

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO**

**DANIELA DAL FORNO KINALSKI**

**PERSPECTIVA DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV**

Santa Maria, RS  
2016

**Daniela Dal Forno Kinalski**

**PERSPECTIVA DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) para obtenção do Grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Cristiane Cardoso de Paula  
Coorientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Eliane Tatsch Neves

Santa Maria, RS  
2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Dal Forno Kinalski, Daniela

Perspectiva de Rede de Atenção à Saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV / Daniela Dal Forno Kinalski.-2016.

125 p.; 30cm

Orientadora: Cristiane Cardoso de Paula

Coorientadora: Eliane Tatsch Neves

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2016

1. Rede de Atenção à Saúde 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde da criança 4. Saúde do adolescente 5. Síndrome da Imunodeficiência adquirida I. Cardoso de Paula, Cristiane II. Tatsch Neves, Eliane III. Título.

**Daniela Dal Forno Kinalski**

**PERSPECTIVA DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) para obtenção do Grau de **Mestre em Enfermagem**

**Aprovado em 15 de Fevereiro de 2016:**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristiane Cardoso de Paula (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Tatsch Neves (UFSM)**  
(Coorientadora)

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Stela Maris de Mello Padoin (UFSM)**  
(membro da banca)

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dagmar Elaine Kaiser (UFRGS)**  
(membro da banca)

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Teresinha Weiler (UFSM)**  
(suplente)

Santa Maria, RS  
2016

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>24</b>
2.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL.....	24
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	31
2.2.1 Políticas públicas Brasileiras da Atenção à Saúde da Criança.....	32
2.2.2 Políticas públicas Brasileiras da Atenção à Saúde do Adolescente.....	35
2.3 A CRIANÇA E O ADOLESCENTE VIVENDO COM HIV.....	36
2.3.1 Vulnerabilidades da criança vivendo com HIV.....	36
2.3.2 Vulnerabilidade do adolescente vivendo com HIV.....	38
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>40</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	40
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	41
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	42
3.4 COLETA DE DADOS.....	42
3.4.1 A Técnica de Grupo Focal.....	42
3.4.2 Desenvolvimento da técnica de Grupo Focal.....	44
3.4.2.1 <i>Planejamento</i> .....	45
3.4.2.2 <i>Ambientação</i> .....	46
3.4.2.3 <i>Recrutamento</i> .....	46
3.4.2.4 <i>As sessões</i> .....	48
3.4.2.5 <i>Avaliação</i> .....	51
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	51
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	54
4.2 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV CENTRADO NO SERVIÇO ESPECIALIZADO.....	56
4.2.1 Aspectos conceituais da atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV.....	56
4.2.2 Aspectos estruturais da atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV.....	59
4.2.3 Aspectos sociais da atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV.....	63
4.3 CONSTITUIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV.....	66
4.3.1 Concepção dos pontos de atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV.....	66

4.3.2 Articulação entre os pontos de atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV.....	74
4.3.3 Operacionalização da atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV.....	77
4.4 PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV EM SANTA MARIA/RS.....	81
4.4.1 Fluxo de atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS.....	81
4.4.3 Avaliação dos profissionais em relação às mudanças que a linha de cuidado proporcionará para Santa Maria/RS.....	85
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>87</b>
5.1 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV CENTRADO NO SERVIÇO ESPECIALIZADO.....	87
5.2 CONSTITUIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV.....	93
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>115</b>
APÊNDICE A- Guia de Avaliação do Grupo focal.....	116
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	118
APÊNDICE C- Termo de Confidencialidade.....	120
<b>ANEXOS.....</b>	<b>121</b>
ANEXO A- Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa UFSM.....	122
ANEXO B- Aprovação da Gerência de Ensino e Pesquisa.....	123
ANEXO C- Autorização do Núcleo de Educação Permanente de Santa Maria.....	124
ANEXO D- Autorização da Secretária de Saúde de Santa Maria.....	125

*Dedico este trabalho ao meu amor incondicional, a minha família,  
fontes inesgotáveis de carinho, amor, compreensão, apoio e incentivo.  
Essa conquista é para vocês!*

## AGRADECIMENTOS

A todos que contribuíram de alguma forma com esse estudo e com a realização deste sonho. Muito obrigada por dividirem comigo esta felicidade. Fica expresso a minha gratidão em especial:

À minha **família**, principalmente meus pais, **José Roberto e Maria de Lourdes**, fortalezas de amor e incentivo, obrigada pela confiança que sempre obtiveram em mim, e pelo imenso esforço dedicado para que eu conseguisse realizar mais esse sonho. Eu amo vocês!

À minha orientadora **Cristiane Cardoso de Paula**, que com muito empenho, dedicação e comprometimento esteve ao meu lado, me proporcionando um aprendizado que palavras não conseguirão traduzir, e, por ser um exemplo de profissional. Obrigada pela confiança!

À minha coorientadora **Eliane Tasch Neves**, pelo comprometimento, dedicação e parceria nesse trabalho. Muito Obrigada!

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa “**Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade**” (**GP - PEFAS**), pela ajuda, companheirismo e coleguismo. Em especial as minhas parceiras Stela Maris de Mello Padoin, Laura Ferreira Cortes e Raquel Kleinubing. Vocês são demais!

Aos meus **amigos**, que muitas vezes deixei de estar presente fisicamente, mas que sempre souberam que de alguma forma eu estava lá, e que em momentos de fraqueza me levantavam com palavras de incentivo. Amo vocês!

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), 8ª turma, em especial a minha linda rede de apoio **Amanda de Lemos Mello, Jamile Bruinsma, Anahlú Peserico, Eduarda Signor**, sem vocês essa etapa não teria o mesmo sentido e nem a mesma graça. Obrigada pela parceria, ajuda, conselhos, incentivos. Vocês foram essenciais!

Ao meu namorado **Eduardo Martins Castro** que sempre me incentivou e me desafiou a ser uma pessoa melhor. Obrigada pela paciência, pelo companheirismo e por todo amor durante essa etapa. Agradeço também à toda a **sua família** por me acolherem. Vocês são incríveis!

Aos **participantes desta pesquisa**, pela disponibilidade e por todo comprometimento disponibilizado para a realização deste trabalho. Vocês foram as peças essenciais para este sonho se tornar realidade. Muito obrigada!

E por fim, agradeço imensamente a **Deus** por ter me proporcionado chegar até aqui!

*“Reconhecer a verdade como verdade, e ao mesmo tempo como erro; viver os contrários, não os aceitando; sentir tudo, de todas as maneiras, e não ser nada, no fim, senão o entendimento de tudo [...]”.*

*Fernando Pessoa, O Caminho da Serpente*

## RESUMO

### PERSPECTIVA DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV

AUTORA: DANIELA DAL FORNO KINALSKI

ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> DRA CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

As crianças vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) exigem demandas de acompanhamento em saúde além do habitual devido às especificidades de sua condição sorológica. Dentre as demandas, destacam-se o acompanhamento permanente de saúde e a dependência de tecnologia medicamentosa. No entanto, a deficiência de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) resulta na afiliação aos serviços especializados. Recomenda-se que esses serviços especializados contem com os serviços de APS, visando a qualidade da atenção à saúde, preferencialmente sob coordenação da APS. Neste sentido, a efetivação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) pretende a integração entre os serviços coerente com a política pública de saúde nacional. Para tanto, faz-se necessária a estruturação da política municipal para implementação de um sistema de transferência, definição das atividades de responsabilidade de cada serviço e da educação permanente dos profissionais. Estes precisam conhecer as crianças e os adolescentes vivendo com HIV na sua área de abrangência e desenvolver ações de acolhimento e fortalecimento de vínculos. Assim tem-se como **objetivo** discutir com profissionais da Rede de Atenção à Saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV, perspectivas de linha de cuidado e fluxo de atenção no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Metodologia:** Abordagem qualitativa realizada por meio da técnica de grupo focal com 23 profissionais de saúde da APS e do serviço especializado, totalizando quatro sessões. O cenário de estudo foi composto pelos serviços de APS de Santa Maria, o Hospital Universitário de Santa Maria e a Casa Treze de Maio. Foi desenvolvida a Análise de Conteúdo e respeitados os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos, seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** A atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria é realizada nos serviços especializados. Isso é decorrente de aspectos conceituais, estruturais e sociais. Para tanto, na tentativa de descentralizar esse modelo de atenção à saúde em especialidades, foi discutida e reorganizada essa atenção à saúde por meio da construção de uma linha de cuidado para essa população. Foram definidas as concepções de cada ponto, as articulações e as operacionalizações necessárias para uma melhor integração entre os pontos de atenção à saúde. Destaca-se que o presente estudo teve um produto: o fluxo de atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria. **Considerações finais:** As discussões proporcionaram a reorganização de um modelo de atenção que era fragmentado, com foco no controle clínico da doença para um modelo de atenção à saúde compartilhado entre os pontos, utilizando como base os princípios da RAS.

**Palavras-chave:** Redes de Atenção. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Criança. Saúde do Adolescente. HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

## ABSTRACT

### PERSPECTIVE OF NETWORK ATTENTION TO HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS LIVING WITH HIV

AUTHOR: DANIELA DAL FORNO KINALSKI  
SUPERVISOR: PROF<sup>a</sup> DRA CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

Children living with Human Immunodeficiency Virus (HIV) or Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) require health-monitoring demands beyond the usual, due to the specifics of their HIV status. Among the demands, there is the ongoing control of health and dependence on drug technology. However, the fragility to access services of Primary Health Care (PHC) results in an engagement with specialized services. It is recommended that specialized services benefit themselves from the APS services, towards the quality of health care, preferably coordinated by APS. In this sense is that the realization of a Network Health Care (NHC) want integration between services, consistent with the public policy of national health. Thus, it is necessary to structure the municipal policy to implement a transfer system, defining the responsibility activities of each service and continuing education of professionals who need to know the children and adolescents living with HIV in their area, and develop actions of commitment and strengthen bonds. In this sense, this research has the **aim** of discussing with the professionals the NHC of children and adolescents living with HIV, perspectives care line and flow in the city of Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. **Methodology:** qualitative approach conducted through the technique of focus groups with 23 health professionals, PHC and specialized service, totaling four sessions. The study setting was the PHC services of Santa Maria, the University Hospital of Santa Maria and Casa Treze de Maio. Content Analysis and respected the ethical aspects of research involving human beings, according to the Resolution 466/12 of the National Health Council were developed. **Results:** The health care of children and adolescents living with HIV in Santa Maria is performed in specialized services . This is due to conceptual, structural and social aspects. To this end, in an attempt to decentralize this health care model in specialties, it was discussed and rearranged this attention to health through the construction of a line of care for this population. The conceptions of each point of attention have been defined, the articulations and the necessary operationalizations for better integration between the health care points. It is noteworthy that this dissertation was a product: the flow of health care for children and adolescents living with HIV in Santa Maria. **Final thoughts:** the discussions provided the reorganization of a care model that was fragmented, focusing on the clinical management of the disease to a model of attention to health shared between points based on the principles of RAS.

**Keywords:** Networks Care. Primary Health Care. Children's Health. Adolescent Health. HIV. Acquired immunodeficiency syndrome.

## **LISTA DE APÊNDICES**

Apêndice A- Guia de avaliação do Grupo Focal.....	116
Apêndice B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	118
Apêndice C- Termo de Confidencialidade.....	120

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.....	122
Anexo B- Aprovação da Gerência de Ensino e Pesquisa.....	123
Anexo C- Aprovação do Núcleo de Educação Permanente da Secretária Municipal de Santa Maria.....	124
Anexo D- Autorização da Secretária de Saúde de Santa Maria.....	125

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Redes poliárquicas de Atenção à Saúde.....	26
Figura 2- Constituição da Rede de Atenção à Saúde.....	28
Figura 3- Organograma de planejamento do Grupo focal.....	45
Figura 4- Organização dos assentos de forma circular.....	47
Figura 5- Lanches oferecidos aos participantes.....	48
Figura 6- Organização dos temas e subtemas da pesquisa.....	55
Figura 7- Síntese dos aspectos que influenciaram o modelo de atenção à saúde centrado no serviço especializado.....	65
Figura 8- Síntese das competências dos pontos de atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS.....	67
Figura 9- Ações desenvolvidas e ações que poderiam ser desenvolvidas pelo serviço especializado.....	68
Figura 10- Competências estabelecidas para o serviço especializado.....	68
Figura 11- Ações desenvolvidas e ações que poderiam ser desenvolvidas pela Casa Treze de Maio.....	69
Figura 12- Competências estabelecidas para a Casa Treze de Maio.....	70
Figura 13- Ações desenvolvidas e ações que poderiam ser desenvolvidas pela Atenção Primária à Saúde.....	71
Figura 14- Competências estabelecidas para a Atenção Primária à Saúde.....	72
Figura 15-Competências dos pontos de atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS.....	73
Figura 16 – Notação dos símbolos utilizados.....	81
Figura 17- Fluxo de atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria.....	82

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1- Caracterização dos participantes do estudo.....	54
---	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Momentos-chave das sessões de Grupo focal da discussão da constituição da Rede de Atenção à Saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS.....	50
Quadro 2- Codificação dos participantes do estudo.....	55

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
AM	Aleitamento Materno
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPQ	Centro Nacional de Pesquisa
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DI	Doenças Infecciosas
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EBBS	Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
GP-PEFAS	Grupo de Pesquisa- Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GF	Grupo Focal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IRA'S	Infecções Respiratórias Agudas Sistêmicas
IHAC	Instituição Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde
NEPES	Núcleo de Educação Permanente em Saúde

OMG/BPMN Object Management Group/Business Process Model and Notation

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

PAISMC Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PAISC Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PCATool Primary Care Assessment Tool

PIM Primeira Infância Melhor

PSE Programa Saúde na Escola

PSF Programa Saúde da Família

PROSAD Programa Saúde do Adolescente

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

RAS Rede de Atenção à Saúde

RN Recém Nascido

RS Rio Grande do Sul

SM Santa Maria

SUS Sistema Único de Saúde

SINAN Sistema de Notificação Compulsória

SAE Serviço de Assistência Especializada

TARV Terapia Antirretroviral

TCC Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde

UFSM Universidade Federal de Santa Maria

## 1 INTRODUÇÃO

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids<sup>1</sup>), causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), gerou uma repercussão mundial devido ao seu impacto no indivíduo e na sociedade e alastramento nas diversas regiões no mundo, (BRITO et al., 2000; BASTA et al., 2006), configurando-se como um problema de saúde pública. Quanto ao indivíduo, impacta nos anos potenciais de vida perdidos, na extensão da incapacidade, dor e desconforto e na sua família. Quanto à sociedade, impacta devido ao seu potencial epidêmico, a magnitude dos casos notificados, a mortalidade e morbidade, aos custos do tratamento e a dificuldade de estruturação de uma rede assistencial que garanta a integralidade de ações de cuidado em saúde para essa população (COSTA; VICTORIA, 2006; FONSECA; BASTOS, 2007).

No Brasil, o surgimento do primeiro caso de AIDS ocorreu no ano de 1982, na cidade de São Paulo e, até junho de 2015, já haviam sido registrados 798.366 casos, dos quais 159.898 (20%) ocorreram na região sul (BRASIL, 2015). Ressalta-se que a síndrome vem passando por inúmeras mudanças referentes às categorias de exposição e evolução de uma série de respostas políticas e sociais para a prevenção, controle e tratamento da doença (FONSECA; BASTOS, 2007; CUNHA; GALVÃO, 2010;).

A transmissão vertical é a principal categoria de exposição em menores de 13 anos. Esta ocorre da mãe para o seu filho durante a gestação, trabalho de parto, parto e aleitamento materno (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2015). Somam-se os casos em adolescentes e jovens infectados, em sua maioria, pela transmissão horizontal, seja por exposição sexual ou sanguínea devido compartilhamento de seringas no uso de drogas injetáveis (FONSECA; BASTOS, 2007; STEPHAN; HENN; DONALISMO, 2010).

A taxa de detecção de casos de HIV em gestantes notificados no Brasil, no período de 2000 a junho de 2015, foi de 92.210 casos. Destes, deu-se na região Sudeste (41%), seguida pela região sul com (31,1%). Até o ano de 2015 foram notificados 86.009 casos de aids no Brasil nestas populações. Só no ano de 2015, 123 casos novos foram notificados na população até 14 anos de idade e 1.419 casos na população de jovens de 15 a 24 anos e idade (BRASIL, 2015).

Diante desse panorama epidemiológico, houve um investimento em políticas públicas. Isto contribuiu no aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV,

---

<sup>1</sup> Existem três formas corretas de grafia da palavra: SIDA, AIDS e aids (HOUAISS; VILLAR, 2001). A última, que é tomada como um substantivo está relacionada diretamente com o contexto da epidemia, e não somente a sigla da doença, motivo pelo qual foi escolhida para uso neste trabalho.

repercutindo na classificação da aids com uma condição crônica de saúde. Destacam-se os investimentos no avanço do tratamento com a Terapia Antirretroviral (TARV) que modificou a tendência da mortalidade e da morbidade por aids, as ações de controle da infecção, da profilaxia da transmissão vertical do HIV e do manejo clínico da infecção e das doenças oportunistas (BROWN; LOURIE, 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; BRASIL, 2009). O aumento da sobrevivência proporcionou a transição para a fase da adolescência e, posteriormente, vida adulta (BRASIL, 2009).

Crianças e adolescentes vivendo com HIV apresentam-se vulneráveis, demandam de cuidados de saúde contínuos, vivenciam o seu diagnóstico e/ou ocultamento, e, ao mesmo tempo, dependem de uma tecnologia contínua para sobreviver. Acrescenta-se que isto passa a ser não somente um estado momentâneo, mas uma nova forma de viver, configurando-se como uma condição de vida que requer cuidados específicos para além dos cuidados cotidianos da infância e da adolescência (SCHAURICH; MEDEIROS; MOTTA, 2007; GOMES et al., 2011).

Neste sentido, crianças e adolescentes vivendo com HIV precisam de uma organização política e assistencial que responda às demandas de cuidado e que mantenham o seu acompanhamento permanente em serviços de saúde. Isto visa à prevenção do adoecimento somada à recuperação e/ou manutenção da saúde (GUERRA; SEIDL, 2009; GOMES; CABRAL, 2010). Dentre as demandas, destacam-se o uso contínuo de medicações e o acompanhamento clínico constante de diversas especialidades, a adesão ao tratamento e a revelação do diagnóstico (COSTA et al., 2008; REINERS et al., 2008; GOMES et al., 2009; PADOIN et al., 2009; 2012a; 2012b; PAULA et al., 2009; 2012a; RIBEIRO et al., 2010; GALVÃO et al., 2011).

No cotidiano assistencial, o adolescente vivendo com HIV passou por todas as particularidades citadas acima quando foi infectado pela transmissão vertical. Quando infectado pela transmissão horizontal, além do cuidado assistencial específico da condição sorológica, vivencia as características próprias da adolescência. Ele próprio é responsável pelo seu cuidado e, além disso, vai à escola, a festas, conversa com amigos, usa computador, fala de namoro e de sua imagem corporal, pensa em ter relações sexuais. Sofre com o preconceito, tem medo de contar para os amigos e namorado e, na maioria das vezes, apenas a sua família sabe de sua condição sorológica (RIBEIRO et al., 2010).

Ressalta-se que crianças e adolescentes têm direito às prioridades de saúde e acesso às facilidades de serviços para tratamento de doenças (UNITED NATIONS, 2011). As crianças e os adolescentes vivendo com HIV necessitam de uma assistência efetiva e de qualidade,

mantenedoras de serviços assistenciais que entendam a integralidade como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos (BRASIL, 2007a).

Essa assistência acontece, majoritariamente, em serviço especializado para a atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV, em que as crianças e os adolescentes mantêm o acompanhamento permanente de saúde. Este acesso se justifica pela organização do serviço e pela experiência dos profissionais (BARRETT; VICTOR, 1994; BRASIL, 2009; SHERLOCK et al., 2011).

Entretanto, os serviços especializados são, na maioria, hospitais universitários, nos quais o fluxo de estudantes e profissionais é intenso, o que resulta em fragilidade nos vínculos necessários para continuidade do tratamento. A relação entre o profissional e a família aponta a necessidade de vínculos com o serviço de saúde, para haver segurança e compromisso no percurso assistencial (RIBEIRO et al., 2010). Nesse sentido os usuários esbarram em um modelo de saúde, por vezes, pouco resolutivo (FERREIRA; NICHATA, 2008).

Para facilitar o acesso e melhorar a qualidade da atenção à saúde, recomenda-se que os serviços especializados contem com os serviços de APS, pela importância da integração entre os mesmos, na descentralização da assistência e no intuito de reforçar a APS como coordenadora do cuidado (NEMES et al., 2008).

No Brasil, a utilização do termo APS expressa, comumente, o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada, ofertada em serviços de saúde, seja unidade básica de saúde (UBS) ou estratégia de saúde da família (ESF). Estas desenvolvem atividades de baixa densidade tecnológica, as quais deveriam ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e, conseqüentemente, ter a capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde (LAVRAS, 2011).

A Portaria nº 648 GM/2006 define APS como o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a). Para isso, é fundamental a reorganização das ações do cuidado em saúde para melhor sistematização dessas diretrizes destacando-se a organização dos serviços de saúde com questões de acesso, acolhimento, qualidade da atenção, estabelecimento e manutenção do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários com HIV, visando à prevenção do adoecimento somada a recuperação e/ou manutenção da saúde (GOMES; CABRAL, 2010; PAULA et al., 2012a).

Nessa perspectiva, a estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo a consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso com

continuidade assistencial, à integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes, apresentando-se como um caminho para a qualidade da atenção à saúde da criança e adolescente vivendo com HIV (LAVRAS, 2011).

Na tentativa de diminuir a fragmentação nos pontos de atenção à saúde, as RAS têm o propósito de oferecer uma estrutura adequada para a integralidade da atenção e estabelecer vínculos estáveis e duradouros entre usuários e profissionais. Além disso, procuram instituir mecanismos que assegurem a longitudinalidade por meio de linhas de cuidado que abranjam a prevenção e promoção às crianças e aos adolescentes vivendo com HIV (SILVA, 2011).

Sendo assim, uma atenção à saúde com base nos princípios da RAS, associada com o investimento das políticas públicas e do avanço da ciência é a chave para a construção de uma linha de cuidado para as crianças e adolescentes vivendo com HIV. Esta tem como principal pretensão a criação de um fluxo de atenção, no qual o usuário transitará pela RAS buscando um acompanhamento integral entre os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2010e).

A motivação para o desenvolvimento da presente pesquisa é resultante de vivências no Curso de Graduação em Enfermagem, por meio da aproximação com os campos de práticas de APS. A participação do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) que estuda a vulnerabilidade e as demandas de cuidado a saúde das pessoas, famílias e sociedade no contexto da aids foi determinante para a decisão de investigar a temática de crianças e adolescentes vivendo com HIV.

Soma-se o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que objetivou identificar as evidências sobre a aplicação do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) em artigos de pesquisas de avaliação da APS. Este instrumento avalia a qualidade da atenção por meio dos atributos.

Os atributos essenciais são: acesso de primeiro contato, integralidade e longitudinalidade, coordenação. Os atributos derivados são as características que qualificam as ações da APS e incluem: orientação familiar e comunitária e competência cultural. Estes atributos são conceituados em Brasil, (2010d) como:

- a) Acesso de primeiro contato: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema.
- b) Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção.
- c) Integralidade: Ações que o serviço de saúde é capaz de oferecer para que os usuários recebam atenção integral (promoção, prevenção, recuperação e manutenção).
- d) Coordenação da atenção: Pressupõe uma forma de atendimento contínuo.
- e) Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): considerar o contexto

familiar, suas condições de cuidado ou de ameaça à saúde.

- f) Orientação comunitária: necessidades de saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade.
- g) Competência cultural: adaptação da equipe dos profissionais de saúde às características culturais.

Estes atributos se apresentam inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletivamente nos serviços de APS e sua definição pode guiar estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na APS. A identificação da presença e extensão destes atributos é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para a APS (BRASIL, 2010d).

