/AIDS, sendo um no HU e outro de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. Esse último abriga também o único CTA do município.

O serviço de infectologia do HU é tido como um SAE em HIV/AIDS, no entanto, durante pesquisa documental não se encontrou nenhuma portaria ou documentação que assim preveja, a não ser por estar listado no site do programa de AIDS como tal. Soma-se a isso, o fato dos profissionais que lá atuam relatarem que o serviço é apenas um ambulatório de especialidade em infectologia. A propósito, o serviço é composto apenas por profissionais médicos, o único enfermeiro de plantão responde por todo o serviço ambulatorial, a Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) é espacialmente distanciada do ambulatório, além da falta de equipe multiprofissional como é o preconizado pelo Ministério da Saúde.

A UDM do HU atende a demanda de usuários do HU (ambulatoriais e internados) bem como do município em estudo e regional de saúde, sendo responsável pelo fornecimento de ARV à, aproximadamente, 1.000 pacientes/mês (SICLOM, 2013). Este serviço conta com farmacêutico responsável, porém não lotado exclusivamente para o atendimento às PVHA e uma funcionária para dispensação dos medicamentos.

Os residentes multiprofissionais articularam desde o início das atividades, com a UDM, sendo essa, parceira na identificação de problemas enfrentados pelos usuários soropositivos compartilhando informações essenciais para o bom atendimento dos mesmos.

A equipe do serviço de infectologia do HU (funcionários do serviço) é composta por dois servidores médicos infectologistas que contam com dois residentes médicos para as consultas ambulatoriais em seis turnos semanais, além de um professor médico infectologista, que realiza atendimentos em mais um turno juntamente com os acadêmicos.

O serviço não conta com outros profissionais lotados exclusivamente para o atendimento às PVHA, no entanto quando há demanda de coleta de materiais e aplicação de medicamentos a enfermeira de plantão no ambulatório realiza esses procedimentos.

Ao comparar o perfil do serviço do HU com os demais serviços de assistência às PVHA estudados por Melchior *et al.* (2006), quanto à presença de médico infectologista, evidenciou-se perfil condizente com a realidade do HU. O referido estudo mostrou a presença de pelo menos um médico infectologista em 74% dos serviços do país e em 39% deles, todos os médicos têm mais de cinco anos de experiência em AIDS.

Segundo Melchior *et al.* (2006), a maioria dos profissionais não é exclusivamente dedicada à assistência em AIDS, o que condiz com o ambulatório do HU. Porém o estudo de Melchior também mostra que são exclusivos 42% dos psicólogos, 37% dos enfermeiros, 36% dos assistentes sociais, 30% dos dentistas e 21% dos farmacêuticos. Essa é uma realidade não vivenciada no ambulatório do

HU, uma vez que o serviço não conta com profissionais não médicos dedicados exclusivamente ao ambulatório de infectologia.

O ambulatório do HU passou a contar com equipe multiprofissional a partir da inserção dos residentes, propondo novas metodologias de trabalho, baseadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, a atenção integral ao usuário está centrada na abordagem às necessidades de saúde, garantindo desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida até a criação de um ambiente que resulte em conforto e segurança para o usuário. A integralidade é a combinação de tecnologia e humanização aliadas ao desafio de se colocar no lugar do paciente, com suas necessidades singulares, como ponto de partida de qualquer intervenção (CECILIO, 2003).

A atenção às pessoas soropositivas exige ação multidisciplinar da equipe de saúde, com comunicação constante entre seus membros. Para tanto, deve-se estabelecer estratégias para que a integração e funcionamento interdisciplinar se consolidem (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Nesse sentido, os residentes multiprofissionais realizaram interconsultas voltadas para a escuta qualificada, proporcionando aos usuários do serviço acolhimento às suas demandas mais amplas, saindo da lógica biomédica, onde apenas as demandas clínicas e laboratoriais são vistas.