O interesse em continuar desenvolvendo pesquisa com a aplicação do PCATool-Brasil resultou na participação no projeto matricial “Avaliação da Atenção Primária à Saúde das crianças e dos adolescentes com HIV”. O qual contempla cinco dissertações mestrado, resultando em três bancos de dados: versão profissionais (médicos, enfermeiros e odontólogos dos municípios de procedência das crianças e adolescentes vivendo com HIV em acompanhamento no serviço especializado da região centro-oeste do RS), versão criança (familiares de crianças e adolescentes) e versão adulto (gestantes). A análise do banco de dados da versão criança indicou que a qualidade da atenção ainda está aquém do ideal.

Assim, os resultados da análise deste banco de dados justificaram o desenvolvimento desta pesquisa de mestrado, quais sejam: não houve diferença significativa entre os serviços apontados como fonte regular de atenção, a APS e o especializado. Ambos apresentaram escores satisfatórios para os atributos: Acesso de Primeiro Contato; Longitudinalidade; Coordenação da atenção; Integralidade – serviços disponíveis. Na análise conjunta dos atributos, nenhum serviço apresentou valor satisfatório de Escore Geral. A análise do banco de dados da versão profissionais apontou, na avaliação geral, que a longitudinalidade, coordenação integração de cuidados e coordenação sistema de informações apresentaram avaliação satisfatória. O valor atribuído ao Escore Geral foi insatisfatório. Os profissionais da ESF pontuaram significativamente maiores médias nos itens integralidade serviços prestados e orientação comunitária quando comparados aos da UBS.

Esses resultados indicaram a necessidade da investigação do fluxo de atenção à saúde da população de crianças e adolescentes vivendo com HIV, a fim de investir nos atributos da APS que repercutam na qualidade desta atenção no município de Santa Maria.

Aponta-se a importância do desenvolvimento da presente pesquisa tanto para a enfermagem, por ela fazer parte de uma equipe multidisciplinar, quanto para o cenário

municipal, devido o panorama epidemiológico, clínico, social e político da atenção à saúde a população de crianças e adolescentes vivendo com HIV, além subsidiar a promoção de uma atenção à saúde qualificada, por meio da melhoria do acesso, atendimento integral e longitudinal, participação familiar e comunitária, promovendo a organização de RAS, sob coordenação da APS.

Diante do exposto destaca-se o **questionamento de pesquisa**: como tem sido constituído o fluxo da atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV? Tem-se como **objeto** a constituição da RAS de crianças e adolescentes vivendo com HIV e como **objetivo** discutir com profissionais da Rede de Atenção à Saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV, perspectivas de linha de cuidado e fluxo de atenção no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

No século XXI, o Brasil vem ganhando destaque principalmente devido à evolução da economia, a redução da pobreza e a defesa de um modelo de saúde universal, integral, gratuito e público. Enquanto a mercantilização da saúde converge com a hegemonia econômica, o Brasil manteve sua posição na busca e fortalecimento de um modelo de saúde em que o Estado é responsável pela garantia de acesso universal à saúde de todos os cidadãos (BRASIL, 1988; MENDES, 2011).

O SUS é considerado uma conquista nacional, implantado por meio da participação de gestores, trabalhadores e usuários. Entretanto, há desafios para sua qualificação, dentre os quais se aponta as RAS, a qualificação da APS para o atributo coordenação do cuidado e a implementação de sistemas especializados intercalados, intercomunicantes para assegurar uma linha de cuidado integral articulada com a APS coerente com as necessidades em saúde de cada território (MENDES, 2011; OPAS, 2011).

Primeiramente, o modelo de atenção à saúde era dividido entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Esta divisão ainda é utilizada na epidemiologia, entretanto, criticada pela nova organização dos modelos de atenção à saúde. Assim, propôs-se: condições agudas e condições crônicas. As condições agudas caracterizam-se por apresentar um período curto com respostas episódicas. As condições crônicas tem um período

de duração longo que necessitam de respostas proativas contínuas e integradas. As doenças crônicas apresentam-se de forma definitiva e permanente (OMS, 2003).

O modelo de atenção à saúde no Brasil está fragmentado, com enfoque em ações curativas e reabilitadoras, centrado no modelo médico e estruturado em ações e serviços de saúde. Os modelos de atenção ainda estão focados nas condições agudas e na agudização das condições crônicas (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011).

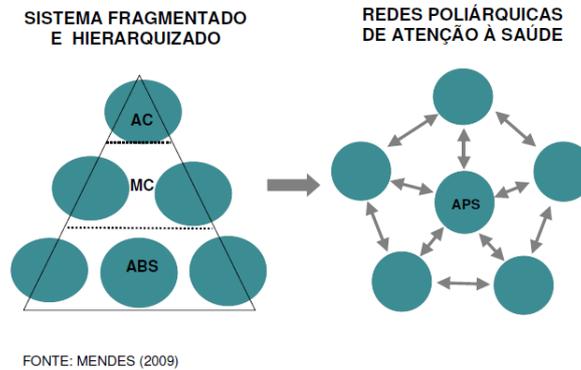
O modelo fragmentado é caracterizado como um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis, incapaz de prestar assistência contínua à população. Nesse modelo não há comunicação entre a APS e o serviço especializado, e sim, vigente em uma estrutura de modelo hierárquica, sem continuidade da atenção (MENDES, 2012; OPAS, 2011).

Este modelo apresenta uma incoerência entre a condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com predomínio relativo de condições crônicas, e um modelo fragmentado voltado para as condições e eventos agudos. Esse fato é caracterizado como a principal crise no sistema público de saúde brasileiro no século XXI, que somente será superada com a substituição do modelo fragmentado pelas RAS, as quais aparecem como uma forte aliada na reorganização do modelo de forma integrada, buscando responder com eficácia, eficiência, equidade e qualidade nas reais condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2012).

As RAS são conceituadas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que são integradas entre si por meio de um sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, que, juntos, garantem a integralidade do cuidado na saúde das populações (BRASIL, 2010e). Possuem como objetivo principal o de melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida dos usuários, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN e HAM, 2008).

Estas são caracterizadas como organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde intercalados e vinculados entre si com o mesmo propósito e por uma ação cooperativa e interdependente que permite ofertar uma atenção à saúde de forma contínua e integral a determinado grupo populacional. A RAS é coordenada pela APS, prestada no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e com a qualidade certa, de forma humanizada e com responsabilidade sanitária e econômica para população (MENDES, 2009), conforme apresenta a Figura 1, a seguir:

**Figura 1-** Redes poliárquicas de Atenção à Saúde.



Legenda: AC- Alta complexidade, MC- média complexidade, ABS- Atenção básica em Saúde.  
Fonte: MENDES, 2009.

As RAS são fundamentadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia que possuem elementos e objetivos comuns: relações estáveis, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante de recursos (CASTELLS, 2000).

São classificadas em seis modalidades de integração: conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; espaços de integração de vários serviços; atenção à saúde contínua ao longo do tempo; integração vertical de diferentes pontos de atenção; vinculação entre a formulação da política de saúde e a de gestão; e trabalho intersetorial. Essas modalidades levaram ao conceito de serviços integrados de saúde como: “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes pontos de atenção à saúde” (WHO, 2008).

Para a sua organização, as RAS requerem algumas características para o seu funcionamento: população/território; oferta dos serviços de saúde (promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento oportunos, reabilitação e cuidados paliativos), sob coordenação da APS; equipe multiprofissional; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação da atenção; atenção centrada no indivíduo, famílias e comunidade; sistema de governança participativo e único para toda a RAS; gestão integrada dos sistemas administrativos e da clínica; recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos; sistema de informação integrado e que vincule todos os componentes das RAS; incentivos financeiros alinhados; e ação intersetorial ampla (OPAS, 2010; BRASIL, 2010e).

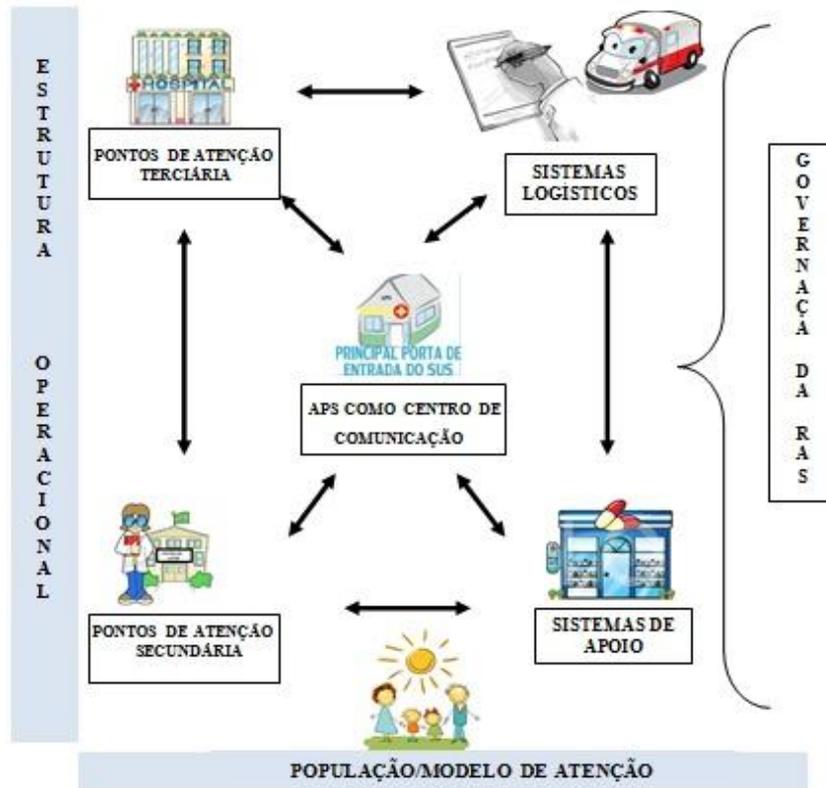
Essas características dão origem aos conteúdos essenciais das RAS: apresentar missão e objetivos comuns em sua organização; operar de forma cooperativa e interdependente; organizar os recursos; organizar-se de forma poliárquica; implicar um contínuo de atenção primária, secundária e terciária; convocar uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionar sob coordenação da APS; prestar atenção oportuna, eficiente, segura e efetiva em tempos e lugares certos; focar-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; ter responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e gerar valor para a sua população (MENDES, 2011).

Em sua implementação, as RAS se constituem em três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. A população é o que confere característica principal para as RAS, não existe rede sem a construção social de territórios/populações (MENDES, 2011).

A estrutura operacional é classificada como os nós da rede e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Essa estrutura é composta de cinco componentes: APS como centro de comunicação; pontos de atenção à saúde secundários e terciários; sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, farmacêutico, sistema de informação em saúde); sistemas logísticos (cartão do usuário, prontuário, sistema de acesso, sistema de transporte em saúde); e sistema de governança tripartite. Os três primeiros correspondem aos nós da rede, e o quarto, as ligações que comunicam os nós (MENDES, 2011).

O modelo de atenção à saúde é a organização e funcionamento das redes que articula as populações com as suas necessidades sanitárias, demográficas, epidemiológicas e os determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2010f; MENDES, 2011) ilustrados pela Figura 2.

**Figura 2-**Constituição da Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: elaborada pela autora, 2015.

Destaca-se nas RAS, a APS, que exerce um papel fundamental em sua constituição. Precisa ser base do modelo de atenção e ter um elevado grau de descentralização e capilaridade. Necessita ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletiva. Deve coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários nos pontos da RAS. No Brasil, uma das estratégias de APS para a reorientação do modelo assistencial é a ESF, presente em mais de 90% dos municípios brasileiros (HARZHEIM, 2011; BRASIL, 2012b).

A Portaria nº 2.488/2011 define a Atenção Básica à Saúde no Brasil como:

“Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em vivendo essas populações. Utiliza

tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011c)”.

No PCATool-Brasil, a APS é definida como um conjunto de valores, princípios e elementos. Os valores referem-se a direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade. Os princípios são responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros. E, ainda, um conjunto indissociável de elementos estruturantes (atributos) do sistema de serviços de saúde (BRASIL, 2010d).

No que se refere à APS e a atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV, esta apresenta um forte potencial de articulação com os diversos recursos sociais de seu território, por meio de suas ações de prevenção e promoção às pessoas vivendo com HIV (ABDALLA; NICHATA, 2008). Ressalta-se que as ações prioritárias da APS frente ao HIV são identificação de grupos vulneráveis, oferecimento de testagem sorológica, aconselhamento, realização de atividades visando à prevenção de doenças e promoção de saúde. Quando se trata das pessoas vivendo com HIV, deve-se atuar no sentido de articular com os Serviços de Assistência Especializada (SAE) para que, assim, possa-se estabelecer um sistema de transferências com o objetivo de uma atenção integral (FERREIRA; NICHATA, 2008).

O caderno de boas práticas de HIV na APS aponta que a gestão compartilhada da atenção à saúde da pessoa vivendo com HIV entre a APS e o SAE é a chave para melhorar a atenção à saúde dessa população no Brasil. Defende o aumento no acesso tanto à assistência quanto ao diagnóstico do HIV por meio da RAS, sob coordenação da APS. Indica a necessidade de compartilhamento do conhecimento acerca do o manejo clínico da doença adquirido pelos profissionais da SAE com os profissionais da APS. A gestão compartilhada do cuidado trará a ampliação do diagnóstico precoce e o início do tratamento no momento oportuno, repercutindo na qualidade de vida (BRASIL, 2014b).

Nessa perspectiva, uma estruturação de RAS tem como objetivo a consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso com continuidade assistencial, à integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes, apresentando-se como um caminho para a atenção à saúde qualificada a essa criança e adolescente vivendo com HIV (LAVRAS, 2011; BRASIL, 2014b).

O Pacto pela Gestão no ano de 2006 (BRASIL, 2006c; 2006d) foi uma das estratégias organizadas para a regionalização, onde a APS é coordenadora do cuidado ofertado entre os

municípios de determinada região de saúde. As RAS são classificadas como uma organização de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção, diagnóstico e terapêutico, onde serão desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas, que por meio de sua integração promoverão a integralidade do cuidado (LAVRAS, 2011).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em seu documento rede de atenção, a classifica como:

[...] uma rede de organizações que presta, ou faz esforços para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2011, p. 15).

No Brasil, a portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, definiu RAS como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010e).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a organização de RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas, articulados e com base territorial. Possui vários atributos, entre eles, como principal, a APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado junto com a equipe multidisciplinar (BRASIL, 2012b). O decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2011d).

Enfatiza-se a importância da implementação da RAS para diminuir a fragmentação da atenção à saúde, evitar concorrências entre os sistemas, orientar os usuários, adequar a utilização dos recursos e promover um seguimento horizontal dos usuários. Sabe-se dos desafios para sua implementação como o fortalecimento dos mecanismos de governança (colegiados regionais, estaduais, conselhos de saúde, participação da sociedade), financiamento escasso para a dimensão das necessidades dos sistemas (pagamento por tabela de procedimentos) e capacidade gestora insuficiente para monitoramento dos processos. Mas, fica evidente que as RAS só possuem sentido se promoverem a integralidade da atenção (SILVA, 2011).

Ressalta-se que há evidências na literatura internacional que as RAS podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos da atenção à saúde. Esses resultados já foram positivos em várias situações: na saúde de pessoas

idosas (BERNABEIR et al.,1998; LLEWELLYING-JONES et al., 1999), saúde mental (UNUTZER et al.,2002; KATON et al., 2004; SIMON et al.,2010), controle de diabetes (WAGNER et al., 2001; POLONSKY et al., 2004; VETTER et al., 2004), doenças cardiovasculares (MCINNES; MCGHEE,1995) respiratórias crônicas (OSMAN et al., 1996) e na redução da utilização de serviços especializados (SINGH, 2005).

Destaca-se que, no Brasil, o tema das RAS é recente e que ainda não há experiências em longa escala. Contudo, alguns estudos que trouxeram a experiência das RAS se assemelharam com os estudos dos países desenvolvidos, podendo assim, terem um impacto significativo nos pontos de atenção com custos suportáveis para o SUS e um cuidado focado na integralidade e coordenação da atenção (ALBUQUERQUE; MENDES, 2009).

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A saúde da criança e do adolescente vem passando por transformações resultantes das mudanças de cada período histórico, do aumento do conhecimento técnico científico e, principalmente, do avanço das políticas sociais e de saúde. Estas traçaram um caminho com o intuito de proteção, prevenção, assistência e vigilância para esse grupo populacional (FIGUEIREDO et al., 2007).

Ressalta-se que, no Brasil, essa população é incluída como prioridade das ações dos serviços de saúde devido a sua vulnerabilidade e altas taxas de mortalidade, principalmente, no dia a dia de famílias que possuem uma condição socioeconômica desfavorável. As diretrizes políticas nacionais, conformadas em programas de saúde, despertam a respeito das necessidades de saúde, vulnerabilidades, cidadania e direitos humanos (BRASIL, 2005a; FIGUEIREDO et al., 2007; GAÍVA et al., 2013).

Em virtude disso, o Brasil teve a iniciativa da criação de políticas públicas que garantissem a proteção à criança e do adolescente e que, conseqüentemente, reduzisse as taxas de mortalidade e morbidade nessas faixas etárias, além de promover uma qualidade e perspectiva de vida em longo prazo para essa população (GAÍVA et al., 2013).

As políticas públicas de saúde são conceituadas como diretrizes, planos, estratégias e programas de saúde, que são organizadas em nível governamental e voltadas à saúde da criança e do adolescente (PAIM, 2003). Nelas estão propostas ações no campo da saúde da família, da criança e do adolescente que visam à manutenção das condições de vida favoráveis a um desenvolvimento saudável, como o direito à cidadania (CABRAL, 2007).

Nesse contexto, as políticas destinadas à saúde da criança e do adolescente estão fundamentadas na Constituição Federal de 1988, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e nos princípios e diretrizes do SUS. Possuem como objetivo proporcionar uma atenção à saúde voltada nos princípios de equidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; GAÍVA et al., 2013). Estas apresentam como finalidades organizar os serviços de saúde que abrangem de uma forma integral esse público alvo, direcionar as ações de gestores e profissionais nos três níveis de densidade tecnológica, reduzir a mortalidade infantil e, por fim, garantir os direitos dessa população e promover uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 1990; BRASIL, 2005a).

As políticas públicas voltadas à saúde da criança e do adolescente, desde a década de 1980, estão sendo constantemente aprimoradas para atingir a melhoria da saúde. No ano de 1983, o Ministério da Saúde (MS) organizou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que tinha como objetivo melhorar as condições de saúde da mulher e da criança por meio do aumento da efetividade da rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

No ano seguinte, o PAISMC foi fragmentado em dois programas específicos: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). O PAISC foi criado com a intenção de monitorar a saúde infantil com o objetivo de diminuir a morbidade e, conseqüentemente, a mortalidade infantil, por meio de algumas ações, como aleitamento materno (AM) e orientação para desmame, assistência e controle das infecções respiratórias agudas (IRAs), assistência e controle das doenças diarreicas, imunizações, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2011a).

Destaca-se que em 1990, com a finalidade de reforçar as ações de proteção da criança e do adolescente, foi criado o ECA, Lei Federal nº 8.069/1990, que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. O estatuto garante o direito à proteção à vida e à saúde por meio da efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

### **2.2.1 Políticas públicas Brasileiras da Atenção à Saúde da Criança**

No que tange especificamente a políticas de atenção à saúde da criança, em 1991, o Brasil lançou a iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) com o objetivo de um modelo assistencial hospitalar que procurasse ter as condições favoráveis para que mãe e o seu bebê

pudessem iniciar o aprendizado do aleitamento materno já naquele ambiente. Assegurou-se que todo hospital que ofereça serviços de maternidade precisa praticar integralmente todos os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, estabelecidos na declaração conjunta OMS/UNICEF “Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno”: o papel especial dos serviços de maternidade (WHO, 2008).

A Política Nacional de Triagem Neonatal vem sendo desenvolvida desde 1993, mas foi realmente instituída em 2001. Esta política tinha como principais objetivos organizar as Redes Estaduais de Triagem Neonatal, garantir o acompanhamento e tratamento para cada doença triada, proporcionar uma uniformidade no atendimento e criar e manter um Banco de Dados Nacional sobre Triagem Neonatal. Essa política estabelece que toda criança entre o terceiro e o trigésimo dia de vida, mesmo aquela que se apresente aparentemente saudável, deve fazer o Teste do Pezinho. Ela tria precocemente doenças de caráter genético, infeccioso ou metabólico, como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatias e fibrose cística (BRASIL, 2003a).

Dentro desse contexto, no ano de 1994, surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF) que tinha como intuito o de aproximar usuários e suas famílias dos serviços de saúde. Possuía como principais metas o trabalho em saúde em equipe visando os problemas individuais e seu contexto familiar. No ano de 2006 ele foi denominado de ESF, pelo fato de agora não ser mais visto apenas como um programa, e sim como uma estratégia de reorganização da APS (FARIA et al., 2010).

Em 2002, foi novamente colocada em pauta a adesão aos propósitos e princípios consagrados no encontro mundial de Cúpula pela Criança, com o protocolo “Um mundo para as crianças”, orientado pelos princípios da democracia, da igualdade, da não discriminação, da paz e da justiça social. Este protocolo abrangia colocar as crianças em primeiro lugar, erradicar a pobreza, não abandonar nenhuma criança, cuidar de cada criança, educar todas as crianças, proteger as crianças da violência e da exploração, proteger as crianças da guerra, combater o HIV, ouvir as crianças e assegurar sua participação e proteger a Terra para as crianças (UNICEF, 2002).

No ano seguinte, 2003, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) foi organizada pela OMS como uma estratégia. Esta tinha como finalidade promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância, constituindo a função de estabelecer um vínculo de comunicação com a mãe ou com a pessoa responsável pela criança. Com base no vínculo, a AIDPI busca que a mãe apreenda as recomendações referentes ao

tratamento e aos cuidados a serem prestados no domicílio, assim como identificar os sinais de gravidade que exigem o retorno imediato da criança ao serviço de saúde (BRASIL, 2003b).

Ainda em 2003, surge o Projeto Nascer com o propósito de diminuir a transmissão vertical do HIV e a morbimortalidade decorrente da sífilis congênita e melhorar a qualidade da assistência perinatal. Traz as seguintes intenções: ações de acolhimento à gestante; implementação de ações de aconselhamento na maternidade; implementação e realização do teste rápido; implementação do manejo clínico da parturiente HIV positiva e recém-nascido (RN) exposto; implementação de ações de assistência adequada à puérpera HIV positiva e ao RN exposto ao HIV e/ou com sífilis congênita; e implementação de ações de vigilância epidemiológica para parturiente infectada pelo HIV/sífilis e criança exposta ao HIV e/ou sífilis (BRASIL, 2003c).

Além disso, o Estado do Rio Grande do Sul (RS), por meio da Secretaria de Saúde do Estado, criou o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), visando à atenção ao desenvolvimento infantil integral de crianças de 0 a 6 anos, considerando os aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais das crianças e suas famílias (SES RS, 2009).

Em 2004, surge a Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, que teve como principal propósito o de auxiliar no enfrentamento dos principais problemas de saúde e na redução da mortalidade infantil. A agenda é de fundamental importância nas ações a crianças brasileiras em situação de vulnerabilidade e um auxílio na identificação das ações prioritárias para a saúde da criança a todos os profissionais e gestores na rede de serviços de saúde (BRASIL, 2004).

O Programa de Saúde na Escola (PSE), implementado no ano de 2007, por meio de uma parceria entre os ministérios da Saúde e da Educação, objetivou ampliar a prevenção à saúde dos alunos brasileiros além de construir uma cultura de paz nas escolas. O PSE visa contribuir para uma formação integral dos estudantes enfocando ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes da rede pública de ensino, participam estudantes da educação básica, gestores e profissionais de educação em saúde além de toda a comunidade escolar. (BRASIL, 2007b).

No ano de 2009 deu-se início à Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), que tratou-se de uma proposta realizada pelo MS visando fortalecer um conjunto de ações voltadas à saúde da mulher e da criança até os seis anos. Esta iniciativa preconiza a garantia de vida da mulher e do bebê e a diminuição da taxa de mortalidade por meio da

atenção ao pré-natal, ao parto e ao aleitamento materno. Também é direcionada à garantia de desenvolvimento saudável e à qualidade de vida (BRASIL, 2010b).

Em 2011, a Rede Cegonha foi implantada como continuidade da EBBS, que foi fundamentada nos princípios da humanização e assistência, na qual mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito a ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal, transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto, vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto, realização de parto e nascimento seguros, por meio de boas práticas de atenção, acompanhante no parto, de livre escolha da gestante, atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011b).

Esse programa prevê o direito às mulheres ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério. E, às crianças, direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. Destacam-se como objetivos, um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; e uma RAS que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011b).

### **2.2.2 Políticas públicas brasileiras da Atenção à Saúde do Adolescente**

Quanto à saúde do adolescente, sua inserção na agenda pública brasileira foi decorrente de uma mudança de paradigma expressa na concepção ampliada de saúde como direito social e dever do Estado. Esta foi garantida por meio da Constituição de 1988, pelas Leis Orgânicas de Saúde e na doutrina de proteção integral preconizada pelo ECA (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; GAÍVA, 2013).

Teve início em 1989, com a criação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) em 24 estados brasileiros, com o intuito de desenvolver ações em centro de referências, com ênfase nas práticas educativas e na participação dos adolescentes como multiplicadores de saúde. Destaca-se que, seguindo os avanços propostos pela constituição e pelo ECA, em 1993, deu-se a criação das Normas de Atenção à Saúde do adolescente subsidiada pelos princípios do SUS (BRASIL, 1989; BRASIL, 1993; RAPOSO, 2009).

Em 2005, a criação da Política de Saúde do Adolescente e do Jovem estimulou novos conceitos, estratégias e ações na área de promoção da saúde voltadas para esse grupo etário. Ressalta-se, também, que a política valoriza a atenção integral considerando as necessidades e as características socioeconômicas e culturais da comunidade à qual pertencem. Além disso,

considera as diferenças de gênero, raça e religião (BRASIL,2005b; BRASIL, 2006b; RAPOSO, 2009).

O objetivo geral da política estava pautado na promoção de uma saúde integral a jovens e adolescentes entre 10 e 24 anos de idade, no âmbito da Política Nacional de Saúde, visando à promoção de saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbidade e mortalidade (BRASIL, 2006b). Esta política está centrada nas práticas preventivas de educação em saúde, reorientação e reorganização dos serviços de saúde a fim de oferecer um olhar diferenciado e ampliado para essa população (GAÍVA et al., 2013).

É importante destacar que o MS publicou as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde com o intuito de avançar nas ações voltadas a essa faixa etária. Além disso, vislumbrou a construção de um modelo de saúde baseado em estratégias interfederativas e intersetoriais para fortalecer a saúde integral. Essas diretrizes foram construídas a partir de conceitos estruturantes como participação juvenil, equidade de gêneros, direitos sexuais e direitos reprodutivos, projeto de vida, cultura da paz, ética e cidadania, igualdade racial e ética (BRASIL, 2010c). Coloca-se que a saúde do adolescente ainda é considerada um desafio aos profissionais nos serviços de saúde na atualidade, mesmo com o avanço das políticas sociais e de saúde vigentes (GAÍVA et al., 2013).

## 2.3 A CRIANÇA E O ADOLESCENTE VIVENDO COM HIV

### 2.3.1 Vulnerabilidades da criança vivendo com HIV

A criança vivendo com HIV é marcada por vulnerabilidades individuais, destaca-se a condição sorológica materna pela exposição durante a gestação, parto e amamentação, haja vista a condição da criança poder infectar-se ou adoecer pela transmissão vertical (CANDIANI; TALITAH,2007; VIEIRA, et al.,2008; FEITOSA et al.,2008; SARNI et al., 2009; MATIDA et al.,2011; BOTENE et al.,2011; PAULA et al., 2011).

Vulnerabilidades que somam-se à imaturidade imunológica, ou seja, a imunossupressão, conjuntamente com outros fatores de saúde intimamente relacionados com o aparecimento de manifestações clínicas na criança vivendo com HIV. Assim, crianças apresentam maior facilidade de adquirir infecções oportunistas como pneumonias bacterianas, candidíase oral, vírus da varicela e herpes, entre outras (MELO et al., 2006; CANDIANI;

TALITAH, 2007; ZACCARELI-FILHO,2007; VIEIRA et al., 2008; FEITOSA et al., 2008; DORNELAS et al., 2008; FERREIRA et al., 2009; SILVA et al., 2011).

O cotidiano infantil é marcado, também, pela pouca ou nenhuma compreensão em relação à doença (BOTENE et al.,2011), pelo desconhecimento de seu diagnóstico, ocultamento de sua condição sorológica e pelo não planejamento de sua revelação pelos cuidadores. Esse pacto de silêncio está intimamente relacionado com a discriminação e estigmas e pelo fato de os cuidadores acharem que a criança ainda não esta preparada para conhecer seu diagnóstico (GOMES; CABRAL, 2009; SILVA, et al.,2008; PAULA et al., 2011; KUYAYA et al., 2012)

Quanto ao TARV, ressalta-se que a criança vivendo com HIV, muitas vezes, desconhece os motivos do porque está ingerindo medicamentos e tem o seu dia a dia marcado pelos efeitos adversos e rigor terapêutico (SILVA et al.,2008; TROMBINI et al., 2010; BOTENE et al.,2011; MOTTA et al., 2012). A TARV apresenta-se com o significado de prolongamento da vida, ou seja, de adiar a morte das crianças vivendo com HIV (BOTENE et al.,2011; KUYAYA et al., 2012).

Devido às manifestações clínicas e/ou ações relacionados a TARV, essas crianças desenvolvem maior suscetibilidade ao surgimento de problemas relacionados ao crescimento, déficits nutricionais, variáveis antropométricas alteradas, problemas de desenvolvimento esquelético, problemas auditivos, visuais, odontológicos, déficits de atenção, desinteresse, dificuldade de concentração, isolamento social, agitação, entre outras (BARROS et al., 2006 OLIVEIRA et al., 2006; MATAS et al., 2006; SARNI et al., 2009; MATAS et al., 2010; MACHADO et al., 2010; SILVA et al., 2011; SALLES et al., 2011).

A esses, soma-se a vulnerabilidade social, considerando a dependência de cuidado que crianças enfrentam, tanto da família, como da sociedade em geral (SALLES et al.,2011; MOTTA et al., 2012). Seu cotidiano é dependente das ações dos cuidadores, como as imunizações (MEDEIROS et al., 2008), fornecimento da TARV (GOMES; CABRAL, 2009; TROMBINI et al., 2010; BOTENE et al.,2011; MOTTA, et al., 2012), acompanhamento a hospitalizações (PAULA et al., 2008) ou até mesmo a interrupção do tratamento quando o julgam necessário (SALLES et al., 2011).

O papel que cuidadores dedicam à criança vivendo com HIV está relacionado com a condição de vida que eles apresentam, como baixa escolaridade, situação socioeconômica, idade avançada ou desintegração do meio familiar (FEITOSA et al., 2008; SILVA et al., 2008; MOTTA et al., 2012). Conjuntamente, muitas vezes, essas crianças possuem cuidadores que não são seus pais biológicos (BOTENE et al., 2011; SALLES et al, 2011), vivenciando

situações de orfandade e/ou abandono (MACHADO et al., 2010) com inclusão em casas de apoio (MEDEIROS et al., 2008).

Além disso, elas podem não estar estudando, devido a complicações de seu tratamento, consequências da revelação na escola ou indisponibilidade de vagas, demonstrando lacunas no sistema educacional (DRUMMOND et al., 2008; SALLES et al., 2011).

Coloca-se que a mãe da criança geralmente é a sua principal cuidadora, e está, é também soropositiva. Elas vivenciam um sentimento de culpabilidade, que muitas vezes é esquecido quando prioriza o cuidado a saúde de seu filho. Essa doação tende a fazer desaparecer os sentimentos de culpa, medo e incerteza no futuro, tão frequentes no cotidiano de mães de crianças vivendo com HIV (SILVA et al., 2008).

É importante enfatizar que a sociedade ainda impõe que ter HIV é algo inaceitável, que deve ser mantido em segredo (KUYAYA et al., 2012). A literatura apresenta que esta criança apresenta dificuldade de acesso à atenção odontológica devido ao estigma da doença (BALBO et al., 2007) e vista como alguém sem futuro, devido ao preconceito (SILVA et al., 2008; MOTTA et al., 2012).

No que se refere a vulnerabilidade programática, situações que deveriam ser sanadas e organizadas pelas políticas públicas, como por exemplos, registros incorretos no Sistema de Notificação Compulsória (SINAN) (MATIDA et al., 2011), acabam excluindo certas crianças de seus direitos, não realização da profilaxia na gestação e nascimento da criança e da TARV (SARNI et al., 2009), repercutindo na continuidade dos investimentos, gastos e financiamentos relacionados à saúde dessa criança vivendo com HIV (MARQUES et al., 2007), bem como a continuidade da distribuição do leite em pó (MACHADO et al., 2010). Somam-se, também, ações de prevenção, promoção e educação que levam em consideração o contexto social e individual dessa criança e de sua família para superar o desafio dessa epidemia (MATIDA et al., 2007; CAMPOS et al., 2010; MACHADO et al., 2010; BOTENE et al., 2011; GOMES et al., 2011).

### **2.3.2 Vulnerabilidade do adolescente vivendo com HIV**

No plano individual, o adolescente vivendo com HIV possui fatores determinantes que influenciam diretamente no desenvolvimento de seu crescimento e desenvolvimento, como por exemplo, as infecções oportunistas devido ao comprometimento imunológico (CANDIANI et al., 2007; RIBEIRO et al., 2010), hospitalizações e acompanhamento clínico e

laboratorial frequente (CANDIANI et al., 2007; RIBEIRO et al., 2010; PAULA et al., 2013b), problemas de desenvolvimento, como déficits de atenção, desinteresse, dificuldade de concentração, isolamento, agitação, dificuldades visuais e auditivas (LIMA et al., 2008; SALLES et al., 2011), além de problemas de crescimento, como insatisfação corporal, déficit nutricional, baixo peso, restrição na deambulação (LIMA et al., 2008; SARNI et al., 2009; SALLES et al., 2011; SILVA et al., 2011) ou problemas de aprendizagem, como problemas na leitura, atraso escolar e dificuldade na fala (SALLES et al., 2011). Coloca-se que, na adolescência, aparece como categoria principal de exposição ao HIV, em meninos, a homo/bissexualidade e a heterossexualidade nas meninas adolescentes (TAQUETTE et al., 2011).

Salienta-se que o adolescente chega até essa faixa etária e, muitas vezes, ainda não possui o planejamento da revelação do seu diagnóstico (LIMA et al., 2008; SALLES et al., 2011; PAULA et al., 2013b). Quando isto acontece, é decorrentes da má adesão a TARV, maturidade sexual, pedido do adolescente ou procedimentos não adequados pela equipe de saúde. Esse momento é considerado crítico para o adolescente, por desempenhar um forte impacto, principalmente, em jovens infectados por meio da transmissão sexual e uso de drogas (MARQUES et al., 2006).

Na adolescência, a aceitação do diagnóstico perpassa por uma reação negativa (LIMA et al., 2008; BUBADUÉ et al., 2013), pois saber do diagnóstico e não poder contar (LIMA et al., 2008), não é algo simples, principalmente, pela dificuldade de aceitar a doença (PAULA; CABRAL; SOUZA, 2009). A adesão ao tratamento está marcada pelas dificuldades em tomar os medicamentos, devido a questões como efeitos adversos, falhas terapêuticas, rigidez dos horários, número de comprimidos, alterações nas rotinas diárias (KOURROSKI et al., 2009; RIBEIRO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2012; BUBADUÉ et al., 2013;) e a lembrança de ter uma doença sem cura (PAULA et al., 2009).

O adolescente ao entender seu comportamento frente à infecção, sabe que pode ter herdado o vírus da mãe ou do pai. Sua mãe pode ter adquirido o vírus durante a gravidez, parto ou amamentação, e o jovem pode crer que ela recusou-se a fazer o exame de seguimento, aceitar o diagnóstico ou seguir o tratamento; ou ainda que o tratamento não foi eficiente para evitar a transmissão vertical. Desse modo, o adolescente tem consciência da gênese da doença em sua vida a partir dos pais (KOURROSI et al., 2009; PAULA et al., 2011).

Quanto a vulnerabilidade social, destaca-se questões referentes ao preconceito (LIMA et al., 2008; KOURROSI et al., 2009; PAULA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2012;

SAMPAIO FILHO, et al.,2013), medo de revelar para as outras pessoas o seu diagnóstico (BUBADUÉ et al.,2013), relação familiar, na qual o jovem pode-se deparar com o adoecimento de familiares, orfandade (PAULA et al., 2011; BUBADUÉ et al.,2013), desamparo pela ausência da mãe e/ou pai no seu cotidiano (PAULA et al., 2011). Além disso, a presença de um maior número de moradores na residência pode relacionar-se com a baixa adesão do adolescente ao tratamento (SALLES et al., 2011) e de muitas vezes dependerem do auxílio do cuidador para a adesão ao tratamento (BUBADUÉ et al., 2013).

Esse adolescente pensa em namoro e início da atividade sexual (PACHECO et al., 2011; PAULA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2012; BUBADUÉ et al., 2013), possui pouco conhecimento sobre métodos contraceptivos e de proteção às DST'S (LIMA et al., 2008), vivência o preconceito que a família impõem em não contar sua condição sorológica ao namorado (a) (PAULA et al., 2009; PACHECO et al., 2011).

No plano programático, desigualdades sociais existentes em nosso País, as falhas existentes nas políticas públicas de saúde, pesquisas científicas e ações dos serviços de saúde como dificuldade de acesso e a especialidades médicas dificultam a atenção à saúde dos adolescentes vivendo com HIV (MESQUITA et al., 2013). Somando-se a isso, há a necessidade de investir em serviços de saúde sexual e reprodutiva e ações de promoção de saúde (TAQUETTE et al., 2011) além de atuação de uma equipe multiprofissional para essa população (MESQUITA et al.,2013)

### **3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

Neste capítulo descreve-se o desenho metodológico do presente estudo que contemplou tipo de estudo, cenário e população de estudo, coleta de dados, análise dos dados e dimensão ética da pesquisa.

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Para atingir o objetivo proposto foi realizado um estudo com abordagem qualitativa. Os estudos qualitativos se preocupam com a compreensão, a dinâmica das relações sociais e a descrição e análise da realidade. Trabalha-se com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, percepções e opiniões, interpretações a respeito de como as pessoas vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, bem como o que sentem e

pensam (MINAYO, 2013). A abordagem qualitativa foi escolhida em razão de buscar a compreensão, a visão dos profissionais de saúde a respeito da atenção à saúde da criança e do adolescente vivendo com HIV e a sua contribuição na discussão da constituição da RAS.

### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo teve como cenário o município de Santa Maria (SM), RS, Brasil, situado na região central do Estado. A população do município totaliza 276.108 pessoas, sendo aproximadamente 75% atendida pelo SUS. Contempla oito (8) regiões administrativas (centro urbano, norte, centro leste, leste, nordeste, sul, centro oeste e oeste), além de nove (9) distritos (Arroio do Só, Arroio Grande, Boca do Monte, Pains, Palma, Passo do Verde, Santa Flora, Santo Antônio e São Valetim) (IBGE, 2010).

Nesta pesquisa utilizaram-se três campos localizados neste cenário: a rede pública de APS do município (Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família), o ambulatório de pediatria do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e a Casa Treze de Maio.

Em Santa Maria, a rede pública de APS é constituída por diferentes tipos de serviços, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde: UBS, contendo nestas a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e ESF. Contemplam 31 serviços de APS, destas 18 UBS (13 urbanas e 5 distritais), das quais 5 contam com EACS e 13 ESF, que contam com 16 equipes (PAULA et al., 2013a).

Quanto ao HUSM, que foi fundado em 1970, é um hospital público, geral, de nível terciário e referência para a região centro-oeste do RS, fazendo parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS). É um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, Brasil. Atua como hospital-ensino, com sua atenção voltada para o desenvolvimento da pesquisa, da extensão e da assistência pautada nos princípios e diretrizes do SUS. Os profissionais de saúde foram acessados no ambulatório de pediatria, localizado na ALA C da referida unidade. Este proporciona o acompanhamento de 47 crianças e 45 adolescentes vivendo com HIV (PAULA et al., 2012b; PAULA et al., 2012c).

Quanto a Casa Treze de Maio, terceiro campo de coleta de dados, é o órgão municipal sob responsabilidade da prefeitura de Santa Maria/RS que presta consultas, exames, atendimentos e informações acerca do HIV, juntamente com o ambulatório de Doenças Infecciosas (DI) do HUSM e a Política Municipal em HIV de Santa Maria/RS. O serviço foi inaugurado em 2004 e tem como principal objetivo a incorporação de uma tarefa do poder público entre os diferentes níveis de densidade tecnológica em saúde, além, de enfatizar a

necessidade de estabelecer uma integração entre os serviços de saúde, fluxo de serviços parceiros para que os mesmos pudessem receber de forma digna os usuários na perspectiva de uma atenção de qualidade (PEREIRA et al., 2008).

### 3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram médicos (clínicos gerais, infectologistas, pediatrias) e enfermeiros que representaram os campos citados acima e que atenderam aos critérios de inclusão do estudo: ser profissional atuante no ambulatório de pediatria do HUSM, serviços de APS ou Casa Treze de Maio. E como critérios de exclusão: ser profissional contratado que não pertencesse ao quadro efetivo do município ou que estivesse em atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2015, por meio da técnica de Grupo Focal (GF).

#### 3.4.1 A Técnica de Grupo Focal

Para a coleta de informações decidiu-se pela técnica de GF. Justifica-se a escolha desta técnica por se adequar a proposta de estudo e por proporcionar a possibilidade de intensificar o acesso a informações sobre um determinado fenômeno, seja pelo fato de gerar tantas ideias, quanto conhecer estas em profundidade (DALL'AGNOL, 1999). A interação grupal entre profissionais do serviço especializado e da APS foi fato primordial para a discussão e construção do fluxo de atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV. E, assim, por meio de suas opiniões subjetivas e grupais proporcionaram a estruturação da RAS às crianças e adolescentes vivendo com HIV no município de Santa Maria/RS.

Os GF são caracterizados como uma técnica de coleta de dados em pesquisa em que o pesquisador tem como objetivo produzir informações sobre um determinado tema específico, por meio do diálogo e do debate entre os participantes, reunidos em um mesmo local e durante certo período de tempo (DALL'AGNOL, 1999; DALL'AGNOL, 2010).

Isto posto, salienta-se a importância do planejamento de uma investigação com GF. Exige-se a observação prévia de alguns critérios no que tange ao número de sessões,

composição, duração, local e dimensão do grupo. Assim, apresenta-se resumidamente este planejamento fundamentado em Dall' Agnol (1999):

- Para estabelecer o **número de sessões** é preciso levar em consideração o objetivo e temática do estudo;
- A **duração das sessões** não deve ultrapassar duas horas para que não ocorra fadiga, desgaste entre os participantes, desqualificando o debate. É importante lembrar, de considerar um tempo para o aquecimento das interações entre os participantes, bem como para o encerramento das discussões;
- Os **participantes** do estudo também são determinados pelo objetivo do estudo. Enfatiza-se a importância destes terem pelo menos um traço em comum respeitando a homogeneidade do estudo;
- Quanto à **dimensão do grupo**, um intervalo de seis a quinze participantes é geralmente recomendável. Esta dimensão também depende dos objetivos da pesquisa. Assim, um grupo maior é enriquecedor para obter vários pontos de vista, ao oposto de quando se almeja ter profundidade na temática, em que é recomendável optar por um grupo menor, de cinco a sete participantes;
- A **escolha do ambiente** para a realização das sessões é primordial. Deve-se optar por um local que assegure a privacidade dos participantes, a fim de que não ocorram constrangimentos. É recomendável que este local não esteja inserido no contexto de trabalho dos participantes, que proporcione um ambiente confortável e facilitador do debate, que seja neutro e de fácil acesso. Outro ponto importante está relacionado com a disposição dos assentos, que devem ser organizados em forma circular para promover uma visão ampla dos participantes e o olhar face a face, bem como, sentar-se a distâncias aproximadamente iguais à equipe coordenadora;
- A **equipe de coordenação** é composta pelo moderador e pelo(s) observador (s). Juntos são responsáveis pela condução do GF. Destaca-se que após o final de cada sessão, a equipe de coordenação deve se reunir para realizar um *feedback*, bem como emitir pareceres sobre como foi o andamento e o que pode ser melhorado;
- O **moderador** apresenta um papel significativo e relevante para o bom funcionamento do GF. Implica preparo, organização e instrumentalização em todas as etapas, principalmente, deve apresentar atitudes favoráveis à interação grupal. O moderador é um facilitador do debate, abre a sessão dando as boas-vindas aos participantes, apresenta-se e convoca os observadores a se apresentarem, esclarece os objetivos e finalidades da pesquisa bem como da técnica de grupo, promove a apresentação dos participantes entre si, esclarece sobre a

dinâmica de discussão, fomenta opiniões, cede a palavra aos observadores, acena para a importância do *setting*, propõe questões para o debate, conduz o debate auxiliado pelos observadores, sintetiza os momentos anteriores, concede espaço para os participantes e encerra a sessão.

- O **observador** é de suma importância para o sucesso da técnica de GF. Seu papel consiste em acompanhar e registrar todos os passos do encontro, inclusive as diversas formas de expressão dos participantes (verbal e não verbal) em um diário de campo, auxiliar junto com o moderador na condução das sessões, controlar o tempo e o equipamento de gravação, e participar na avaliação das sessões;

- Todas as sessões devem ser planejadas com uma reunião entre a equipe. O **roteiro** é constituído dos seguintes tópicos: abertura da sessão, apresentação dos participantes entre si, esclarecimento sobre a dinâmica de discussões (debate), esclarecimento do *setting* (contrato grupal), debate, síntese dos momentos anteriores e encerramento da sessão;

- Ao planejar a sessão, a **técnica de moderação e do estilo do grupo** já deve estar definida. Quanto à técnica de moderação esta pode ser: diretiva, que é menos comum e utiliza perguntas dirigidas, ou não diretiva, que apresenta questões abertas. O estilo do grupo pode ser estruturado, em que o moderador faz uso de um guia de temas e dirige a discussão acerca dos objetivos da investigação, não estruturado, que utiliza um guia de temas vago, ficando o foco e o estilo da discussão a cargo do próprio grupo, ou semi-estruturado, em que se constitui de um guia de temas estruturado e inclui também questões abertas;

- O **guia de temas** consiste no resumo dos objetivos e das questões a serem trabalhadas no GF. A organização do seu conteúdo depende da questão de pesquisa. Nele constará um esquema que irá dar o norte da sessão, correspondendo aos momentos chaves citados acima. Um guia de tema bem concebido e formulado proporcionará uma investigação mais substancialmente produtiva.

Esse estudo seguiu os critérios acima para o desenvolvimento da técnica de GF. Ressalta-se que o seguimento de um rigor metodológico no planejamento e organização das etapas está associado com a qualidade das sessões bem como do material produzido.

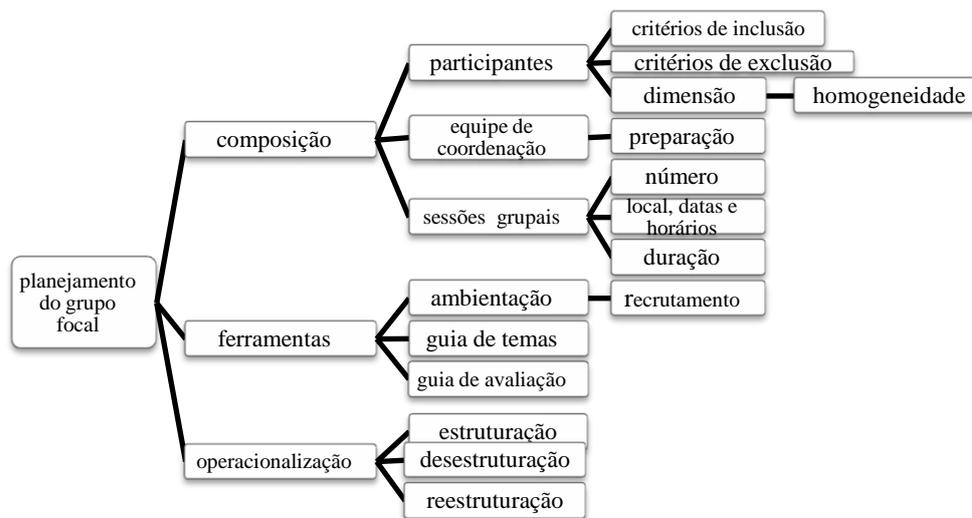
### 3.4.2 Desenvolvimento da técnica de Grupo Focal

Este subitem descreve como as sessões de GF desta pesquisa foram organizadas. Dessa maneira, subdivide-se em planejamento, ambientação, recrutamento, sessões grupais e avaliação.