A interconsulta é uma das formas de operacionalização do trabalho multiprofissional e, segundo Schmitt e Gomes (SCHMITT, 2005), é uma atividade interprofissional e interdisciplinar. Neste artigo, a interconsulta é tratada como o atendimento que conta com, no mínimo, dois núcleos profissionais e se inicia com o acolhimento do usuário individualmente, desenvolvendo-se com o objetivo de entender as vivências que lhe trouxeram a atual situação, além das queixas de saúde. A partir disso, planejou-se a conduta e, quando necessário, encaminhou-se o caso a outros profissionais.

De acordo com Ceccim e Ferla (Ceccim,2006) o acolhimento é entendido como a busca do acesso universal à assistência e à ação de dar atenção a toda a demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de

situações individuais e vice-versa, assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população em atendimento.

Em um serviço de atendimento às PVHA o trabalho interdisciplinar e intersetorial é um dispositivo esperado diante da complexidade da assistência à saúde das mesmas, pois, sozinhos, os profissionais ou os serviços de saúde não respondem a totalidade das demandas dos usuários.

Na experiência vivenciada pelos residentes, ao integrar a equipe, os atendimentos multidisciplinares passaram a ocorrer a partir da leitura e identificação de problemas nos prontuários dos pacientes, sendo os mesmos atendidos antes da consulta médica. Estes atendimentos, chamados aqui de interconsultas, passaram a ser evoluídos no prontuário do paciente e sempre que possível o caso foi discutido com algum profissional médico.

Por outro lado, quando a equipe médica identificava necessidade de atendimento ao usuário por algum dos demais núcleos profissionais dos residentes, o usuário era encaminhado. Inicialmente, percebeu-se certa resistência por parte de alguns profissionais da medicina em compartilhar os casos com a equipe multiprofissional, porém com o passar do tempo esta prática foi sendo fortalecida.

Os ruídos na comunicação são maiores quando as demandas são identificadas pela equipe multiprofissional e esta precisam da articulação com os médicos para dar resolutividade ao caso. Neste sentido, buscou-se constantemente articulações de diferentes formas entre os residentes multiprofissionais e os médicos.

O delicado processo de coordenação do cuidado se dá através do mecanismo de criação de pontes do cuidado ou pontos de contato entre as distintas lógicas dos diversos profissionais que precisam dialogar para que o cuidado se efetive. No entanto, esses canais nem sempre são livres, bem definidos ou aceitos como regras do jogo institucional, sendo fonte permanente de ruídos, tensões e disputas (CECILIO, 2003).

O encaminhamento mútuo possibilita a integração entre os profissionais da equipe, em contraposição à rotina mais tradicional de delegar apenas ao médico a identificação de necessidades de encaminhamento. Preocupa o fato de que em

quase metade dos serviços no Brasil, o acesso aos profissionais de saúde, não médicos, ocorre apenas por encaminhamento do médico (MELCHIOR, 2006). Nesse aspecto, o serviço do HU se encontra à frente, uma vez que, a partir da prática de encaminhamento mútuo, implementada pelos residentes multiprofissionais, os usuários puderam experimentar o cuidado integral, ainda que restrito a um único serviço.

Observa-se a necessidade do usuário ter suas dúvidas e vivências compreendidas e acolhidas pelos profissionais, principalmente em relação às condições do tratamento e cuidado em HIV/AIDS, sendo fato imperativo para o processo de adesão ao tratamento. Existe a expectativa, por parte do usuário, que a troca de informações entre os profissionais da equipe sobre o mesmo faça parte de um procedimento (PALÁCIA, 2012).

Alvo da crítica internacional à política brasileira de acesso universal aos antirretrovirais, a adesão ao tratamento ganhou maior atenção do programa de AIDS a partir da implantação da terapia de alta eficiência (BRASIL, 2008). Nesse panorama, a equipe multiprofissional se mostra efetiva em melhorar a adesão ao tratamento ao fortalecer os vínculos do usuário com o serviço e abrir espaço para acolher as diversas demandas de cada sujeito.

No entanto, a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. As ações de integralidade restritas a uma equipe ou serviço respondem apenas por algum grau de integralidade a partir da articulação da equipe em suas práticas de escutar e atender da melhor forma as necessidades de saúde individuais (CECILIO, 2001).