### 3.4.2.1 Planejamento

O planejamento do percurso metodológico das sessões de GF está relacionado com a obtenção e efetividade dos dados coletados (DALL'AGNOL, 1999). Nesse sentido, foi considerada a operacionalização das sessões com base nos quesitos apresentados na figura 3.

**Figura3-** Organograma de planejamento do grupo focal



Fonte: elaborada pela autora, 2015.

Para a composição das sessões de GF previu-se a dimensão de até 15 participantes que atendessem aos critérios mencionados, além da coordenação, composta por uma moderadora (mestranda autora da pesquisa) e duas observadoras (doutorandas do grupo de pesquisa), preparadas por meio de grupo de estudo temático e metodológico e orientações coletivas, considerando suas experiências prévias.

Quanto às sessões, planejou-se a realização de três, com duração de cinquenta minutos cada, em uma sala cedida pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, sendo datas e horários acordados durante o recrutamento junto aos potenciais participantes. Em relação às ferramentas para a operacionalização, considerou-se ambientação nos locais de estudo para recrutamento dos participantes; guia de temas, focado em três objetivos principais, cada um como foco principal de uma sessão, guia de avaliação, com teste piloto aplicado no grupo de pesquisa.

### *3.4.2.2 Ambientação*

Como primeiro passo da pesquisadora, visitaram-se os três campos elencados com o intuito de verificar a possibilidade da realização do estudo nos referidos locais. Nesta visita, percebeu-se que o estudo seria acolhido pelos profissionais e pelos coordenadores dos serviços e políticas municipais.

Em seguida, a pesquisadora novamente voltou para os campos da pesquisa com o objetivo de conversar com os coordenadores dos serviços a respeito de qual seria a melhor estratégia para o desenvolvimento e seleção dos participantes. Destaca-se que no ambulatório de pediatria conversou-se com o chefe do serviço, no campo da APS, conversou-se com a coordenadora da política de APS do município e, na Casa Treze de Maio, conversou-se com a coordenadora da política de HIV/DST do município. Com isso, verificou-se que a melhor estratégia seria a realização de um convite formal endereçado a todos os campos da pesquisa, para a identificação do número de profissionais interessados, bem como, a identificação do melhor local, dia e horário para a primeira sessão grupal.

### *3.4.2.3 Recrutamento*

Nessa etapa, a pesquisadora iniciou a divulgação da pesquisa para os possíveis participantes. Dessa forma, realizou a visita a todos os campos da pesquisa com o intuito de levar um convite impresso para os serviços, e assim, obter uma estimativa de quantos profissionais gostariam de estar participando. Chegava-se no local, a pesquisadora se apresentava, solicitava falar com o responsável pelo serviço. Explicava-se o objetivo da pesquisa e a possibilidade de um representante, médico e/ou enfermeiro, para participação. Conversava-se com esse profissional e perguntava-se se ele tinha interesse em participar. Nessa ocasião, anotava-se o nome e o telefone em uma lista para que, então, a pesquisadora entrasse em contato na semana do primeiro encontro, para reavisar as principais informações e confirmação dos mesmos. Destaca-se que nesse convite continha o endereço, data e horário. O aviso, na semana do encontro para confirmação, foi feito via telefonema. Essa etapa foi importante para a pesquisadora e para a pesquisa, pois foi neste momento que se deram as primeiras relações entre o participante e pesquisadora, além de que a garantia da presença dos participantes na técnica de GF está diretamente relacionada aos recursos de convocação (DALL'AGNOL, 1999).

Após a visita em todos os campos da pesquisa, elaborou-se uma lista com 15 nomes de profissionais, os quais confirmaram seu interesse em participar das sessões, e assim, estabeleceu-se a amostra conforme os estudos da técnica de GF (DALL´AGNOL, 1999).

No recrutamento, foi solicitado indicação de local e horário de preferência para as sessões grupais àqueles que apontaram interesse e disponibilidade para participar da pesquisa. A escolha do local tem fundamental importância na adesão dos participantes, portanto, é necessário estabelecer um ambiente propício às interações (DALL´AGNOL, 1999). A indicação de local foi o Núcleo de Educação Permanente de Santa Maria (NEPES) no horário das dezenove horas, após o expediente do trabalho. O NEPES é caracterizado como serviço sob responsabilidade da Prefeitura Municipal, que atua diretamente com questões relacionadas à educação permanente dos profissionais que desempenham suas atividades laborais junto à Secretaria e aos assuntos da relação ensino/serviço das Instituições de Nível Superior e Escolas técnicas com a rede pública de serviço do Município.

O local escolhido possui uma estrutura adequada, está localizado na parte central da cidade, dessa forma facilitando o acesso aos participantes. É um ambiente acolhedor, confortável, com privacidade, iluminação e temperatura adequada. As sessões foram realizadas em uma sala de reuniões ampla, onde se puderam organizar os assentos de forma circular, para que os participantes, moderador e observadores fizessem parte de um mesmo campo de visão, com espaço para organização de *coffee break* e discussões coletivas. A seguir ilustra-se o local escolhido (figuras, 4 e 5):

**Figura4** - Organização dos assentos de forma circular



Fonte: Arquivo da autora, 2015.

**Figura 5-** Lanches oferecidos aos participantes



Fonte: Arquivo da autora, 2015.

#### 3.4.2.4 As sessões

O recrutamento no início da pesquisa tinha indicado 15 participantes, entretanto, no decorrer das sessões grupais houve a adesão de novos integrantes. Na primeira sessão, seis participantes que não haviam confirmado justificaram o interesse ao se apresentarem no local previamente agendado, tendo a primeira sessão a participação de 21 participantes. Na segunda sessão, outros dois participantes justificaram terem sido convidados pelos profissionais integrantes do grupo da pesquisa, no entanto, outros faltaram, constituindo um total de 12 participantes. Na terceira sessão contou-se com 15 participantes e, na quarta, com oito participantes. Constitui-se um total de 23 profissionais, sustentado na prerrogativa de flexibilidade apontada pela literatura, que recomendada seis a quinze participantes, mas possibilita ampliação com devida justificativa e acordado com o grupo (DALL'AGNOL, 1999).

Respeitou-se a homogeneidade dos participantes do grupo segundo suas vivências de atenção à saúde da população estudada, importante para o preceito da verticalidade do grupo e com a representação de no mínimo um médico e um enfermeiro de cada serviço envolvido nesta pesquisa.

A equipe de coordenação foi composta pela moderadora, responsável pela pesquisa, e duas observadoras participantes. A moderadora foi responsável pela organização e instrumentalização em todas as etapas, de modo a mediar às discussões com foco nos objetivos das sessões, além de fomentar atitudes favoráveis à interação grupal, e facilitar a dinamicidade e a circularidade da dinâmica grupal.

O papel das observadoras consistiu em acompanhar e registrar as expressões dos participantes (verbal e não verbal) e auxiliar na condução das sessões, além de controlar o tempo e o equipamento de gravação. Nesta pesquisa, as observadoras participantes foram duas enfermeiras, doutorandas e integrantes do GP-PEFAS.

As sessões tiveram duração de duas horas, seguindo os módulos recomendados pela literatura para proporcionar o movimento de estruturação (aquilo que tem sido desenvolvido na atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV), desestruturação (abertura, reflexão grupal e construção de possibilidades para este cotidiano assistencial) e reestruturação (proposta de fluxo de atenção no Município). Com isso, pode-se propiciar um momento de aquecimento grupal, fundamental para a articulação de ideias para o debate, além do momento de síntese e fechamento.

Ressalta-se que, como a primeira sessão ultrapassou os cinquenta minutos previstos, a moderadora solicitou ao grupo um acordo, conforme a indicação da literatura (DALL'AGNOLL, 1999). Conjuntamente, o grupo acordou uma duração de duas horas para a produção grupal. As sessões foram gravadas em áudio e contaram com o auxílio de dois gravadores, dispostos estrategicamente para a captação do áudio.

A condução dos debates seguiu um método semiestruturado, na qual se utilizou um guia de temas previamente delineado. Este guia constituiu-se de um roteiro para a operacionalização das sessões. A sua organização foi intimamente relacionada com o objetivo do estudo e com a questão de pesquisa. Nele constava um esquema dos momentos chaves de cada sessão (Quadro 1):

**Quadro 1-** Momentos-chave das sessões grupais da pesquisa de construção da RAS das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. 2015.

	Sessões de GF			
	1º [21/05/2015]	2º [01/06/2015]	3º [15/06/2015]	4º [06/07/2016]
<b>Abertura da sessão</b>	Recepção, agradecimento pela participação, apresentação dos pesquisadores e objetivo da pesquisa.	Síntese da sessão anterior e esclarecimento do objetivo desta. Destaca-se que, na segunda sessão, foi necessário iniciar com a retomada das combinações e informações fornecidas na primeira, em razão da participação de novos integrantes, que nesse momento também assinaram o TCLE.		
<b>Apresentação dos participantes entre si</b>	Foi utilizada a dinâmica de dupla, em que os participantes apresentavam o colega ao lado.	Não houve necessidade de retomar a apresentação, visto que os participantes que integraram o grupo na segunda sessão eram gestores, os quais conheciam os demais participantes e eram conhecidos. Todos se mantiveram de crachás identificados pelos nomes, sendo que as cores indicavam os diferentes serviços.		
<b>Esclarecimentos acerca da dinâmica de discussão participativa</b>	Informações acerca do desenvolvimento da sessão e guia de temas			
<b>Estabelecimento do setting</b>	Na primeira sessão, foram acordados aspectos relacionados à logística e dinâmica das sessões, pontualidade, horário de término, conversas paralelas, uso de equipamentos eletrônicos. Destacou-se o compromisso dos participantes e equipe de coordenação com o caráter confidencial da pesquisa. Por fim, assinatura dos TCLE. Nas demais sessões, este acordo foi retomado quando necessário.			
<b>Debate</b>	Quais ações são desenvolvidas no seu serviço para a atenção à saúde de crianças e adolescentes com HIV? Quais ações poderiam ser desenvolvidas no seu serviço?	O que é de responsabilidade do meu serviço de saúde, frente à criança e ao adolescente vivendo com HIV?	Como pode ser constituído o fluxo de atenção às crianças e aos adolescentes com HIV em SM/RS/BR? Como desenvolver a intersetorialidade para funcionamento do fluxo?	Vocês concordam com este fluxo de atenção? (validação grupal) Como poderia se dar sua implementação? Quais as responsabilidades entre os órgãos envolvidos?
<b>Síntese</b>	Retomada e validação das ideias centrais da discussão participativa			
<b>Encerramento da sessão</b>	Agradecimento à participação, combinações para a próxima sessão.			

Fonte: elaborada pela autora, 2015.

Contou-se, também, com o livre debate entre os participantes e, conseqüentemente, a realização de perguntas entre eles, essencial para garantir a horizontalidade grupal. A partir da segunda sessão grupal, além desses subsídios, os guias de temas foram organizados com base nas discussões das sessões anteriores.

Em respeito à validação, na quarta sessão, esta foi planejada para a confirmação do fluxo de atenção à saúde que foi discutido pelos profissionais durante as sessões. Assim, a moderadora confeccionou o fluxo com base nessas discussões e, após, distribui a figura entre os participantes, os quais concordavam ou não com a proposta elaborada.

#### 3.4.2.5 Avaliação

Nessa pesquisa, foi utilizado o guia de avaliação aplicado ao final da última sessão, com o intuito de identificar como foi a condução do GF, na visão dos participantes. Este instrumento foi composto de questões relacionadas ao local e horário, operacionalização (objetivos, guia de temas, condução da discussão participativa e síntese), papel do moderador e dos observadores. A análise dos resultados apontou a adequação do GF (APÊNDICE A).

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados das sessões foram transcritos e acrescidos dos registros nos diários de campos das observadoras para compor o material de análise.

Como técnica analítica dos dados obtidos no grupo focal foi a Análise de Conteúdo do Tipo Temática proposta por Minayo. Esta técnica permite inferir dados de um determinado contexto, mediante a organização, leitura e discussão dos dados coletados (MINAYO, 2013). Justifica-se a escolha da proposta de análise pela corrente filosófica do materialismo dialético que a autora se sustenta, pois está situada nos aspectos socioculturais, para melhor ser compreendida (DESLANDES, 1994). Por tanto, se justifica pela busca da realidade vivenciada dos profissionais para promover a atenção à saúde das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV.

Como princípio da análise temática tem-se a descoberta dos núcleos de sentido, que constituem uma comunicação em que a frequência ou a presença de palavras, frases ou expressões possuem algum significado para o objeto de estudo. Assim, por meio da análise de significados, surgem os determinados temas, valores de referência e modelos de comportamento que podem estar ocultos no discurso (MINAYO, 2013).

Este tipo de análise encontra-se operacionalmente dividida em três etapas: **pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação** (MINAYO, 2013).

A primeira etapa, a **pré-análise**, constitui-se pela ordenação dos dados, transcrição das gravações de cada sessão, leitura das anotações e observações dos diários de campo da pesquisadora e dos auxiliares de pesquisa, é nesse momento que a pesquisadora teve um contato mais intenso com o material de campo. Nesta etapa, também foi realizada a leitura flutuante do material de análise, bem como dos objetivos da pesquisa e de cada sessão com o grupo. A leitura flutuante foi realizada de cada uma das sessões, e posteriormente da fala de cada um dos participantes. Destaca-se que, com isso, buscou-se a validade qualitativa do material com exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A segunda etapa, a **exploração do material**, é definida como a fase operatória em que alcançamos o núcleo de compreensão do texto. É nesta etapa que se busca encontrar as categorias. Nesse sentido, têm-se primeiramente as unidades de registros, e após inicia-se a classificação por cores de acordo com a temática e os temas referidos nas falas. Assim, é possível identificar ideias e aspectos relevantes e classificá-los formando categorias.

A terceira etapa constitui o **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**. Nesse momento, foi realizada à releitura do material categorizado e a reflexão crítica dos resultados obtidos. É nessa etapa que a pesquisadora propôs inferências e interpretações, correlacionando-as com outros achados da literatura, permitindo a abertura de novas dimensões teóricas e interpretativas para esta pesquisa.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012, que define as diretrizes e normas regulamentadoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a). O projeto foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino, no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM e na Plataforma Brasil. As produções dos dados tiveram início após a aprovação da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUSM (ANEXO A), do Comitê de Ética (CEP) em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM, sob o parecer 924.646 e CAAE 38212114.5.0000.5346 (ANEXO B), aprovação do Núcleo de Educação Permanente (NEPeS) da Secretária Municipal de Saúde de Santa Maria (ANEXO C), e da autorização institucional da Secretária de Saúde (ANEXO D).

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária. Foram informados sobre os cuidados éticos que envolvem a pesquisa como anonimato, autonomia e, também, respeito ao uso e armazenamento do material produzido nas sessões.

Quanto à autonomia, foi garantido pela voluntariedade dos profissionais na participação da pesquisa, podendo exercer o livre direito de escolha mesmo depois do aceite em participar e, assim, a qualquer momento, desistirem da participação. Expondo os objetivos da pesquisa e respeitando o sigilo à identidade, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para os profissionais (APÊNDICE B) foi construído segundo o modelo indicado pelo Conselho de Ensino e Pesquisa da UFSM. Foi apresentado em duas vias, ficando uma cópia para cada participante do estudo e outra para a pesquisadora, constando a assinatura de ambos. Por meio deste e do Termo de Confidencialidade dos dados (APENDICE C) foi garantido o caráter confidencial e o anonimato.

Em conformidade com os princípios norteadores da justiça e equidade, o acesso, convite e seleção dos profissionais aconteceram de modo a contemplar aqueles que expressaram disposição para participar e respeitar aqueles que não aceitaram o convite. Foi vetada qualquer forma de pagamento e/ou recebimento de quaisquer formas de gratificações em virtude de sua participação.

A qualidade das respostas não acarretou em prejuízos trabalhistas para os profissionais de saúde. As informações fornecidas pelos participantes tiveram sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes desta pesquisa não foram identificados em nenhum momento e não o serão quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Os **benefícios** da pesquisa para os participantes foram indiretos, visto que esta pesquisa trouxe maior conhecimento sobre o tema abordado, com possibilidade de melhora na atenção à saúde de crianças e de adolescentes vivendo com HIV. Espera-se contribuir para as ações desenvolvidas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento destas crianças e adolescentes vivendo com HIV e no acompanhamento específico da condição sorológica, no sentido de, a partir desse estudo, apontar uma melhor articulação e atenção nos diferentes pontos de densidade tecnológica. E, ainda, contribuir para a discussão da política pública municipal repensando as ações desenvolvidas e a reorganização do fluxo das crianças e dos adolescentes vivendo HIV nos serviços de saúde, a fim de promover a aproximação entre os profissionais do serviço especializado e da APS para facilitar o acesso e a adesão ao tratamento.

A participação nesta pesquisa representou, a princípio, um risco mínimo de ordem moral e psicológica para os entrevistados.

Os dados coletados utilizados para execução desta pesquisa conjuntamente com as anotações nos diários de campos e os materiais necessários para o desenvolvimento das sessões compuseram um banco de dados. Os TCLE serão guardados por cinco anos na sala

1336 do Departamento de Enfermagem da UFSM no CCS (prédio 26) no Campus da UFSM, núcleo de pesquisa do GP-PEFAS, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a guarda da pesquisadora responsável deste projeto Dra Cristiane Cardoso de Paula. Após esse período, os dados serão destruídos.

## 4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados dessa pesquisa oriundos das informações dos profissionais de saúde nas sessões de GF, a respeito da discussão da constituição da RAS de crianças e adolescentes vivendo com HIV. Primeiramente, será apresentada à caracterização dos participantes do estudo.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

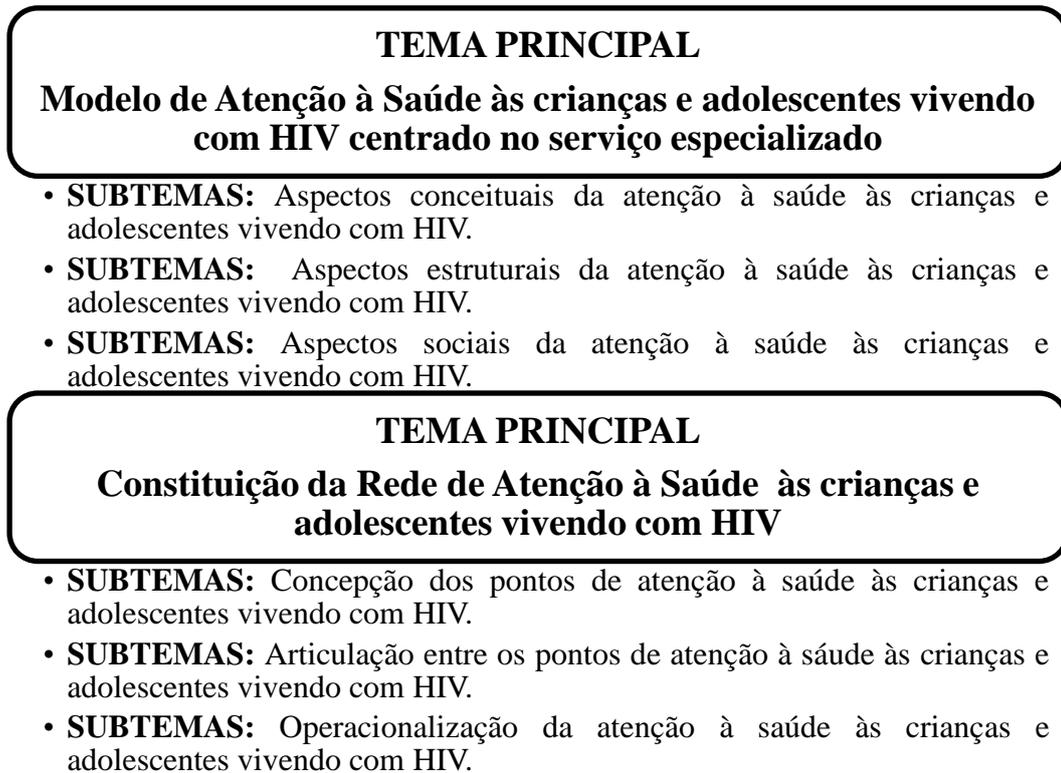
Os 23 profissionais que participaram das sessões foram caracterizados quanto ao serviço que pertencem, quanto ao tempo que trabalham e a sua escolaridade (tabela 1):

**Tabela 1-** Caracterização dos participantes do estudo, 2015.

	N	%
<b>Serviço em que trabalha</b>		
Estratégia de Saúde da Família	12	52,2
Unidade Básica de Saúde	4	17,4
Centro de Testagem e Aconselhamento	3	13
Serviço especializado	4	17,4
<b>Tempo de trabalho</b>		
<1ano	4	17,4
1 a 5 anos	13	56,5
6 a 10 anos	4	17,4
11 a 15 anos	0	0
16 a 20 anos	2	8,7
<b>Escolaridade</b>		
Ensino superior completo	11	47,8
Pós-graduação	12	52,2
<b>Total:</b>	23	100

Fonte: elaborada pela autora, 2015.

Uma vez apresentada a caracterização dos participantes, optou-se por construir uma figura a respeito dos temas e subtemas para melhor compreensão dos mesmos (figura 6):

**Figura 6-**Organização dos temas e subtemas da pesquisa

**Fonte:** Elaborada pela autora, 2015.

No que tange à apresentação dos resultados foi adotado codificações que representassem os participantes do estudo. Assim, para retratar os resultados optou-se pela letra P (participantes) e o serviço a que pertencem (ESF, UBS, SE) (quadro 2):

**Quadro 2-** Codificações dos participantes do estudo, 2015.

Profissional	Serviço	Profissional	Serviço	Profissional	Serviço
P1	SE	P9	ESF	P17	ESF
P2	ESF	P10	ESF	P18	ESF
P3	ESF	P11	UBS	P19	UBS
P4	UBS	P12	ESF	P20	SE
P5	SE	P13	SE	P21	SE
P6	ESF	P14	UBS	P22	SE
P7	SE	P15	ESF	P23	ESF
P8	ESF	P16	ESF		

Fonte: elaborada pela autora, 2015.

## 4.2 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV CENTRADO NO SERVIÇO ESPECIALIZADO

A partir do advento, a atenção à saúde das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS vem sendo desenvolvida nos serviços especializados ou em serviços hospitalares.

“[...] A maior parte do atendimento delas acabam sendo prestados no serviço especializado e não na APS” [P15/ESF].

“[...] A gente abriu o serviço de aids [do município], porque não tinha nenhum serviço de aids no município, era tudo no HUSM”. [P5/SE].

Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015.

“[...] Então, a gente fazia testagem e aconselhamento e todos os pacientes iam para o cuidado no serviço especializado” [P20/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

Nas sessões percebeu-se o quanto isso estava presente no dia a dia dos profissionais. Portanto, o **tema** modelo de atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV centrado no serviço especializado é constituído de três **subtemas** que abordam esse contexto: aspectos conceituais, aspectos estruturais e aspectos sociais da atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV, os quais serão apresentados a seguir.

### 4.2.1 Aspectos conceituais da atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV

Esse subtema apresenta os aspectos conceituais que os profissionais discutiram a respeito do modelo de atenção à saúde que vem sendo prestado no cenário municipal. Os participantes relataram que isso é decorrente de alguns fatores, como por exemplo, quando eles relatam que esse cuidado tem relação com a cultura dos usuários e profissionais, de que essas crianças e adolescentes vivendo com HIV precisavam ter, majoritariamente, o seu acompanhamento permanente de saúde em um serviço especializado.

“[...] E ai eu falei para ela que seria interessante em que as pessoas com HIV tivessem como referências as unidades básicas de saúde, e ela me disse assim: O que o médico do postinho tem a me oferecer? Eu preciso de um infectologista, de um cardiologista” [P8/ESF].

“[...] É que eu penso assim, eu lembro que há alguns anos parecia que os pacientes HIV eram propriedades do serviço especializado, principalmente as crianças. Porque

eu lembro que quando eu estava na sala de vacinas, e essas crianças não chegavam todos os pacientes eram vacinados no serviço especializado, e isso acabou se formando uma cultura e que a gente precisa mudar”. [P8/ESF].

Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015

“[...] Quando essas crianças nasciam já vinha a carteirinha com um clipe escrito: continuar vacinando no serviço especializado, eles abraçaram e nós não questionamos isso” [P10/ESF].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

Nas falas dos profissionais, o HIV é visto como uma doença complexa que precisa ser acompanhada nos serviços de saúde especializados, o que culmina nessa prática centralizada dos profissionais, conjuntamente com a dos usuários, que relatam que o seu atendimento precisa de um número maior de especialistas, de maiores recursos tecnológicos e, conseqüentemente, de uma atenção à saúde mais específica à doença.

Unindo a isso, tem-se outra discussão importante a respeito do modelo de atenção à saúde prestado em Santa Maria/RS, o fato de que os outros pontos não indagam essa atenção, eles não se sentiam corresponsáveis pelas crianças e adolescentes vivendo com HIV, e assim, de certa forma, isso favoreceu a centralização do atendimento no serviço especializado e a inexistência desse cuidado relacionado ao HIV nos outros serviços.

“[...] Atendia todas as crianças até um ano e meio, uma vez por mês, eu tinha a minha agenda da tarde com 25 crianças, porque no começo ninguém na rede queria atender essa criança.” [P1/SE].

“[...] Na verdade a gente não atende crianças, a gente não tem atendimento para crianças e adolescentes, na secretaria não existe um serviço. Se encaminharem criança e adolescente, obviamente eu terei que encaminhá-la para o serviço especializado.” [P20/SE].

“[...] Ela [médica da ESF] me disse que nunca atendeu nenhuma criança com HIV, ou seja, egressos lá do serviço especializado que são ou deveriam ser atendidos também nas unidades básicas de saúde [...]” [P1/SE].

“[...] Em relação ao adolescente, não tem, a gente não faz nada hoje para os adolescentes. Realmente o adolescente é tudo com o serviço especializado.” [P21/SE].

Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015.

Nesta perspectiva de centralização da atenção em especialidades e do não questionamento acerca disso pelos outros pontos da RAS, observa-se nas falas dos profissionais da APS outro fator, o desconhecimento destes em relação às crianças e os adolescentes vivendo com HIV. Os profissionais não os identificam em seu território,

consequentemente, não realizando nenhum atendimento para essa população específica em seu serviço.

“[...] Na nossa área ali a gente não sabe de nenhum caso de criança HIV. A gente acha que tem [...]” [P8/ESF].

“[...] Sabe o que a gente colocou que a gente enquanto ESF faz para crianças e adolescentes? A gente não faz nada. A gente não tem conhecimento de quem são essas “pessoas” em nosso território” [P8/ESF].

“[...] Então eu não tenho como dizer, bem sinceramente, quem são as crianças” [P17/ESF].

Grupo Focal, sessão 1, 21/05/2015

Assim, identifica-se que os profissionais entendem que as crianças e adolescentes vivendo com HIV precisam ser atendidas em um serviço especializado. Os demais pontos não estão envolvidos nesse cuidado, eles não os identificam e não se sentem corresponsáveis por essa atenção.

Porém, os próprios profissionais identificaram que é preciso descentralizar o cuidado das crianças e adolescentes vivendo com HIV no serviço especializado e compartilhar este com a APS, promovendo uma atenção à saúde que contemple a qualidade, redirecionando suas ações para o desenvolvimento da RAS.

“[...] Mas acabou que agora é, bom a responsabilidade não é só do serviço especializado a gente precisa descentralizar, esses paciente não são só meus.” [P1/SE].

“[...] Sabe o que acontece? A gente sabe que no serviço especializado eles são bem cuidados, mas daqui a pouco eles passam mal e não podem ir até lá por algum motivo e eles chegam lá na unidade e gente não sabe nada sobre eles, não sabe nada do atendimento do HIV deles” [P8/ESF].

“[...] A gente tem que assumir sim o HIV, eu acho que o serviço de APS está tentando mudar, esse movimento de mudança precisa ser visto, essa responsabilização é de todos e não só do serviço especializado” [P10/ESF].

Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015.

“[...] Compartilhar esse cuidado entre os serviços” [P7/ SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

Somando a isso em uma fala de um profissional do serviço especializado de Santa Maria/RS aponta-se que é necessário entender que o HIV deixou de ser considerado como

uma doença transmissível, mas como condições crônicas de saúde. Portanto, é necessário reorganizar e compartilhar essa atenção às crianças e adolescentes vivendo com HIV.

“[...] É que hoje a gente tem que entender que o HIV é uma doença crônica como qualquer outra. E que antes a gente também não queria o diabético na APS, e ainda hoje temos muita resistência de tratar o diabetes não complicado na APS. E a gente sabe que é nosso esse paciente, nós precisamos acolher, nós precisamos tratar, nós precisamos acompanhar [...] [P7/SE],

Grupo focal, sessão 3, 15/06/2015

Identifica-se que as ações para essa população continuam sendo centradas no enfrentamento e controle da epidemia, por meio das ações de especialistas, com o foco na doença, exames e medicamentos, com discretas ações de promoção e prevenção. Portanto, ainda não existe a atenção à saúde na perspectiva das condições crônicas, compartilhada entre os serviços de APS e o especializado.

#### **4.2.2 Aspectos estruturais da atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV**

Esse subtema apresenta a influência de alguns aspectos estruturais de gestão, físicos e de pessoal que estão relacionados com o modelo de atenção à saúde desenvolvido no serviço especializado em Santa Maria/RS. Esses aspectos estiveram presentes nas discussões entre os profissionais dos serviços os quais os consideraram como determinantes para justificar tal situação de saúde no cenário municipal.

Assim, em relação aos aspectos estruturais de gestão, os profissionais relataram que o serviço especializado se encontra em uma posição de superlotação de crianças e adolescentes vivendo com HIV, com problemas relacionados à continuidade da atenção para adolescentes, sem saber para quem e onde transferir.

“[...] Adolescentes estão virando adultos, e tem problema de marcação de consultas, agenda vai até os 20 anos [...] eu acho que está na hora de mandar o paciente pra a rede” [P1/SE].

“[...] Na verdade, o serviço especializado consegue de certa forma contemplar o atendimento pediátrico [...] o problema realmente são os adolescentes [...] seria muito bom termos um médico responsável pelo atendimento desse adolescente e que atuasse nessa transição da adolescência para o tratamento adulto [P1/SE].

Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015.

Essa superlotação é justificada nas falas dos profissionais quando estes relatam que o serviço especializado não atende apenas a população de crianças e adolescentes vivendo com HIV no município. O serviço presta atendimento para além da demanda dos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, como municípios de Palmeira das Missões (25ª Coordenadoria de Saúde), Maçambará (10ª Coordenadoria de Saúde), entre outros.

“[...] A gente atende também não só a 4ª coordenadoria, temos paciente até de Maçambará sabe, Palmeira das Missões, temos literalmente pacientes de tudo que é lado, e eu tenho que atender” [P1/SE].

Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015

Outro fator discutido pelos profissionais está relacionado com a superlotação do serviço especializado, de que Santa Maria/RS enfrenta o desafio de não ter um serviço especializado no atendimento ao HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). O serviço de infectologia do HUSM, conjuntamente com o CTA, tem realizado esses atendimentos da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV no município.

“[...] O hospital HUSM não é um serviço especializado em HIV, o hospital não tem esse papel, então eu não concordo que seja, nunca foi, não sei por que, nunca teve” [PI/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

“[...] Santa Maria enfrenta o desafio de não ter um serviço especializado em HIV” [P7/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

Além disso, se apontou a respeito da inexistência de transferências entre os pontos de atenção à saúde. Os profissionais do serviço especializado relataram acerca da dificuldade de obter um retorno do usuário quando este é transferido para algum serviço de sua cidade de origem ou de algum serviço de APS do município. E, os profissionais da APS mencionaram que é difícil receber essa transferência, ou até mesmo identificar que esse usuário foi transferido para a unidade, devido à inexistência de um sistema informatizado que facilite a coordenação entre os pontos de atenção.

“[...] Por que se tu manda pra outro lugar eu nunca sei se chegou, se foi, qual é a resposta”. [P1/SE].

“[...] E muitas vezes a gente não tem nem a informação de que o paciente é HIV, porque não é informatizado, não tem às vezes a referência do serviço que é utilizado,

e ai a gente não sabe se o paciente está naquela fase super-estável, ai vai ficar pedindo exame” [P2/ESF].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

Conjuntamente, relataram que os serviços de APS do Município apresentam dificuldade de territorialização, resultando em territórios descobertos. Os profissionais não identificam quem são as crianças e os adolescentes vivendo com HIV em seu território. Isso pode acontecer pela falta do agente comunitário de saúde ou pela não revelação do diagnóstico aos profissionais. Entretanto, eles compreendem que essa situação precisa ser modificada, pois sabem que esta criança e/ou adolescente, de alguma maneira, está ou estará presente no seu serviço de saúde.

“[...] A gente não tem conhecimento de quem são essas “pessoas” em nosso território e quando a gente sabe que tem possui toda essa dificuldade de vincular no serviço, porque eles têm vergonha, acham que vão ficar marcados, e a gente poderia desenvolver ações” [P8/ESF].

“[...] Da questão do território, por exemplo, lá tem oito micro áreas e eu tenho quatro agentes de saúde atuando, então quer dizer que eu tenho cinquenta por cento da área descoberta [...] Eu não tenho dados daquelas áreas que estão descobertas, isso se torna uma dificuldade de estar vendo quem são essas crianças e quem são esses adolescentes.” [P17/ESF].

Grupo Focal, sessão 1, 21/05/2015

“[...] As crianças e os adolescentes vivendo com HIV estão nos serviços de APS, mas assim sem dizer, e a APS sem saber quem eles são” [P7/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

As situações que fazem com que o atendimento fique deficitário e centrado em especialidades também estão relacionadas com os aspectos de estrutura física. Os profissionais relataram que há um limite de estrutura para prestar a atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS.

“[...] Só que na verdade o ambiente que nós temos, quem já nos visitou sabe que realmente é uma lata de sardinha, eu me sinto assim, a gente faz o que pode” [P20/SE].

“[...] Hoje realmente a gente tem um limite muito, muito, forte estrutural, e por isso não conseguimos ampliar o serviço para podermos atuar como política tá?” [P21/SE].

“[...] Olha, acho que as nossas dificuldades maiores é sim a estrutura física e profissional sabe [...]” [P20/SE].

Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015.

Os profissionais de um dos serviços especializados relataram que enfrentam limite estrutural dificultando a qualidade da atenção e a ampliação do serviço. Outra questão, e que se constitui como um aspecto de pessoal é a falta de profissionais no quadro efetivo do município, tanto no serviço especializado que enfrenta a dificuldade de ter profissionais especializados em infectologia pediátrica, quanto a APS que atua com uma equipe mínima de saúde.

“[...] Somos dezessete infectologistas pediatras no estado, só isso para o estado inteiro, ninguém mais abraça a causa [...]” [P1/SE].

“[...] Enquanto nós como equipe não tivermos infectologista” [P20/SE].

Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015.

“[...] Tudo chega para eles [profissionais da APS] assim, isso tem que ser absorvido na unidade, isso também, isso também, isso também, para uma equipe mínima de um clínico nas estratégias, um enfermeiro, um técnico fazendo tudo [...] Mas hoje, a gente trabalha com uma equipe mínima, menos do que isso até [...]” [P7/SE]

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

“[...] Então tem coisas que a gestão não tem condições de cobrar [dos profissionais da APS] porque a gente sabe que eles tem a dificuldade de ter profissionais [...]” [P7/SE].

Grupo focal, sessão 3, 15/06/2015.

Além da falta de profissionais, eles mencionaram que estes não estão capacitados para atender às necessidades da atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS.

“[...] Eu acho que eu tenho medo é desta falta de conhecimento desses profissionais” [P1/SE].

Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015

“[...] “eu acredito que nosso profissional da ponta, tem alguns que até tem um atendimento melhor assim, mas eu acho que a grande maioria precisa de muita capacitação, de muito trabalho” [P7/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

Constata-se que Santa Maria/RS possui desafios, ainda é necessário investimentos para promover a qualidade da atenção à saúde das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV. Nota-se que os aspectos estruturais de gestão, físico e de pessoal exercem influência no que diz respeito à organização do modelo de atenção à saúde prestado para essa população.

### 4.2.3 Aspectos sociais da atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV

O terceiro subtema está pautado nos aspectos sociais que a atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV respondem e que, também, está relacionado com o modelo de atenção centrado no serviço especializado. Os participantes debateram a respeito do estigma que o próprio usuário se coloca, do preconceito que este ainda enfrenta e a questão ética existente entre profissionais e população.

Em relação ao estigma, nota-se que o usuário ainda possui resistência em revelar a sua condição sorológica. Isso se agrava quando o usuário não quer nem acompanhar a sua situação de saúde em seu território. Eles não querem ser reconhecidos como uma criança e/ou um adolescente vivendo com HIV em sua comunidade. Assim, preferem o seu atendimento em outro local, independente da distância, o que faz com que essa população tenha o seu acompanhamento no serviço especializado, superlotando-o.

“[...] Eles não querem revelar que são HIV eles tem medo de serem discriminados na sua comunidade” [P8/ESF].

Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015

“[...] Estes dias eu estava comentando com um menino que chegou ali para tratamento de DST, ai eu perguntei se tinha mais alguma coisa, eles resistem, resistem contar, até tu perguntar se ele é soropositivo, dizendo que não, eles não abrem que são soropositivos, e estão ali dentro. Agora tu imagina lá na atenção primária? Se tu não vai direto na pergunta muitas vezes eles não te dizem” [P7/SE].

“[...] O que a gente nota assim, que quando eles têm que fazer um exame ou pegar medicação eles atravessam a cidade para não ir ao posto sabe?” [P10/ESF]

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

“[...] Outra coisa que eu acho que é muito importante é que os pacientes não querem ser reconhecido com HIV positivo dentro da sua comunidade, então ele procura a assistência fora justamente para mascarar esse quadro” [P7/SE].

Grupo focal, sessão 3, 15/06/2015.

Acrescenta-se que o estigma está diretamente associado com o preconceito. Eles relataram que este ainda é vivenciado no dia-a-dia das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV, tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais. Isto faz com que os cuidadores dessa criança e/ou adolescente prefiram um atendimento no serviço especializado para não ser reconhecido como uma pessoa vivendo com HIV em seu território. Eles se sentem inseguros em estar sendo reconhecidos e julgados pelos amigos, vizinhos, e assim,

essa situação acaba revertendo para uma não adesão e um acompanhamento de saúde não compartilhado entre os pontos de atenção.

“[...] Não é possível que uma doença que já tem 40 anos, e que a gente já sabe muito sobre ela, a gente sabe muito mais do HIV do que muitas outras doenças infecciosas ou não infecciosas. O HIV trouxe milhares de informações novas e conhecimentos, tudo isso que a gente sabe de biologia molecular, coisas que a gente não estudava antes, e ainda continuamos falando sobre o preconceito, eu me irrita muito com isso, eu acho que todo mundo, os pacientes, nós, e a população não conseguimos avançar nisso, qual o problema da pessoa ter HIV? Qual o problema do vizinho saber que tem HIV? Entende?” [P1/SE].

“[...] O pessoal da rede básica mesmo veio falar aquele dia, eles tem essa noção de que eles não querem ser atendidos na rede básica, não é só porque ele não tem confiança no profissional que atenda, eles têm medo do preconceito, lá o vizinho vai saber que eu sou HIV positivo, que eu estou batendo lá na clínica que eu estou agora com uma pneumocistose e preciso tratar uma pneumonia grave e aí o meu vizinho vai ficar sabendo, sabe?” [P7/SE].

“[...] É o medo do preconceito novamente. É o medo de que eles serão julgados” [P20/SE].

“[...] Vão existir serviços que irão acolher bem e vão existir serviços que não terão condições, por vários motivos, inclusive, o preconceito do próprio profissional da saúde” [P20/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

“[...] A questão do preconceito tem que ser tratada porque ela é muito presente ainda e o maior problema do preconceito é de que ele reverte na não adesão do tratamento. E reverte nisso porque o adolescente não quer revelar para os amigos que ele tem HIV, porque tem vergonha, porque ele não quer levar os comprimidos” [P1/SE].

Grupo focal, sessão 3, 15/06/2015

Interligado a essa situação, estão as questões éticas fundamentais na prestação de uma atenção à saúde longitudinal e integral para as crianças e adolescentes vivendo com HIV na APS. Porém, ainda é um desafio a ser superado, visto que ainda se tem dificuldade do entendimento do HIV como uma condição crônica de saúde pelos profissionais e na importância de respeitar o sigilo do diagnóstico no local de atendimento.

“[...] A gente teve um caso de ética bem importante assim, então acho que uma barreira bem grande de tratar o HIV na APS, na sua unidade de referência, é as questões éticas. Porque lá em uma unidade, aconteceu bem isso, a menina foi diagnosticada e a menina dos serviços gerais era da mesma comunidade que ela e acabou contanto” [P7/SE].

Grupo focal, sessão 3, 15/06/2015.

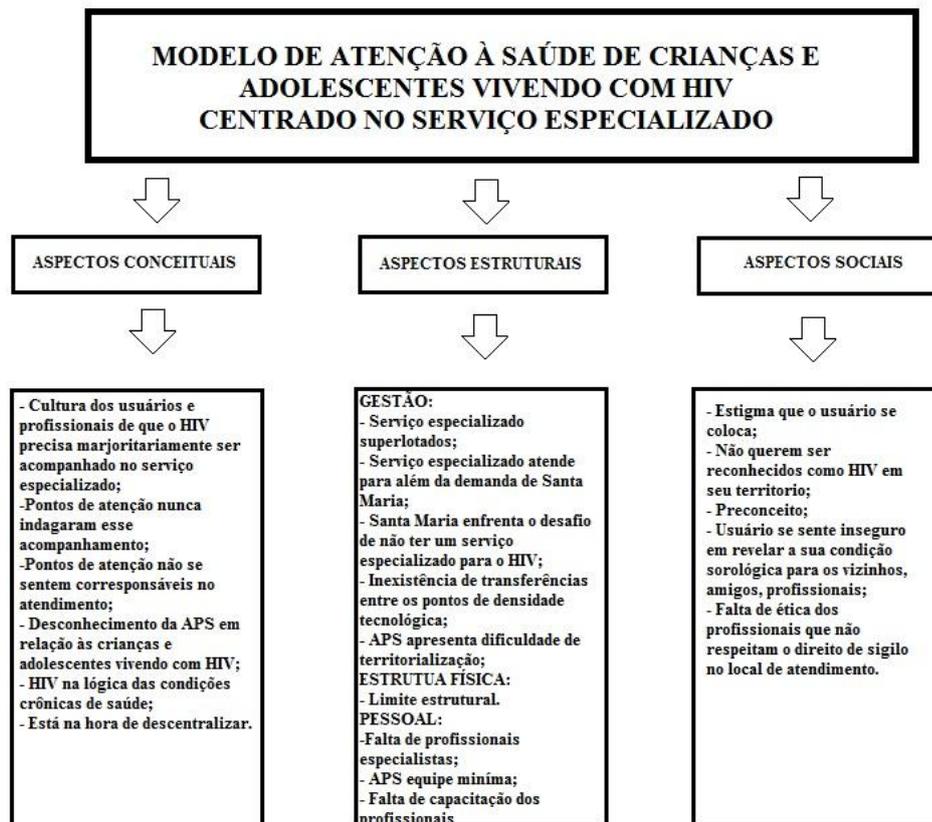
“[...] Então a gente teve paciente que chegou para nós, eu não quero voltar naquele lugar porque as pessoas, profissionais que vacinam ficaram me questionando qual

era o meu problema, e eu não tenho a obrigação de dizer qual é o meu problema” [P20/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

Identifica-se o quanto os aspetos sociais são importantes para prestar uma atenção à saúde de qualidade para essa população. É necessário trabalhar o estigma e o preconceito com o usuário para que ele se sinta confortável e seguro em estar cuidando de sua saúde em seu território, conjuntamente com um profissional capacitado, que respeite o direito do usuário em manter sigilo de sua condição sorológica e que entenda o quanto isso fará diferença na longitudinalidade do cuidado para essa população e na construção de uma atenção compartilhada entre os pontos de atenção.

**Figura 7-** Síntese dos aspectos que influenciam a atenção à saúde centrado no serviço especializado.



Fonte: elaborada pela autora, 2015.

### 4.3 CONSTITUIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV

Este **tema** compõe-se de três **subtemas**, os quais apresentam questões que permearam as discussões da constituição da RAS de crianças e adolescentes vivendo com HIV como resposta da necessidade de organizar o modelo de atenção fragmentado. Observa-se, nas falas dos profissionais, o questionamento que eles fazem aos outros participantes a respeito do dever de fazer algo diante dessa situação.

“[...] Então o que a gente vai fazer para tentar sanar isso?” [P1/SE].

“[...] Precisamos nos ajudar, precisamos estar discutindo e construindo agora esse fluxo, Santa Maria é muito falha, temos que melhorar, não acham?” [P21/SE].

“[...] O Rio Grande do Sul é pioneiro na nova linha de cuidado em que o cuidado deve ser feito na atenção básica e não mais no serviço especializado. Santa Maria está a anos luz, estamos na fase desse cuidado na APS, e não temos implantado nada, temos dificuldade de criar essa assistência descentralizada. Temos que dar um jeito nisso! Concordam?” [P21/SE].

Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015

Assim, nessa tentativa de ordenação de uma nova proposta de atenção à saúde os profissionais debateram acerca das atribuições do seu serviço no atendimento desta população, de como pode se dar a organização e pactuação entre os órgãos envolvidos, e de como deve ser feita essa atenção centrada na necessidade do usuário e compartilhada entre os pontos de atenção.

#### 4.3.1 Concepção dos pontos de atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV

“[...] Estamos juntando os serviços, estamos vendo o que cada um está fazendo, precisamos dessa conversa” [P8/ESF].

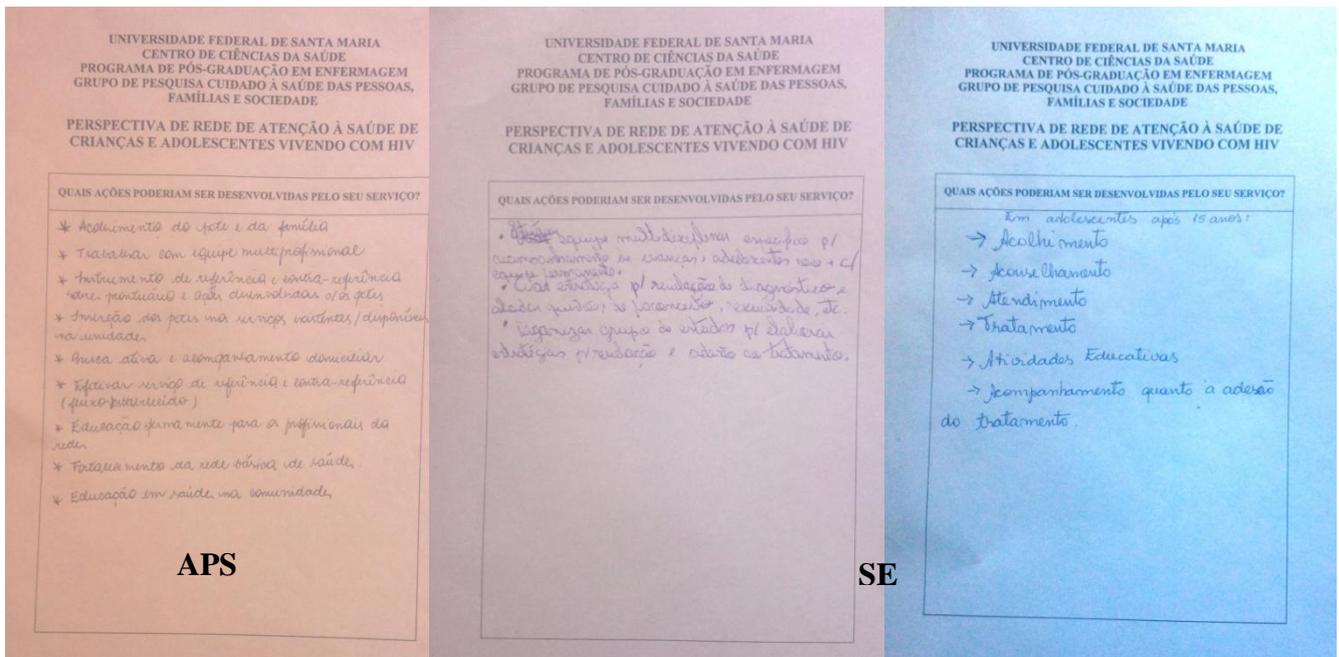
Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015

Nesta perspectiva, após as discussões a respeito do panorama situacional da RAS de Santa Maria/RS, percebeu-se o quanto era importante para os profissionais, bem como para a atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV, a definição de funções (competências) entre os pontos de atenção (SE e APS).