Frente a isso, foram realizadas articulações com os demais serviços de saúde do município em estudo, uma vez que as necessidades em saúde têm sido alvo de estudos enfocando a rede de cuidado.

3.2 A experiência da intervenção com profissionais de ESFs

A rede de atenção é constituída, principalmente, pelos eixos que dizem respeito à população e estrutura operacional, levando em consideração que o centro desse sistema é a atenção básica e também pelos modelos de atenção em saúde disponíveis (MENDES, 2002).

As políticas públicas de saúde estão investindo em medidas de prevenção e no controle da transmissão de doenças. Com isso, abrem-se novas possibilidades nas redes de serviços e estratégias de cuidado. Além, disso, os avanços da ciência, no que diz respeito ao tratamento de PVHA, também colaboram para essa abertura (CECILIO, 2001). Nesse contexto, podem-se articular parcerias no que tange as questões de HIV/AIDS, para além das práticas de promoção e prevenção, a partir da aproximação entre os serviços de referência, as ESFs e outras políticas como assistência, educação, habitação, entre outras.

Cabe aqui destacar que dentre as políticas de saúde, a que mais se aproxima do princípio de horizontalização de acesso, proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é a Política Nacional de DST/AIDS, uma vez que o atendimento abrange os vários níveis de atenção em saúde (GOMES, 2005).

Apesar de a política trazer essa horizontalização como princípio, o preparo específico para atender os usuários estaria restrito aos profissionais de centros especializados. Essa restrição resulta na descontinuidade da assistência às PVHA e na falta de preparo dos profissionais em relação ao estigma da doença, quando são atendidas em outros serviços do SUS (SILVA, 2005).

Durante a etapa de execução do projeto de pesquisa e intervenção que ocorreu junto as ESFs, identificou-se na fala dos profissionais o distanciamento com a temática do HIV/AIDS. Nos relatos, evidenciaram-se as dificuldades e limitações na prestação de cuidados à população soropositiva. Essas dizem respeito ao fato de a equipe perceber as PVHA de maneira diferente quando o assunto são as necessidades básicas em saúde.

Nesse sentido, a equipe da ESF precisa estar preparada para identificar as possíveis necessidades em saúde desses usuários, de modo que quando eles acessarem os serviços de saúde possam ter suas demandas atendidas e não somente encaminhadas. Aqui se refere, por exemplo, ao manejo de reações alérgicas que podem ser causadas por alguns antirretrovirais, necessidade de uso contínuo de antibióticos em situações de profilaxia, sendo que os mesmos são disponíveis na atenção básica, além de orientações a respeito do tratamento da AIDS, muitas vezes desconhecidas pelos profissionais.

Destaca-se também o problema da falta de articulação entre os serviços de saúde e a falta de espaços para trocas dialógicas entre as ESFs e as equipes de referência. As ESFs visualizaram na intervenção dos residentes uma metodologia para aproximação e atualização através da prática da educação continuada. Um aspecto que mostra a incipiente dinâmica de trocas desta rede é a inexistência da prática de matriciamento. Prática esta que requer disponibilidade e continuada colaboração entre os diferentes atores desse processo.

Não se quer com isso que as ESFs deem conta das demandas das PVHA que clinicamente necessitam dos serviços especializados, mas sim que tenham subsídios para acolher essa população, identificar e realizar com rapidez e praticidade os encaminhamentos para outros serviços especializados quando deles necessitarem.

Observou-se que os serviços especializados não estão articulados a fim de formar uma rede. Estão meramente fazendo assistência *in loco*. Quando uma demanda é acolhida na rede básica o encaminhamento para os serviços de referência é bastante trabalhoso. Esse fato é explicado na visão das equipes estudadas pela não existência de um fluxo oficial para tal, além de os profissionais não saberem como proceder.

O relato dos profissionais das ESFs estudadas vem ao encontro do trabalho de Silva *et al.* (2005) onde os usuários e profissionais de saúde destacaram a comunicação entre os serviços como essencial para a continuidade da assistência e o bom atendimento. Dessa forma, a ciência sobre como a rede de serviços está organizada e o que está sendo feito em cada ponto dela é imprescindível para o funcionamento do sistema.