Essas discussões tiveram início na primeira sessão de grupo focal, quando os participantes discutiram sobre o que estava sendo feito e o que poderia ser feito às crianças e

adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS. Abaixo se ilustra esta primeira atividade de discussão (figura 8):

**Figura 8-** Síntese das competências dos serviços



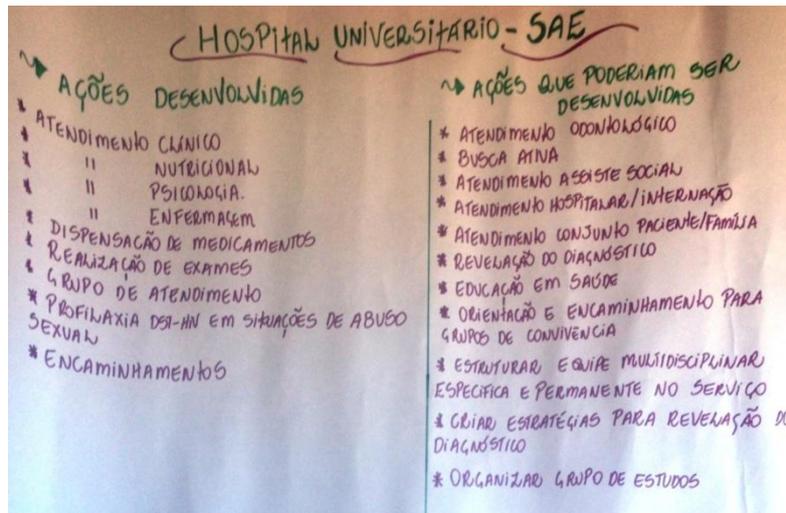
Fonte: Arquivo da autora, 2015.

Na segunda sessão sentiu-se a necessidade de estar aprofundando as discussões a respeito das competências. Assim, a moderadora confeccionou um cartaz com a síntese da primeira sessão e entregou tarjetas, as quais estavam relacionadas com algumas funções/competências que poderiam ser desenvolvidas pelos pontos de atenção à saúde. Os profissionais dos serviços se juntaram com seus respectivos representantes para debaterem, novamente, acerca do que eles oferecem para as crianças e adolescentes vivendo com HIV (cartaz moderadora), e também, foram estimulados a confeccionar outro cartaz colando as tarjetas com as conclusões que chegaram.

Após esse momento, as discussões foram abertas ao grupo com o intuito de estar conversando acerca do entendimento do que é de competência de cada serviço. Assim, essa atividade possibilitou a construção das atribuições de cada ponto e a organização da atenção para promover um cuidado integral para essa população. A seguir, apresentam-se as ilustrações dessas discussões fazendo uma comparação entre o antes (cartaz síntese da moderadora) e depois (cartaz confeccionado com as tarjetas e discussões com o grupo).

Em relação ao serviço especializado, o HUSM, o cartaz inicialmente apresentado pelos participantes apresentou as ações desenvolvidas e as que poderiam ser desenvolvidas (figura 9):

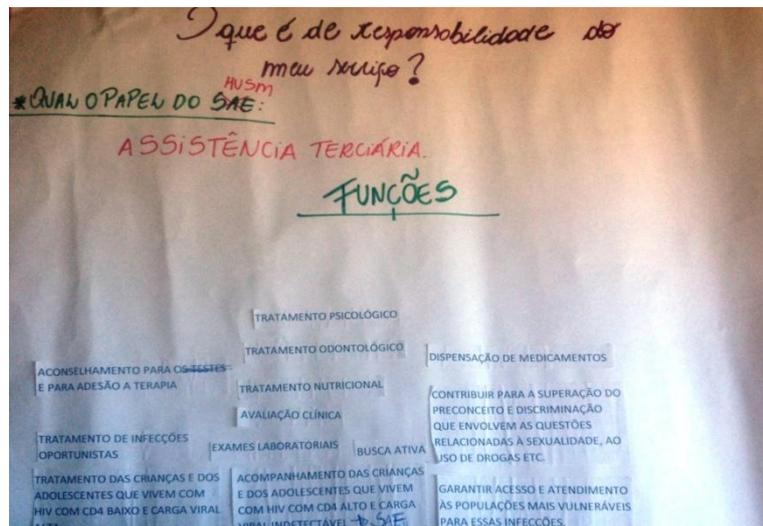
**Figura 9-** Ações desenvolvidas e ações que poderiam ser desenvolvidas pelo SE.



Fonte: arquivo da autora, 2015.

Após as discussões, os profissionais do HUSM se autodenominaram e definiram suas competências às crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS (figura 10):

**Figura 10-** Competências estabelecidas para o SE.



Fonte: Arquivo da autora, 2015.

Sobre isto, no GF, foi pactuado pelos profissionais:

[...] “O HUSM é um local de atendimento terciário, então é esse papel que vamos continuar tendo” [P1/SE].

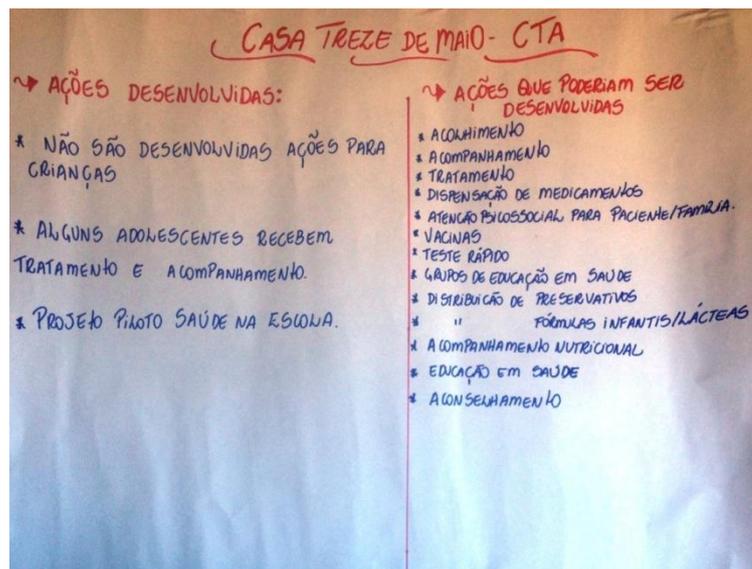
Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

[...] “Acho interessante continuar o que tem lá, por exemplo, agora a gente tem, uma agenda de tratamento psicológico, a gente consegue encaixar já, identifica o problema da criança, da família no momento da consulta e não perde. [...] Como agora a gente tem uma psicóloga do serviço que não é transitória, antes tinha da multiprofissional, agora ela tem uma agenda e a gente consegue discutir bem o caso daquela família, está bem legal assim, nunca teve tão bom. Outra coisa, aconselhamento para testes e para adesão, eu acho que a gente fica só com essa última parte, aconselhamento pra adesão pra terapia que é uma coisa bem específica de quem tá tomando medicação, então eu acho que da pra separar um do outro. Tratamento das infecções oportunistas, que é a vocação do nosso hospital, fazer os tratamentos específicos pra cada coisa. Tratamento das crianças com CD4 baixo e carga viral alta, avaliar esse paciente e ser responsável pelos exames laboratoriais e dispensação de medicamentos [P1/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

Quanto a Casa Treze de Maio, o CTA, de Santa Maria/RS, inicialmente foram relatadas as ações desenvolvidas e as que poderiam ser desenvolvidas (figura 11):

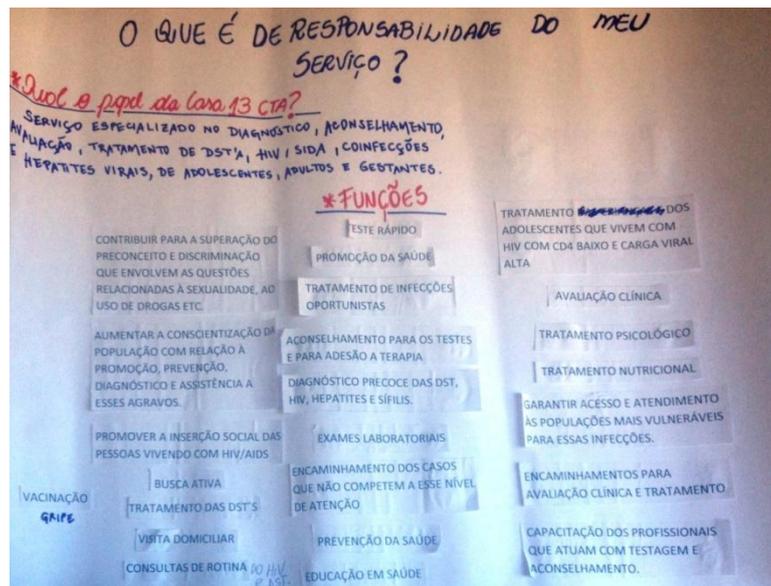
**Figura 11-** Ações desenvolvidas e ações que poderiam ser desenvolvidas pela Casa Treze de Maio.



Fonte: Arquivo da autora, 2015.

Após as discussões, da Casa Treze de Maio os profissionais apresentaram se apresentaram se autodenominando-se e definindo suas competências às crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS (Figura 12):

**Figura 12-** Competências estabelecidas para a Casa Treze de Maio



Fonte: Arquivo da autora, 2015.

Dentre as falas no GF, destacaram-se:

“[...] A gente colocou que hoje a gente não considera quem trabalha lá dentro como sendo só CTA. Iniciou pioneiramente como CTA [...] Nós consideramos a Casa Treze como um serviço especializado no diagnóstico que daí entra a testagem, aconselhamento, avaliação, tratamentos das DSTS como HPV, SIDA, co infecções virais de adultos, adolescentes e gestantes” [P20/SE].

“[...] Então qual são as funções que hoje estamos fazendo? Primeiro teste rápido, se não é possível o teste rápido também é feita a testagem laboratorial, contribuição para superação do preconceito e discriminação que envolve as questões relacionadas à sexualidade e ao uso de drogas, aumentar a conscientização da população em relação a prevenção, promoção, diagnóstico e assistência a esses agravos, promover a inserção social das pessoas vivendo com HIV e aids [...], tratamento das DST,S, gonorreia, HPV, sífilis, todas elas, consultas de rotina, do HIV e das DST'S, aconselhamento para testes e adesão para terapia, isso é fundamental se não... diagnósticos precoces para HIV, DST'S, Hepatites e Sífilis, os exames laboratoriais, não que tenhamos um laboratório lá dentro, mas lá dentro se faz a coleta de CD4, CD8 e as envia para o HUSM, uma vez por semana pra facilitar pro nosso paciente” [P20/SE].

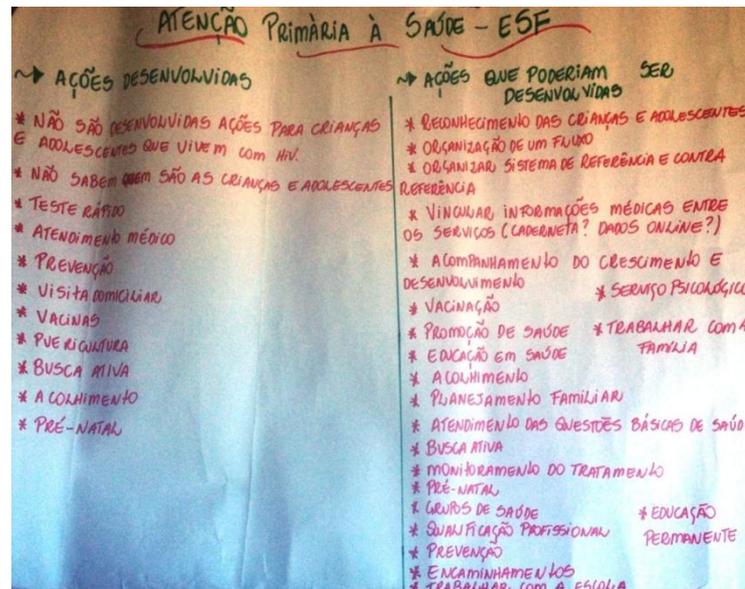
“[...] Encaminhamento dos casos que não competem esse nível de atenção, por exemplo: Caps, saúde mental, tuberculose, tem que trabalhar junto e a gente encaminha né, prevenção da saúde, educação em saúde, acompanhamento dos adolescentes vivendo com HIV, tratamento psicológico, esse tratamento psicológico, a psicóloga volta o atendimento dela direcionado a adesão ao tratamento, dificuldade

do paciente de aceitar o HIV ,de como ele está vivendo com esse HIV , os conflitos que essa situação vem surgindo dentro da família, as dificuldade de trabalhar sua inserção social, essa situação, ela não trabalha seu traumas e dificuldades, história de vida, claro que algumas coisas sim, mas é focado, direcionado ta? Tratamento nutricional uma vez por semana, Garantir o acesso e atendimento a populações mais vulneráveis para essas infecções nós temos moradores de albergue, moradores de rua, nós temos pessoa assim em estado de miséria muito grande que frequentam a casa 13, encaminhamento para avaliação clínica e tratamento e capacitação dos profissionais que atuam com testagem e aconselhamento” [P20/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

Por fim, os profissionais dos serviços de APS trouxeram as ações que estão sendo desenvolvidas e as que poderiam ser desenvolvidas (figura 13):

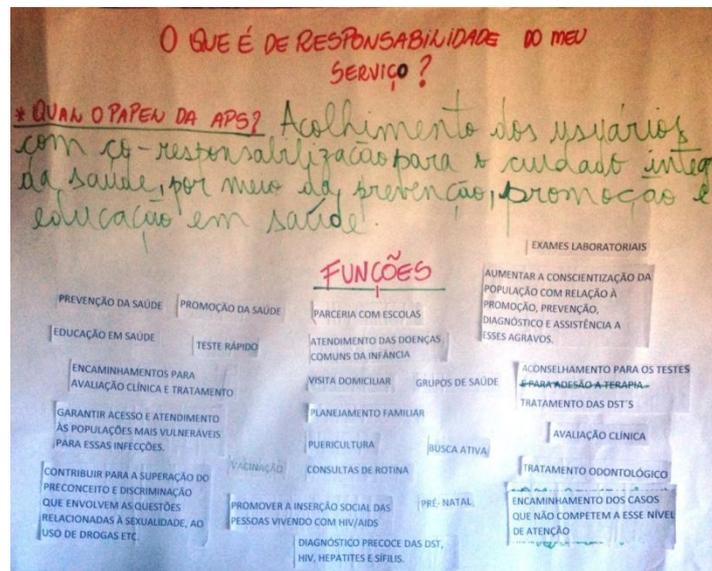
**Figura 13-** Ações desenvolvidas e ações que poderiam ser desenvolvidas pela APS



Fonte: Arquivo da autora, 2015.

Quanto a APS, os profissionais a autodenominaram e definiram suas competências às crianças e adolescentes vivendo com HIV como (figura 14):

**Figura 14-** Competências estabelecidas para a APS



Fonte: Arquivo da autora, 2015.

Neste sentido, foi explicitado:

“[...] A gente colocou que a APS é a porta de entrada dos usuários envolvendo ações de promoção e prevenção da saúde e garantindo o cuidado integral e compartilhando com os serviços especializados quando se fizer necessário” [P23/UBS].

“[...] Porta de entrada dos usuários, é responsável pelo acolhimento dos usuários com coresponsabilização para o cuidado integral da saúde por meio da prevenção, promoção, e educação em saúde” [P15/ESF].

“[...] O papel da APS é de fazer o acolhimento desses usuários, trabalhando com eles na coresponsabilização da promoção da saúde e prevenção. Então a gente colocou aqui como funções: prevenção, promoção, educação em saúde, teste rápido que a gente também deve realizar nas unidades [...] parceria com as escolas, tentando estabelecer esse vínculo com a escola, principalmente para trabalhar as questões de prevenção com crianças e adolescentes daí, garantir acesso e acolhimento para as populações mais vulneráveis para essas infecções, contribuir para a superação do preconceito e discriminação com as questões que envolvem sexualidade e uso de drogas, vacinação, busca ativa, por exemplo, usuário paciente não está indo mais fazer acompanhamento no serviço, fazer então esse contato com a APS, e ela ir atrás [...] promover a inserção social das pessoas vivendo com HIV, diagnóstico precoce das DST'S, hepatites e sífilis, atendimento das doenças comuns na infância, visita domiciliar, puericultura, planejamento familiar, aconselhamento para os testes rápidos, riscamos a adesão a terapia, porque daí eu acho que é mais específico do HIV. A gente faz o aconselhamento pré e pós teste, avaliação clínica, encaminhamento dos casos que não competem a essa nível de atenção [P15/ESF].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015

Conjuntamente com as discussões das competências do serviço de APS, os participantes refletiram que as crianças e os adolescentes vivendo com HIV podem fazer o

acompanhamento de sua saúde na APS. Assim, eles não precisam ir ao serviço especializado a cada situação ou necessidade de saúde.

“[...] Essa criança é igual a qualquer outra, precisa ir ao pediatra, fazer vacina” [P1/SE].

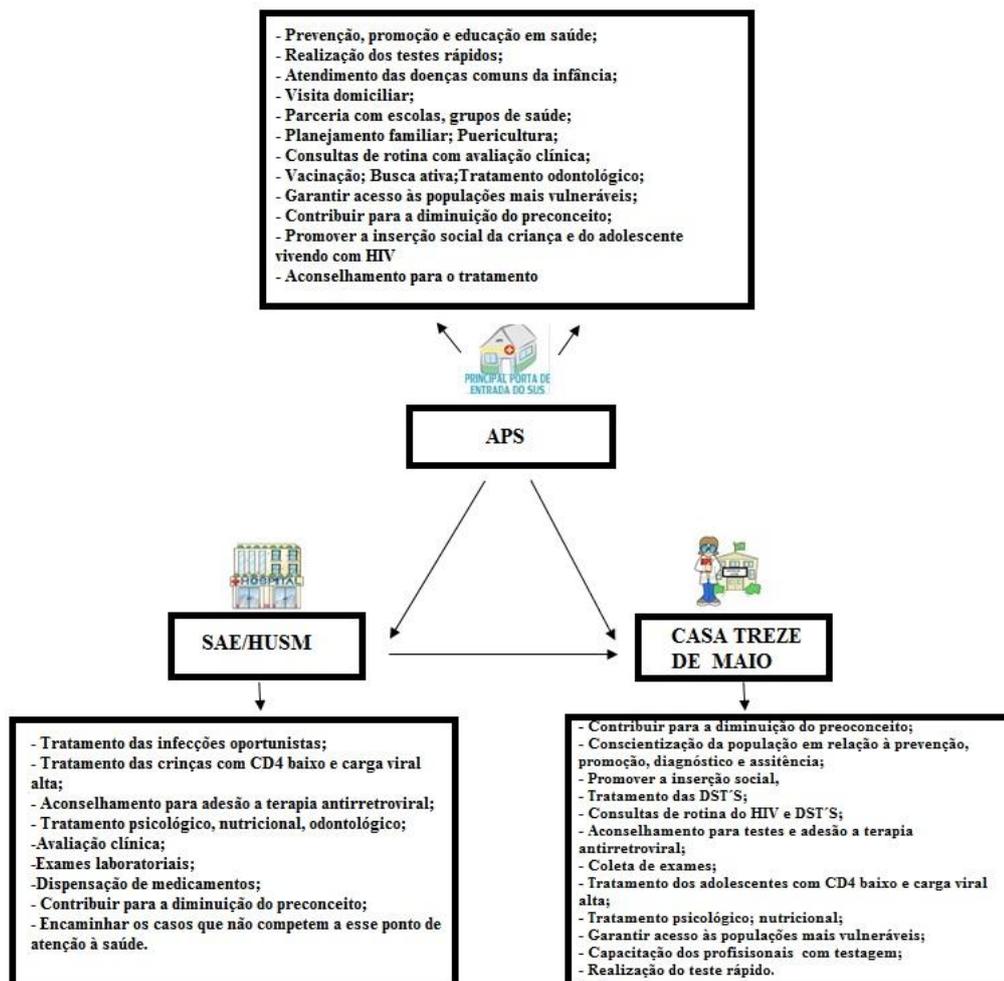
Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015

“[...] O que uma pessoa com HIV pode fazer na APS? Tudo, tudo, foi isso que nós pensamos” [P17/ESF].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

A figura a seguir, apresenta a síntese das competências estabelecidas entre os profissionais às crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS (figura 15):

**Figura15-** Competências dos pontos de atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS



Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Assim, entende-se que definindo as competências, a atenção a essa população se torna mais apropriada e resolutiva com maiores esclarecimentos a respeito das ações que podem ser desenvolvidas pelos profissionais. Essa organização irá facilitar a articulação entre os pontos de atenção, bem como promover a atenção à saúde das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV.

#### **4.3.2 Articulação entre os pontos de atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV.**

Nas sessões, após as definições das competências dos serviços, observaram-se alguns questionamentos dos profissionais de como se daria essa articulação entre os pontos de atenção à saúde. Em um primeiro momento, os participantes discutiram como os serviços iriam se organizar quanto ao atendimento das crianças e dos adolescentes devido ao fato já mencionado de que a atenção a essa população é realizado no serviço especializado.

Chegou-se ao consenso que, para promover uma atenção à saúde eficiente a estas crianças e adolescentes em Santa Maria/RS, seria importante reduzir a superlotação do serviço especializado para resolver a situação das marcações de consultas para os adolescentes, organizando os atendimentos nos pontos de atenção à saúde conforme a idade da população.

“[...] Eu acho que a gente segue o esquema da idade. Se for menor de 15 anos encaminha para o serviço especializado do HUSM, maior de quinze anos encaminha para a Casa treze de Maio” [P18/UBS].

“[...] Menores de 15 anos independente da forma de transmissão encaminhar para o HUSM” [P7/SE].

“[...] Lá no HUSM? Sim Até 14 anos, 11 meses e 29 dias” [P1/SE].

Grupo focal, sessão 3, 15/06/2015.

Definiu-se que a população menor de 14 anos, 11 meses e 29 dias ficaria sob a responsabilidade do HUSM, e a população maior de 14 anos, 11 meses e 29 dias ficaria sob o atendimento da Casa Treze de Maio. No entanto, para seguir esta organização do atendimento seria necessário pensar em uma estratégia de transferência desse adolescente que está no HUSM, o qual, na maioria das vezes, adquiriu a infecção por meio da transmissão vertical, realizando o seu acompanhamento de saúde há anos neste ponto de atenção. Como estratégias, os profissionais relataram que gostariam de algo que não propusesse a interrupção do atendimento. Dessa maneira, a articulação do adolescente se daria com a realização de

consultas conjuntas até que este se sinta preparado para realizar o seu atendimento em outro ponto de atenção, a Casa Treze de Maio.

“[...] Nessa transição ele pode fazer uma consulta lá [HUSM], outra aqui [Casa Treze de Maio]” [P5/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

“[...] Esses adolescentes entre 15 e 20 anos da pra ir preparando para a transferência lá para mim [Casa Treze de Maio]. Porque daí ela vai passando aos poucos lá o paciente, com uma consulta lá [HUSM], outra aqui [Casa Treze de Maio] porque é muito tempo ligado com a senhora [profissional responsável pelo atendimento no HUSM], imagina 15, 18 anos acompanhando” [P5/SE].

Grupo focal, sessão 3, 15/06/2015.

Outro quesito discutido entre os participantes nas sessões foi à necessidade de compartilhar a atenção das crianças e adolescentes vivendo com HIV com a APS. Esse fato, primeiramente, foi gerado quando os profissionais discutiram a respeito da resolução nº 235/14-CIB/RS de 14 de maio de 2014.

“[...] Isso entra bem na questão da portaria/resolução 235 que é aquela que vem a verba de 546 mil para trabalhar na atenção básica. Então o diferencial entra aí, é tratar o HIV, tratar o paciente HIV lá na atenção básica e não mais no serviço referenciado a não ser que seja necessário. Então é um passo assim hiper importante para a gente, porque a gente já tem dificuldade de tratar sífilis na atenção básica imaginem os médicos tratando HIV. Então a gente já tem que começar loguinho né? Porque a verba é para isso. Então eu acho que a gente tem que começar ou pelo menos conhecer a linha de cuidado já né.” [P21/SE].

Grupo focal, sessão 3, 15/06/2015

Após essa discussão os profissionais chegaram à conclusão de que esses usuários também são de responsabilidade da APS e que uma estratégia eficiente para dar início a esse cuidado compartilhado seria a estratificação de risco.

“[...] Eu acho assim, se tem um HIV positivo se vocês fazem o diagnóstico, encaminha para uma avaliação e a gente estratifica o risco e depois encaminha de volta para vocês” [P5/SE].

“[...] Na verdade isso é um dos itens que vai fazer nos levar pra lá ou pra cá” [P1/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015

“[...] É bem diferente, aqui, dependendo do resultado do exame vai ser definido para onde ele vai. São duas variações diferentes” [P22/SE].

Grupo focal, sessão 3, 06/07/2015.

A estratificação de risco se baseia na avaliação dos resultados dos exames de carga viral e CD4. Se essa criança e ou adolescente vivendo com HIV está com CD4 baixo e carga viral alta, estes devem permanecer em atendimento no serviço especializado para o atendimento do HIV e compartilhar a atenção no que é específico da criança e do adolescente. Quando o resultado do exame for CD4 alto e carga viral indetectável, o serviço especializado irá transferir essa criança e esse adolescente para o atendimento na APS, e este deverá só retornar para o serviço especializado de três em três meses para novamente realizar uma avaliação clínica do HIV.

“[...] Necessita da avaliação do CD4 e carga viral, o HIV precisa ter sempre está leitura” [P7/SE].

“[...] Então assim ó, eu acho que o paciente estável que está com CD4 alto e a carga viral baixa ele pode muito bem acompanhar a parte do tratamento da infecção do HIV na casa 13, mas se tiver uma intercorrência clínica, a uma broncopneumonia, uma faringite, uma amigdalite bacteriana, não tem por que a gente não pedir socorro pra rede básica né?” [P5/SE].

“[...] Um exemplo, ta com CD4 alto de 800, ta com amigdalite bacteriana pode ser muito bem tratado no sistema básico, não precisa ser tratado no HUSM ou na casa 13” [P15/ESF].

“[...] É, mas esse paciente que é super mega estável, nosso paciente ideal, aquele que é comum em 20 % dos nossos pacientes? Esse poderia ser atendido na rede básica, porque ele vai lá só pra mostrar a carga viral e CD4 ta tudo bem tudo ok, vê pressão, encaminhado pro o médico e tchau” [P1/SE].

“[...] Está lá na casa 13 fazendo o acompanhamento, mas precisa por algum motivo, consultar porque é diabético, porque é hipertenso, ele vai precisar ir lá na unidade dele sim. Então ele é um paciente da atenção básica e também é lá da casa 13 ou do HUSM. Porque isso não pode ser dividido né? Porque lá na APS ele não pode acompanhar todo o tratamento dele, desde que tenha o suporte? Se isso não acontecer, vai chegar uma hora que os serviços não vão conseguir dar conta” [P15/ESF].

“[...] Quem está estável quem sabe até poderia ir para outro serviço” [P1/SE].

“[...] Agora uma infecção oportunista grave, até que quando a gente absorve, por exemplo, um paciente com CD4 2 ,3 ele é uma bomba relógio na nossa mão ne” [P5/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

“[...] De 3 em 3 meses, ai ela já vem e coleta exames” [P1/SE].

“[...] Acho que conforme a necessidade, ali no serviço, depois o médico vai avaliar se vai precisar voltar antes ou não” [P20/SE].

Grupo focal, sessão 3, 15/06/2015”.

Nota-se que os participantes estavam submersos nas discussões, e devido a isso, foi possível construir um percurso mais acessível do cuidado à saúde da criança e do adolescente a partir do diagnóstico situacional da cidade de Santa Maria/RS e da definição das responsabilidades entre os órgãos envolvidos. Assim, cria-se uma nova perspectiva a respeito da linha de cuidado e o estabelecimento de relações e fluxos para essa população, dando origem a um cuidado compartilhado, conectado entre os diferentes pontos de atenção e seus respectivos profissionais.

#### **4.3.3 Operacionalização da atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV.**

Para a efetivação da linha de cuidado das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV, os profissionais assinalaram que são necessárias algumas pactuações entre todos os atores envolvidos. Como primeira pactuação tem-se a importância das transferências dos usuários entre os pontos de atenção à saúde:

“[...] Se só essa referência e contra referência funcionar a gente está assim com noventa por cento do caminho andado. Que é uma coisa tão importante mas ao mesmo tempo tão difícil, e são umas coisas tão básicas e que faz uma diferença enorme, por exemplo quando o serviço especializado liga lá para encaminhar a gente fica muito feliz, se só esse primeiro contato começar a acontecer bem e isso se institucionalizar e não ficar dependendo só da boa vontade das pessoas e sim funcionar como regra para todo mundo vai ser assim um avanço muito bom” [P8/ESF].

Grupo focal, sessão 3, 15/06/2015.

“[...] Volto a dizer, com referência e contra referência, com contato” [P8/ESF].

Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015

“[...] Precisamos da ênfase na referência e contra referência, no contato por telefone, eu acho que facilita muito esse canal de comunicação” [P17/ESF].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

Percebe-se o quanto os profissionais enfatizaram o funcionamento das transferências entre os serviços. Eles relatam que as transferências precisam se tornar rotina entre os atores envolvidos na linha de cuidado das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV. Para isso ocorrer, de maneira efetiva, os participantes destacaram a necessidade de sempre estar realizando um contato verbal por meio do telefonema entre os pontos de atenção para facilitar a coordenação do cuidado.

“[...] Esse contato verbal pode ser o contato telefônico” [P5/SE].

“[...] Eu acho que a gente podia deixar pré-estabelecido de que quando a gente for encaminhar o paciente a gente faça um contato verbal com a unidade que vai receber entendeu?” [P21/SE].

“[...] Eu acho que a gente teria que meio que deixar como obrigatório esse contato telefônico” [P21/SE].

Grupo focal, sessão 3, 15/06/2015.

Segundo os participantes, se essa comunicação acontecer vai ser possível identificar o que está sendo ofertado para essa criança e esse adolescente na linha de cuidado, bem como, monitorar este usuário entre os pontos de atenção, e assim, trazer segurança para os profissionais.

“[...] E acho que só de conhecer o papel dos outros serviços também né, e a função, acho que isso é importante também né, muitas vezes essa comunicação vai saber como ta se dando esses serviços, como é bom isso” [P17/ESF].

Grupo focal, sessão 4, 06/07/2015.

“[...] Ai tu tens uma segurança, se eu não sei sair disso, para quem eu posso ligar? Com quem eu posso conversar? Não é mandar de volta para ti. É entrar em contato contigo. Eu acho que se a gente tiver essa segurança na rede básica ai vai ser diferente” [P7/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

“[...] Monitorar, encaminhar e monitorar o paciente. Encaminhei, chegou uma guriuzinha pra mim lá na Maringá, fiz o teste rápido e deu positivo, mandei ela pro HUSM, eu vou ligar para o HUSM para saber se ela foi? Ou eu vou mandar uma mensagem na casa pra ver” [P8/ESF].

Grupo focal, sessão 4, 06/07/2015.

“[...] Este é o ideal, o que os profissionais, os colegas na unidade possam fazer esse tipo de acompanhamento, o monitoramento e se não ta, tenta entrar em contato, fazer uma busca, uma sensibilização” [P20/SE].

Grupo focal, encontro 4, 06/07/2015.

Conjuntamente, foi possível identificar que um dos pontos essenciais para o funcionamento da linha de cuidado é a realização da busca ativa e monitoramento das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV no território da APS. Para eles, a identificação dessa população e, conseqüentemente, a sua monitorização entre os pontos é um dos quesitos para que esses usuários recebam uma atenção à saúde de qualidade.

“[...] Quem sabe por meio dessa busca ativa, da realização do diagnóstico precoce a gente consiga encontrar todas essas crianças e adolescentes” [P21/SE].

“[...] Busca ativa e monitoramento. Monitoramento da paciente HIV que eu encaminhei faz seis meses, tu sabe se essa criança ta indo? [ P8/ESF].

“[...] Até porque aí é uma coisa pra gente discutir depois, mas já pensando no nosso caso, a gente é ESF, tem agente de saúde, eles podem fazer essa busca pra nós, mas tem UBS que não tem, então como é que as gurias vão fazer, vão se organizar, elas vão ter que ter um registro” [P8/ESF].

Grupo focal, sessão 4, 06/07/2015.

Outra questão trazida foi ter um registro do paciente nos pontos de atenção à saúde.

“[...] Em ter um arquivo, alguma coisa, livro, um registro separado. Claro a gente tem, dos testes rápidos a gente tem, confidencial, tem um registro. Mas, por exemplo, assim no caso das pessoas que tem sífilis tem registro separado” [P22/SE].

“[...] Eu vou com a agente de saúde na casa pra ver se ta indo, aí eu vou anotar lá na minha pastinha que tal dia tudo ok. Porque não foi, a criança não ta indo, foi orientada tal coisa, qual foi a conduta? [P8/ESF].

Grupo focal, sessão 4, 06/07/2015.

Com esse registro será possível manter um acompanhamento a respeito de como está à situação de saúde das crianças e dos adolescentes, e de como está se dando esse cuidado compartilhado entre os pontos de atenção à saúde.

Além disso, nas discussões os profissionais relataram que, para haver mais segurança entre as transferências, e conseqüentemente, efetividade da linha de cuidado, seria importante ter nos serviços um profissional de referência. Estes podem ser de qualquer especialidade e/ou categoria profissional, e seriam responsáveis em dar esse suporte, principalmente, nos serviços de APS.

“[...] Esse profissional de referência, de ter um profissional de referência na unidade” [P7/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

“[...] Então eu acho que é isso que a gente tem que deixar na APS, porque eles são inseguros em ficar com esse paciente sem ter esse profissional de referência” [P7/SE].

“[...] Eu acho que cada equipe escolhe qual vai ser o seu profissional de referência” [P5/SE].

Grupo focal, sessão 3, 15/06/2015.

“[...] Na verdade o que da para estabelecer é que nesses outros serviços tenha um profissional de referência, assim como na unidade tem o médico e/ou enfermeiro, daqui a pouco na APAE a equipe vai escolher um profissional de referência, ou a fisioterapeuta, ou a psicóloga. Assim como no CRAS, alguém que seja para passar as informações” [P8/ESF].

Grupo focal, sessão 4, 15/06/2015.

Outra questão levantada pelos profissionais é a necessidade de ter um instrumento de transferência com o histórico do usuário quando este é encaminhado para outro ponto de atenção.

“[...] Eu acho que tem que ter aqueles instrumentos de referenciamento. A gente precisa saber o que está acontecendo com esse paciente. Acho que só relatar vai ser muito deficiente, muito precário” [P18/UBS]

“[...] Tem que ter escrito todo um histórico” [P7/SE].

“[...] Eu acho que precisamos definir, mas os pacientes que estão lá tem esse histórico, e esse histórico sim, precisa ir junto lá para o serviço. Precisa haver esse contato entre elas para que ela possa dar esse segmento. Tem que vir o histórico” [P5/SE].

“[...] Este paciente este usuário ele tem um histórico e para o médico que vai acompanhar o tratamento dele, assim como o enfermeiro que vai receber, mas o médico que vai dar continuidade na assistência lá na APS, e a equipe toda que vai acompanhar o trabalho, eles precisam saber desse histórico, como foi, o que foi usado” [P7/SE].

Grupo focal, sessão 3, 15/06/2015

Para os profissionais, um instrumento de transferência que contenha o histórico do usuário é a chave para promover uma atenção de qualidade. Com ele, os profissionais dos serviços conseguirão dar continuidade na atenção, bem como, estarem atentos às necessidades das crianças e adolescentes vivendo com HIV. Somado a isso, foi revelado o quanto a organização e a presença do fluxo na RAS se faz necessária.

“[...] A gente ter ele na unidade, sem dúvida” [P8/ESF].

“[...] Este fluxo a ideia é ficar nas unidades e serviços” [P1/SE].

Grupo focal, sessão 4, 06/07/2015.

Percebe-se que, ao identificarem a necessidade do fluxo, os profissionais reforçaram que este fará com que os pontos de atenção à saúde se sintam corresponsáveis pelo cuidado das crianças e adolescentes vivendo com HIV.

“[...] Isso vai se tornando tão comum. Então o convívio com eles faz com que a gente daqui a pouco não sabe quem é quem não é, é tudo igual” [P7/SE]

“[...] O cuidado que tu tens que ter tem que ser como qualquer outro” [P20/SE].

“[...] E ai se a rede básica nunca conviver, nunca vai ter resultado” [P1/SE].

Grupo focal, sessão 2, 1/06/2015.

[...] Com o empoderamento dos serviços da atenção básica” [P8/ESF].

Grupo focal, sessão 1, 21/05/2015.

#### 4.4 PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV EM SANTA MARIA/RS

##### 4.4.1 Fluxo de atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS

As discussões ocorridas nas sessões de grupo focal proporcionaram resultados a esta dissertação. Construiu-se o fluxo de atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS.

Sua elaboração seguiu a notação da simbologia empregada pela OMG/BPMN (Object Management Group/Business Process Model and Notation), uma organização internacional de padronização gráfica de representações e modelagens de processo, desenvolvido no aplicativo Bizagi Modeler Freeware, versão 64 bits de setembro de 2013.

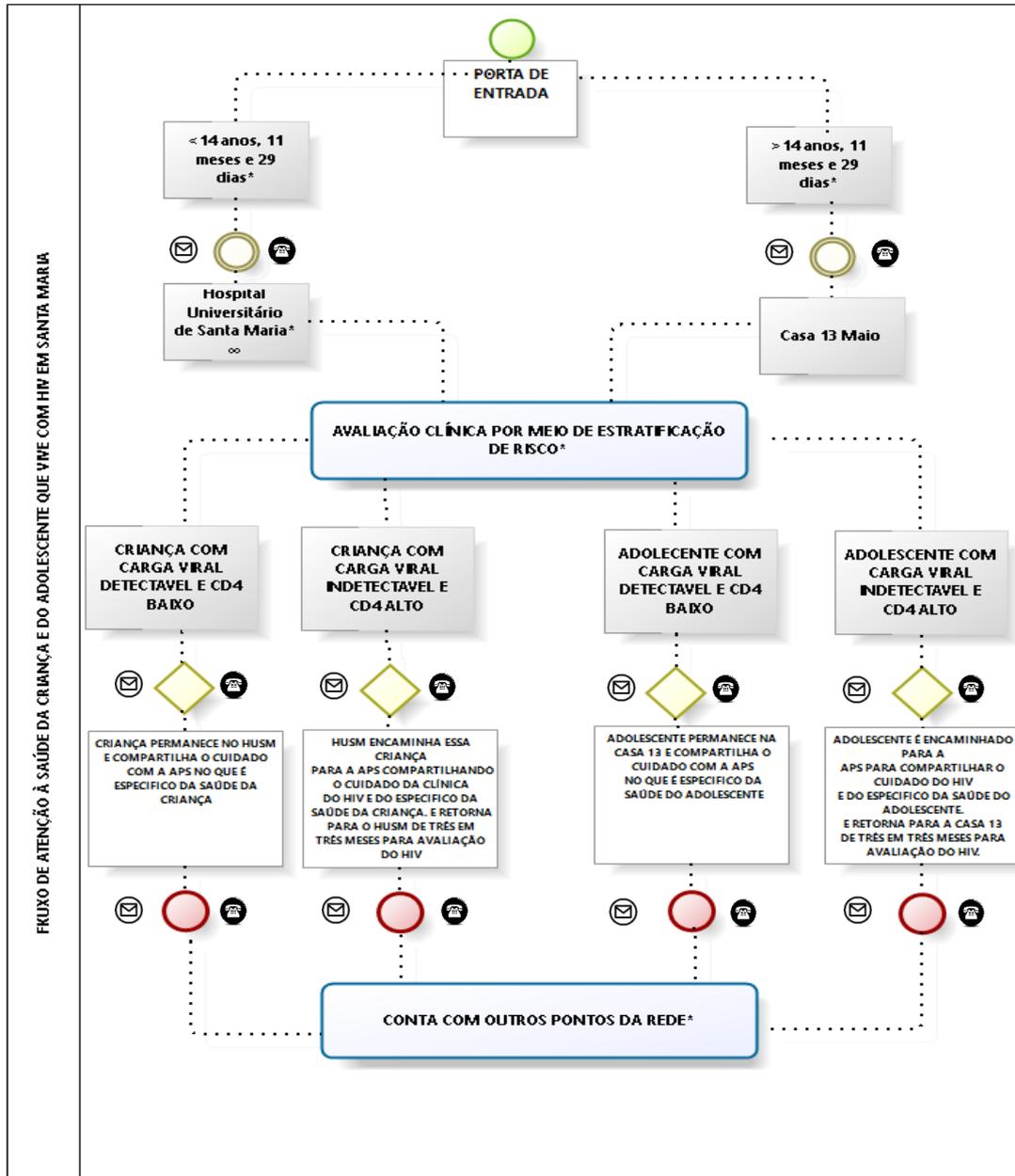
Destaca-se que esse modelo foi usado na construção dos fluxos da Linha de Cuidado das Pessoas vivendo com HIV em Porto Alegre/RS. Assim, assumiu-se como referência essa padronização utilizada (Figura 16):

**Figura 16-** Notação dos símbolos utilizados.

#### Notação dos símbolos de modelagem de processos



**Figura 17 - Fluxo de Atenção à Saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria, RS, BR.**



Powered by **bizagi** Modeler

**LEGENDA:**

\*PORTA DE ENTRADA: Serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Casa Treze de Maio, outros hospitais, Pronto Atendimento Municipal (PAM), Unidade de Pronto Atendimento (UPA'S).

\*<14 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS E >14 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS\*: Critério de idade estabelecido para organização do fluxo de atendimento

\*AVALIAÇÃO CLÍNICA POR MEIO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: Critério definido para avaliação do nível e serviço de atendimento das crianças e adolescentes que vivendo com HIV.

\*OUTROS PONTOS DA REDE: Centro de Assistência Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Lar Acalanto, APAE'S.

ENCAMINHAMENTOS: Deverão ser realizados por meio de contato telefônico para o profissional de referência médico e/ou enfermeiro e mediante comunicação escrita e histórico clínico do paciente. TELEFONES PARA CONTATO: HUSM-Ambulatório de pediatria (55) 3220-8536, Casa Treze de Maio (55) 3223-7038.

- Início do Processo
- Evento intermediário
- Atividade ou tarefa
- Decisão
- Fim do processo

Fonte: elaborada pela autora, 2015.



Conjuntamente ao fluxograma os profissionais elaboraram sugestões para os principais órgãos, a instituição de ensino (UFSM), a gestão, e os profissionais que estão envolvidos na construção do fluxo de atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS para a exequibilidade da RAS.

Como responsabilidade da UFSM, os profissionais apontaram que a Universidade já promoveu um grande passo quando propôs discutir essa temática. Porém, é necessária sua divulgação na academia e na gestão, para daí sim, repassar para os outros pontos de atenção à saúde, por desenvolvimento profissional. Como sugestão, tem-se a marcação de uma reunião com o intuito de apresentar como foi construído o fluxo, mesmo sabendo-se o impacto que a participação dos profissionais gerou entre pares e nos serviços de saúde.

“[...] É que na verdade vocês já deram um grande passo que foi construir né. Ai depois de construído eu acho que é a divulgação, inclusive para diferentes cursos. Daqui a pouco dentro do CCS entregando nas coordenações uma cópia para os professores das políticas lá na formação, para saberem que isso existe, é uma maneira. Não precisaria todos os cursos, mas para a direção do CCS de repente, para repassar aos cursos. Só isso já seria uma grande coisa” [P8/ESF].

“[...] Acho que no município seria válido que a instituição realizasse essa reunião com a gestão” [P9/ESF].

“[...] Marcar uma reunião com os representantes da gestão e apresentar o fluxo para ver o que eles acham e o que não acham e explicar mostrar um como foi o processo do desenvolvimento do fluxo” [P8/ESF].

Grupo focal, sessão 4, 06/07/2015.

Assim, os profissionais discutiram que, após a reunião com a gestão, essa ficaria responsável em estar divulgando e repassando o fluxo nos pontos de atenção à saúde. Para isso, eles identificaram que na reunião seria importante estar presente um representante da gestão da Secretária de Saúde do Município, um representante do NEPES e as coordenadoras da política do HIV da criança e do adolescente.

“[...] Aí de repente o NEPES, puxa por região de saúde, serviço de tal região, até para facilitar porque daí vai para a coordenadora da região junto para responsabilizar todo mundo” [P9/ESF].

“[...] A partir daí a gestão assume, até porque agora a gente tem o NEPS para ajudar nesse sentido. Ai a coordenadora da política assume, a coordenadora da política da criança e do adolescente, de repente elas puxam” [P8/ESF].

“[...] Daí assim a própria gestão nesse momento, como vai ser repassado, ela tem que tomar essa decisão. Como é que ela quer que seja repassado” [P20/SE].

Grupo focal, sessão 4, 06/07/2015

Como outra responsabilidade da gestão, os profissionais enfatizaram a importância do acompanhamento e avaliação da exequibilidade do fluxo após sua implementação nos pontos de atenção.

“[...] Relembrar, redivulgar e daqui a pouco depois de um tempo fazer uma avaliação, estipula um tempo, a está implantado sei lá eu, a tanto tempo, como é que tá indo, o pessoal da casa treze, o pessoal do HUSM. Até porque assim aqui está muito claro que o encaminhamento tem que ser por contato e por escrito, aí as gurias do HUSM vão dizer olha ninguém nunca me ligou. Pera aí, o que está acontecendo dez pacientes novos aqui de Santa Maria e ninguém me ligou, então houve uma falha no processo, onde é que é, vamos ver. Isso aí até a gestão pode monitorar. Porque é uma das ações dentro das políticas ” [P8/ESF].

Grupo focal, sessão 4, 06/07/2015.

Somando com as responsabilidades da UFSM e da gestão, o diálogo no GF mostra que os profissionais que participaram das sessões assumiram como tarefa principal a sensibilização dos outros profissionais dos pontos de atenção.

“[...] É essa continuidade, da gente estar se corresponsabilizando nisso, de repente mais adiante sim fazer uma reunião com todos os serviços e mostrar” [P17/ESF].

“[...] Eu acho que a sensibilização que a gente está falando, tem que chamar as unidades básicas, tem que chamar o pessoal que tá envolvido nesse tratamento pra ver como está andando” [P12/ESF].

“[...] Eu acho também que essa questão, que é um momento de sensibilização da gente também enquanto esse contexto né, é comprometimento, corresponsabilidade, também na construção” [P17/ESF].

“[...] Este é o ideal, o que os profissionais, os colegas na unidade possam fazer esse tipo de acompanhamento, o monitoramento e se não está, tenta entrar em contato, fazer uma busca, uma sensibilização” [P17/ESF].

“[...] Eu acho que a sensibilização que a gente tá falando, tem que chamar as unidades básicas, tem que chamar o pessoal que tá envolvido nesse tratamento pra ver como tá andando” [P5/SE].

“[...] Eu acho que a gente também como profissionais pode ser multiplicadores, a gente tá dentro do serviço, a gente participou da construção” [P1/SE].

Grupo focal, sessão 4, 06/07/2015.

Percebe-se que os profissionais que participaram das sessões se sentem implicados e responsáveis no funcionamento do fluxo de atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV. Eles se autodenominaram multiplicadores, exercendo assim, um papel importante no seu ponto de atenção e na corresponsabilização de funcionamento entre todos

os profissionais para a organização de um modelo de RAS, algo importante e esperado a partir dos diálogos em um GF.

#### **4.4.3 Avaliação dos profissionais em relação às mudanças que a linha de cuidado poderá trazer para Santa Maria/RS**

Na última sessão, os participantes discutiram e avaliaram as mudanças que poderiam acontecer e as que já estavam acontecendo no Município após a proposta de estar discutindo acerca da constituição da RAS.