As PVHA podem ter algumas de suas necessidades atendidas pela atenção primária, em particular pela ESF. Os serviços de atendimento especializado estão concentrados nos níveis secundário e terciário de atenção e com isso não dão conta dessas demandas. É importante que as PVHA acessem a atenção básica para que sejam contemplados com os cuidados em saúde deste nível, como por exemplo, vacinas, acompanhamento da hipertensão, diabetes, demandas da saúde da mulher dentro e fora do período gravídico puerperal, puericultura para recém-nascidos expostos, entre outros. Evitando-se, dessa forma, a sobrecarga dos serviços especializados e, assim possibilitando que esses consigam atender maior demanda, além de garantir às PVHA acesso a cuidados imprescindíveis para a saúde, bem como dar maior atenção aos casos mais complexos.

Contudo, o município estudado possui aproximadamente 20 % de cobertura de ESF, o que justificaria o fato de a maioria da população soropositiva não utilizar o serviço, segundo relato dos profissionais das ESFs incluídos nesse estudo.

Ainda, com relação ao cuidado às PVHA na atenção primária, diretrizes para as ações dos ACS foram formuladas pelo MS tendo como enfoque a prevenção da epidemia, disseminação de informações e orientações em saúde (BRASIL, 2008).

A adesão dos agentes comunitários ao cuidado das PVHA é fundamental para fortalecer a implementação do cuidado integral, uma vez que esses são os profissionais que tem maiores chances de realizar o primeiro acolhimento às PVHA que não chegam até as ESFs. Esses usuários não buscam a ESF por se encontrarem em situação de abandono de tratamento ou por acreditarem, equivocadamente, que só os serviços especializados podem dar conta de suas demandas, fazendo com que grande parte das PVHA não acesse outros níveis de complexidade em saúde.

A partir do contexto abordado nesse artigo, entende-se que a ênfase deva estar no cuidado e no monitoramento, ao invés da intervenção aguda, na multidisciplinaridade e na criação de redes de saúde integradas (GOMES, 2005). A integração e a coordenação de serviços, como no caso da assistência em HIV/AIDS, podem aperfeiçoar o uso dos recursos e aumentar o acesso (KITAHATA, 2002).

Por meio das vivências oportunizadas pelo projeto de pesquisa e intervenção, ficou aparente a fragilidade da articulação entre os serviços no município estudado. Fato esse, enfatizado pelos profissionais de saúde envolvidos nesse estudo, sendo que os mesmos atribuem à falta de um fluxo de atendimento sistematizado e claramente definido entre todas as esferas desde a assistência até a gestão de saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realidade observada, constatou-se que a rede de assistência às PVHA no município se encontra com dificuldades em relação ao fluxo de atendimentos e que a assistência a essa população é fragmentada.

Entende-se a educação continuada e o matriciamento como ferramentas eficazes, além de alternativas para mudar a realidade. A realização de matriciamento, pelos profissionais dos serviços especializados, aliada à educação continuada, proporcionaria às equipes das ESFs segurança para acolher as demandas das PVHA.

Existe, também, a necessidade de maior articulação entre os diferentes pontos da rede de saúde, os locais especializados na assistência em HIV/AIDS e a gestão política a fim de garantir acesso aos serviços, resolutividade nos atendimentos e qualificação nas práticas do processo de trabalho.

Uma das alternativas para que isso ocorra seria a assistência às PVHA organizada na forma de linha de cuidado. Uma vez que as linhas de cuidado se apresentam como referência estruturante para o cuidado à saúde, desenvolvido pelos profissionais individualmente e em equipe na organização de uma Unidade de Saúde.

Não se desconsidera neste artigo o fato de que a integralidade do cuidado só é alcançada enquanto rede e, neste âmbito, as práticas dos residentes dentro do HU vieram a fim de contribuir para o cuidado integral, apesar de não contemplá-lo como de fato ele exige. Destaca-se ainda que as intervenções realizadas nas ESFs ocorreram com o mesmo intuito.

Diante do exposto, pretende-se compartilhar os resultados dessa intervenção com os gestores em saúde, tanto locais como regionais, na perspectiva de oficializar o fluxo de atendimento às PVHA no município. Além de estimular a aproximação dos serviços de saúde a fim de compor uma linha de cuidado em HIV/AIDS. E que seja

essa ação também uma sensibilização aos gestores locais enquanto demanda de política pública que é.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BITTENCOURT, O.N.S.; KLIEMANN NETO, F.J. **Rede Social no Sistema de Saúde: um Estudo das Relações Interorganizacionais em Unidades de Serviços de HIV/AIDS**. RAC, Curitiba, v. 13, Edição Especial, art. 6, p. 87-104, disponível em www.anpad.org.br/ra. Junho 2009.

BORGES, M. J. L, SAMPAIO, A. S, GURGEL, I. G. D. **Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade a assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco**. Ciência & Saúde Coletiva, 17(1): p. 147-156, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Manuais n. 84 Brasília-DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Departamento de Apoio à Descentralização Secretaria Técnica - Comissão Intergestores Tripartite. **Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde** - Maio de 2006.

CAPLAN, S. **Using focus group methodology for ergonomic design**. *Ergonomics*, v. 33, n.5, p. 527-33, 1990.

CECCIM, R.B., FERLA, A.A. **Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde.** In: Pinheiro, R., Mattos, R.A., organizadores. Gestão em redes – Práticas de avaliação, formação e participação na saúde, 2006.

CECILIO, L.C.O., MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** In: Pinheiro, R., Mattos, R.A., organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS – UERJ – ABRASCO. Campinas, 2003.

CECILIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde.** In R. Pinheiro & R.A. Mattos, Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde p. 113-126. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2001.

DELNOIJ, D.M.J., KLAZINGA, N.S., VELDEN, K.V.D. **Building integrated health systems in central and eastern Europe.** European Journal of Public Health, 13 (3), p. 240-245, 2003.

GOMES, M.C.P.A., PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.** Interface comum. Saúde Educação, 9(17), p. 287-302, 2005.

KITAHATA, M.M et al. **Comprehensive health care for people infected with HIV in developing countries.** British Medical Journal, 325 (7370), p. 954- 957, 2002.

KWAIT, J., VALENTE, T.W., CELENTANO, D.D. **Interorganizational relationships among HIV/AIDS service organizations in baltimore: a network analysis.** Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine, 78 (3), p. 468-487, 2001.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MARINS, J.R., et al. **Dramatic improvement in survival among adult Brazilian Aids patients.** *AIDS* 17(11), p.1675-82, 2003.

MELCHIOR, R. et al. **Assistência ambulatorial em HIV/AIDS no Brasil.** In: *Saúde Pública* 41(1), p. 143-51, 2006. Disponível em www.fsp.usp.br/rsp

NEMES, M.I.B. **Avaliação em saúde: questões para o Programa de DST/AIDS no Brasil.** Rio de Janeiro. Editora Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)/ Fundamentos de Avaliação; nº 1, 2001.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial** – Brasília, 2003. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf>. Acesso em 20/janeiro/2013.

PALÁCIO, M.B., FIGUEIREDO, M.A.C., SOUZA, L.B. **O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde.** *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 43, n. 3, p. 360-367, jul./set. 2012.

SEIDL, E.M.F., ZANNON, C.M.L., TRÓCCOLI, B. **Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 18(2), p. 188-195, 2005.

SILVA, L.M.S. et al. **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, 14(2), p. 97-104, 2005.

SCHMITT, R., GOMES, R.H. **Aspectos da interconsulta psiquiátrica em hospital de trauma.** Rev Psiquiatr RS, 27(1), p. 71-81, 2005.

SICLOM OPERACIONAL (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - Operacional). Ministério da Saúde. Disponível em <https://siclom.aids.gov.br/principal.asp#> [acesso restrito].(2013).

ZANCHI, M.T., ZUGNO, P.L. **Sociologia da saúde.** In: Saúde e doença. 2. ed. ver., e ampl. Caxias do Sul: Educs, p. 440, 2010.