Observa-se na fala que segue a importância da construção da linha de cuidado para a transformação da atenção à saúde para uma perspectiva compartilhada focada nos princípios da RAS:

“[...] Mudança de um sistema que antes era fragmentado e agora se construiu uma mudança nos atendimentos e na forma de cuidado” [P9/ESF].

Grupo focal, sessão 4, 06/07/2015.

As discussões da reorganização da linha de cuidado culminaram em uma relação mais estreita entre os profissionais responsáveis pela atenção à saúde das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS. Identifica-se que as sessões proporcionaram vínculo entre os profissionais dos pontos de atenção.

“[...] A relação entre as pessoas que prestam atendimento de HIV e AIDS no município ficaram mais estreitas, que vai ser melhor agora, com mais liberdade de se comunicar” [P1/SE].

“[...] Foi bom ter contato e conhecer os profissionais dos diferentes setores envolvidos com esta clientela” [P20/SE].

Grupo focal, sessão 4, 06/07/2015.

Além do vínculo entre os profissionais, foi lembrada a importância de estar estabelecendo competências entre os órgãos envolvidos.

“[...] Mudou para melhor a visão do atendimento para essa população específica por causa das responsabilidades que foram gerenciadas” [P5/SE].

Grupo focal, sessão 4, 06/07/2015.

A definição das competências trouxe clareza para os profissionais na atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV. Esta organização proporcionou maior tranquilidade e segurança para transferências e cuidado compartilhado dessa população.

“[...] Clareza maior pra todas as pessoas e o beneficiado vai ser o paciente” [P1/SE].

“[...] Nós da casa treze, nós não tínhamos nem noção de como é que poderia fazer se chegasse para nós, quem “contactuar”, pra quem encaminhar. Se chegasse pra mim, como ela chegou pra mim” [P20/SE].

“[...] Porque agora para encaminhar os meus pacientes, eu vou ficar tranquila. Muito tranquila. Tranquilidade que a minha propria equipe no meu hospital não da” [P1/SE].

“[...] Sendo uma ferramenta essencial para cuidado e acolhimento dos mesmos. Inclusive nos deixa mais seguros em relação a referências e encaminhamentos” [P14/UBS].

“[...] Com a Rede de Atenção à saúde os atendimentos irão melhorar em organização e acessibilidade” [P5/SE].

“[...] O atendimento das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV será mais humanizado e organizado. Agora sabemos para onde e porque encaminhar cada paciente para casa tipo de atendimento” [P8/ESF].

Grupo focal, sessão 4, 06/07/2015.

Somando a isso, infere-se, a partir dos profissionais na definição da linha de cuidado, que estes sentem-se honrados e comprometidos. Que o modelo de RAS tem condições para funcionar adequadamente em Santa Maria/RS, pois existe sensibilização, responsabilidades, vontade de mudança e buscar por novos conhecimentos para a atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV.

“[...] Eu acho que tem tudo pra dar certo, acho que tem bastante dificuldade mas assim acho principalmente pelas pessoas que a gente tem de referência estarem comprometidas, entendeu? Porque sempre vai ter num lugar um outro alguém que ta mais e alguém que está menos mas quem são os serviços de referência? HUSM e casa treze e as gurias estão comprometidas. Então isso aí já faz uma diferença grande. Óbvio que a gente tem que vir da ponta com o mesmo comprometimento, mas as vezes é horrível quando tu tem uma situação na mão e tu está com o paciente ali e não sabe o que fazer com ele. Então agora a gente sabe o que fazer com ele e a medida que a gente for se articulando essa rede vai sendo construída, vai ser aos poucos, vai devagar mas vai acontecendo, como já está acontecendo agora né” [P1/SE].

“[...] Eu acho também que essa questão, que é um momento de sensibilização da gente também enquanto esse contexto é comprometimento, corresponsabilidade, também na construção” [P17/ESF].

“[...] E até porque querendo ou não a gente tendo o contato com esse tema a gente acaba se instigando para ler, para estudar, pra se aprofundar, pra se aprimorar e consequentemente pensa na nossa prática, no serviço como um todo porque em geral a gente tem N coisas pra fazer e aí essas oportunidades da gente parar e pensar uma temática específica nos proporciona isso, daqui a pouco a gente ta negligenciando coisas que não podem ser negligenciadas. Então isso nos ajuda a nos qualificar e tentar fazer de uma maneira melhor” [P1/SE].

“[...] Desejo que a mesma se concretize de forma integral e permanente, para que essas crianças e adolescentes se sintam acolhidas em qualquer parte da rede. E além de acolhidas, sejam cuidadas e que os serviços sejam resolutivos” [P14/UBS].

Grupo focal, sessão 4,06/07/2015.

Finaliza-se com o sentimento de mudança, de um modelo de atenção à saúde organizado com responsabilidade, pactuado com parcerias, que amplie o acesso ao atendimento a criança e adolescente vivendo com HIV, e que estes recebam uma atenção com base em suas necessidades de saúde, sendo compreendidos como usuário da RAS e não apenas vistos como uma “doença”.

## 5 DISCUSSÃO

A discussão aqui apresentada está dividida com base nos dois temas principais dos resultados: **Modelo de atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV centrado no serviço especializado** e **Constituição da Rede de Atenção à Saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV**.

### 5.1 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV CENTRADO NO SERVIÇO ESPECIALIZADO

Tradicionalmente, a saúde pública brasileira tem utilizado a classificação entre doenças transmissíveis e não transmissíveis. Essa tem sido utilizada pela epidemiologia, porém, considera-se essa divisão insuficiente para atender à organização da atenção à saúde da população. Os problemas de saúde pública que enfrentamos no Brasil estão mais próximos da lógica das condições crônicas. Entretanto, vivenciamos um modelo de atenção à saúde que está preparado para atender as condições agudas (MENDES, 2010).

O modelo de atenção às condições agudas tem prevalecido na atenção à saúde às pessoas vivendo com HIV. Historicamente, essa população vem realizando o seu acompanhamento de saúde em serviços especializados ou serviços hospitalares. Segue-se, portanto, um modelo centrado no enfrentamento e no controle da epidemia, impactando em discretas ações de prevenção, em uma atenção fragmentada, um diagnóstico tardio, frequentes internações hospitalares e elevado número de óbitos. Forma-se nos serviços de saúde, uma ilusória associação entre qualidade da atenção e insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas (SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2014).

Essa realidade foi apontada em um estudo na cidade de Ribeirão Preto/SP. As pessoas

vivendo com HIV são atendidas, majoritariamente, de forma centralizada em serviços especializados e hospitalares. Os usuários avaliaram as ações de saúde dessa cidade como regular. O atendimento de rotina, os exames laboratoriais, a disponibilização de antirretrovirais e vacinas tiveram uma avaliação satisfatória. Entretanto, a oferta de exames para prevenção e diagnóstico de comorbidades, a inexistência de grupos de apoio psicossocial e de medicamentos preventivos tiveram avaliação insatisfatória. Identifica-se um modelo de atenção à saúde com predomínio do enfoque biologicista, médico-centrado, no qual o controle clínico e o acesso à terapia antirretroviral constituem-se como o foco essencial da atenção, caracterizando as ações à saúde às pessoas vivendo com HIV de forma fragmentada (FIGUEIREDO et al.,2014).

A atenção à saúde às pessoas vivendo com HIV é, predominantemente, realizada em ambulatórios de especialidades, onde a atenção é organizada em torno da abordagem clínica individual. Os usuários recebem uma atenção à saúde que perpetua em um modelo de prática ultrapassado, comprometendo os princípios da integralidade, resultando na fragmentação da assistência. Esse modelo torna-se insuficiente para atender a complexidade do que é viver com HIV, tendo em vista que se trata de uma condição ainda estigmatizante, transmissível e incurável até o momento, com diversas repercussões psicossociais (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

Ao falar-se da deficiência da integralidade, devido à assistência fragmentada exercida pela atual atenção à saúde, é imprescindível abordar o seu conceito e o entendimento da sua importância para superar esse modelo centrado em especialidades. A integralidade constitui-se como um atributo essencial da APS e é definido como o leque de serviços disponíveis e prestados. São as ações que os serviços de saúde devem oferecer para que este usuário receba uma atenção integral, tanto no processo saúde e doença do usuário quanto na promoção, prevenção, cura e reabilitação (STARFIELD, 2002). Assim, ao falarmos que atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV é realizada de forma fragmentada, não exercendo os princípios da integralidade, estamos dizendo que o usuário não recebe a atenção de qualidade que deveria receber, pois concentra o seu acompanhamento de saúde em serviços especializados, em atendimentos individualizados e clínicos, e segundo o estudo realizado na cidade de Recife/PE, não há integralidade sem interdisciplinaridade e circulação de conhecimento entre os pontos de atenção (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

Observa-se que, em Santa Maria/RS, a atenção à saúde não é diferente. As crianças e os adolescentes vêm recebendo o atendimento de suas necessidades de saúde no serviço especializado. Nos resultados percebe-se que a centralização foi influenciada por aspectos

conceituais, estruturais e sociais, os quais impactaram no atual cenário vivenciado neste Município, considerando as percepções dos profissionais que atuam diretamente na atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV.

Dentre os aspectos conceituais, os participantes do estudo relataram que a atenção à saúde, majoritariamente centrada no serviço especializado, está associada com a cultura que os profissionais e usuários possuem, de que o HIV é uma doença complexa. Para os profissionais o atendimento precisa ser realizado apenas por especialistas e com a utilização de recursos tecnológicos. Este fato é descrito em um estudo quando os usuários afirmam que a atenção é mais adequada onde haja cuidados mais específicos da doença, ou seja, é no serviço especializado que existe a presença de recursos para o suprimento de suas necessidades em saúde (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA 2012).

Nesse sentido, resultado semelhante foi encontrado em outro estudo. Os usuários apontaram que eles não veem a necessidade de serem atendidos em outro local, pois no serviço especializado eles possuem a atenção necessária (FERREIRA; NICHATA, 2008). Quanto aos profissionais, estes mencionaram que a aids, por se tratar de uma doença incurável, é marcada por medo e angústia. Essas situações fizeram com que os órgãos públicos procurassem soluções para melhorar a atenção à saúde dessa população, conseqüentemente, criaram-se os serviços especializados, que tiveram diversos incentivos e financiamentos, sendo caracterizados como local de primeira instância para o atendimento (VILLARINHO; PADILHA, 2014).

Outra discussão abordada pelos profissionais, e que justifica a centralidade da atenção no serviço especializado em Santa Maria/RS, é o fato dos profissionais dos outros pontos não indagarem sobre o atendimento das crianças e adolescentes vivendo com HIV. O HUSM atende essa população, no entanto, os outros pontos de atenção à saúde, não foram tidos como responsáveis em promover a atenção à saúde a essa população.

Esse questionamento também é observado em outro estudo, em que os profissionais da APS referiram que o acompanhamento das pessoas vivendo com HIV é exclusivo dos serviços especializados. Nesse sentido, adesão, avaliação psicológica, diagnóstico, solicitação de exames são vistos como competências do serviço especializado, sendo a APS responsável apenas em prestar um “cuidado geral” para essa população (ZAMBENETTI; BOTH 2012). A centralização da atenção é decorrente da falta de conhecimento da forma de funcionamento dos serviços tanto dos profissionais da APS em relação ao SAE quanto dos profissionais do SAE em relação aos da APS (SILVA et al., 2008).

Ao falarmos desse acompanhamento exclusivo dos serviços especializados e do não questionamento dos outros pontos sobre a atenção à saúde desses usuários pelos participantes do estudo, estamos nos referindo à deficiência do atributo coordenação do cuidado na APS. Este é definido como a forma de dar continuidade do atendimento, seja pelo mesmo profissional ou a integração destes com profissionais dos outros serviços, com o intuito de promover um cuidado global do usuário (STARFIELD, 2002). Essa deficiência também foi abordada em outro estudo na cidade de Ribeirão Preto/ SP, no qual as pessoas vivendo com HIV relataram que apesar dos avanços terapêuticos e do manejo da infecção, a atenção à saúde possui fragilidades relacionadas à coordenação das ações nos pontos de atenção à saúde (LOPES et al., 2014).

Conjuntamente, outro questionamento que dificulta a coordenação da atenção à saúde desses usuários e a centralidade no serviço especializado é o desconhecimento da APS em relação às crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS. Os profissionais não os identificam em seu território e assim, não realizam atendimento para essa população em seu serviço. As pessoas vivendo com HIV podem ter as suas necessidades de saúde atendidas pela APS, em particular pela ESF, porém identifica-se que a baixa cobertura de ESF, como apresentado na cidade de Ribeirão Preto, que é de 14,22%, pode justificar o motivo pela qual a maioria dessa população não utiliza ou até desconhece esse serviço (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA 2012).

Quanto aos aspectos estruturais, estes foram subdivididos em gestão, físico e de pessoal. Como aspecto estrutural de gestão tem-se a superlotação do serviço especializado, o atendimento para além da demanda dos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, o desafio de não ter um serviço especializado no atendimento ao HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, bem como a inexistência de transferências entre os pontos de atenção. Estes aspectos são situações que justificam o atendimento para essa população exclusivo no serviço especializado e a inexistência da coordenação da atenção.

O serviço especializado superlotado também é observado em outra cidade do interior do Rio Grande do Sul. Esse realiza atendimento para 95% da população de HIV (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015). A inexistência de transferências entre especialistas e os serviços que deveriam atender a clientela acometida pelo HIV também foram abordadas em outro estudo realizado na cidade de Fortaleza/CE. Ali, os serviços funcionam por meio de lógicas de organização diferentes, não havendo articulação da atenção à saúde a essa população entre os pontos (OLIVEIRA et al., 2012).

Nesse sentido, os profissionais dos pontos de atenção à saúde relataram acerca da dificuldade de ter um retorno do usuário quando este foi transferido para algum ponto de sua cidade de origem ou de algum serviço de APS de Santa Maria/RS. Os profissionais da APS mencionaram que é difícil receber essa transferência ou até mesmo identificar que esse usuário foi transferido para a sua unidade devido à inexistência de um sistema informatizado. Essa realidade também foi percebida na cidade de Ribeirão Preto/SP. As transferências entre os serviços foram consideradas insatisfatórias. A discussão dos possíveis pontos de atenção em caso da necessidade de encaminhamento, o recebimento do guia de contrarreferência, a discussão dos resultados da consulta com os outros pontos tiveram avaliações insuficientes (LOPES et al, 2014).

Diante disso, observa-se a deficiência do atributo coordenação na atenção às pessoas vivendo com HIV. A superlotação de apenas um ponto de atenção e a inexistência de transferências entre este e os demais mostram a limitação deste atributo no município de Santa Maria/RS. Essa dificuldade também é abordada no estudo na cidade de Recife/PE, quando os profissionais afirmam que uma das maiores fragilidades assistenciais das pessoas vivendo com HIV é decorrente do trabalho fragmentado das equipes de saúde e da ineficiência das transferências como parte do processo de integração e coordenação das ações pelos pontos de atenção à saúde (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

A superlotação no ponto de atenção especializado também é influenciada por aspectos estruturais físicos. Os profissionais relataram que uma das situações que fazem com que o atendimento fique deficitário e centrado em especialidades é o limite estrutural de alguns serviços. Eles se sentem trabalhando em um local limitado para promover um atendimento de qualidade. As dificuldades relativas à estrutura e aos recursos materiais/humanos, como o de infraestrutura, é apontado como um fator que dificulta a atenção à saúde dessa população (LIMA et al., 2011). Essa situação é expressa por serviços de atendimento às pessoas vivendo com HIV, que relatam não ter espaço adequado para proporcionar privacidade e conforto para essa população (CARVALHO et al., 2014).

Os aspectos estruturais e de pessoal estão relacionados com a falta de profissionais especialistas, ou seja, infectologistas pediatras, a falta de profissionais no quadro efetivo dos serviços de APS, bem como a falta de capacitação desses profissionais em estarem prestando a atenção a essa população. Quanto à falta de profissionais especialistas esta é uma das dificuldades que o modelo de saúde enfrenta para o desenvolvimento de uma atenção com base nos atributos integralidade e coordenação (MESQUITA; TORRES, 2013). Em relação à

falta de capacitação dos profissionais, os estudos mostram que isso ocorre nos serviços de saúde (ZAMBENETTI; BOTH 2012).

Os profissionais da APS não se sentem preparados para atender a demanda dessa população, e isso é retratado quando a APS não consegue dar conta no atendimento, bem como no acompanhamento do diagnóstico dessa população (FERREIRA; SILVA, 2012). A falta de profissionais pode ser justificada pela alta rotatividade, o que prejudica a longitudinalidade na APS além de exigir que mais recursos públicos sejam gastos na contratação, na capacitação e preparação dos novos profissionais (GONÇALVES, 2014). Além disso, entre os profissionais da APS não há um consenso de que essa população pertence ao seu campo de atuação. Isto reaparece em questões que, teoricamente, já deveriam ter sido superadas, como a implantação do teste rápido (MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2014).

Ao falarmos acerca da longitudinalidade, estamos nos referindo a outro atributo essencial da APS. Caracteriza-se como a existência de uma atenção à saúde contínua, de relação intensa e de confiança entre profissionais e usuários (STARFIELD, 2002). A falta de profissionais e a alta rotatividade dificultam o vínculo desse usuário com o ponto de atenção. Essa dificuldade também foi identificada em um estudo que apontou que as diversas formas de contrato dos profissionais (efetivo, temporário, residentes) e, conseqüentemente, o não acompanhamento do usuário pelo mesmo profissional, interfere negativamente na longitudinalidade da atenção (GHIGGI; BARRETO; FAJARDO, 2014).

A centralidade no serviço especializado também é influenciada por aspectos sociais. Os participantes debateram a respeito do estigma que o próprio usuário se coloca, do preconceito que este ainda enfrenta e da questão ética existente entre profissionais e a população. Em relação ao estigma nota-se que ainda há resistência do usuário em revelar a sua condição sorológica para o profissional do serviço de sua comunidade/território. O usuário vivendo com HIV não revela a sua condição sorológica por medo de sua exposição na comunidade, optando, assim, por serviços especializados distantes de seu convívio social (NAVARRO et al., 2011).

Em relação às questões éticas, para os profissionais, isso também é um desafio que precisa ser superado. Ainda se tem dificuldade do entendimento do HIV como uma condição crônica de saúde e da importância de respeitar o sigilo do diagnóstico no local de atendimento. A falta de confiança dos usuários nos profissionais da APS em relação ao sigilo de sua condição sorológica também é determinante para preferência pelo serviço especializado (DANTAS et al., 2015).

Chega-se em um momento em que é preciso organizar a atenção à saúde dessa população. Sabe-se que são muitos desafios conceituais, estruturais e sociais que precisam ser superados para transformar esse modelo centrado em especialidades. É preciso descentralizar o cuidado das crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS e compartilhá-lo com a APS, promovendo um atendimento que contemple os atributos e redirecione suas ações para o desenvolvimento da RAS.

Os atributos da APS são identificados como os eixos essenciais e estruturantes no processo de organização de uma atenção à saúde de qualidade (CHOMATAS et al., 2013). No decorrer do texto explicou-se a respeito dos atributos essenciais da integralidade, longitudinalidade e coordenação. Somando a esses, ainda existe o atributo essencial acesso e os derivados, como orientação familiar, comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, a proposta do acompanhamento da APS às pessoas vivendo com HIV com base na qualidade dos atributos, conjuntamente com a concepção do HIV como uma doença crônica, de caráter potencialmente controlável, vem sendo a solução para melhorar essa atenção à saúde (REIS et al., 2011). A descentralização promoverá uma mudança de um modelo de atenção não mais baseado na oferta de serviços e procedimentos, mas centrado na necessidade dos usuários e no seu contexto de vida. A APS é a chave para promover a integralidade e a coordenação da atenção à saúde, além de ter a capacidade de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde dessa população (SES, 2014).

## 5.2 CONSTITUIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV

As necessidades de saúde da população brasileira vêm se alterando. Isso é decorrente das mudanças demográficas, do envelhecimento da população, bem como da ampliação da prevalência das condições crônicas. Esse aumento das condições crônicas está relacionado com a expansão da sobrevivência das populações, que é decorrente dos investimentos científicos e tecnológicos no setor saúde, conjuntamente com o aumento das doenças infectocontagiosas e das causas externas. Assim, forma-se um quadro epidemiológico complexo, cujo enfrentamento necessita de mudanças no SUS (LAVRAS, 2011).

O SUS está preparado para atender as condições agudas. A organização da atenção à saúde configura-se em um cenário de fragmentação dos serviços, dos programas, das ações e

práticas clínicas. Com isso, aponta-se a necessidade de organizar a atenção com o fortalecimento das ações sobre as condições crônicas (BRASIL, 2012b).

A solução está em restabelecer um modelo de saúde adequado para atender as mudanças. Com a regulamentação da Lei 8.080/90 pelo Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011d), inaugura-se uma nova fase que permite superar o modelo de saúde vigente fragmentado e hierarquizado por meio da implementação da RAS no âmbito do SUS (MENDES; 2011).

As RAS são conceituadas como organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ações cooperativas e interdependentes. Tem como principal intuito ofertar uma atenção à saúde para uma determinada população de forma contínua, integral e coordenada pela APS (MENDES, 2011). A RAS oferece condição estruturalmente mais adequada para a efetivação da integralidade da atenção, para a redução dos custos e para uma maior organização dos recursos (SILVA, 2011).

Nesse sentido, os estudos trazem que um modelo de atenção à saúde que é coordenado pela APS é mais efetivo para a população, apresenta custos menores e é mais equitativo, mesmo sabendo-se da existência de iniquidades sociais (STARFIELD, 2002). Porém, a implementação de um modelo de atenção à saúde pautado em atributos como acesso de primeiro contato, vínculo longitudinal, integralidade da atenção e coordenação do cuidado, não é um processo simples. Este modelo, pautado nos princípios da RAS, desvela desafios conceituais e novos modos de operar que envolvem os trabalhadores, gestores e usuários (CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014).

Assim, nessa proposta de reorganização do modelo de atenção, reflete-se acerca da população de crianças e adolescentes vivendo com HIV. A RAS aparece, como a solução para descentralizar e organizar a atenção à saúde dessa população para além da atenção secundária e terciária (SES, 2014). A descentralização vem sendo amplamente discutida no Brasil. A política vem investindo anualmente cerca de R\$124 milhões, sendo 10% desse valor obrigatoriamente repassados aos municípios com o objetivo de promover a integração dos cuidados e uma atenção à saúde de qualidade aos usuários (LIMA et al., 2011).

Uma atenção de qualidade refere-se ao quanto as necessidades de saúde da população estão sendo atendidas pelos serviços de saúde. Os serviços de alta qualidade consideram a consciência dos problemas de saúde da população, e não apenas a adequação do seu serviço para o manejo e controle da doença, mas a satisfação do usuário, os custos da atenção e a qualificação dos profissionais (STARFIELD, 2002). Assim, para melhorar a qualidade da

atenção à saúde, se faz necessário solucionar a lacuna do cuidado centralizado em especialidades de modo a promover melhorias na estrutura e no desempenho das ações oferecidas (FURTADO et al., 2013).

A efetivação da qualidade está relacionada com a necessidade da população e o serviço oferecido, visando produzir resultados confiáveis e que possam contribuir na reorganização da ação desejada (STARFIELD, 2002). Dessa forma assume-se, que para promover a qualidade da atenção à saúde da população de crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS, os profissionais deste estudo debateram como poderia se dar esse novo caminho para promover a descentralização da atenção à saúde.

Esse novo caminho pode ser chamado de linha de cuidado. Esta é uma ferramenta essencial na organização da RAS, pois se propõem a identificar os múltiplos percursos possíveis do cuidado. Constituem como estratégia de articulação de recursos e práticas de saúde entre os serviços visando à condução adequada das possibilidades de respostas das necessidades de saúde dos usuários (OPAS, 2011). Por meio dela, é possível conhecer a singularidade do usuário, os fatores determinantes do seu processo saúde-doença, desenvolver um olhar ampliado e individualizado, bem como proporcionar um acompanhamento longitudinal. A linha de cuidado proporciona desenhar uma atenção à saúde de qualidade para essa população com base nas necessidades do usuário (MARINHO et al., 2011).

A efetivação da linha de cuidado tem como primeira instância a pactuação entre todos os órgãos envolvidos (SES, 2014). Essas pactuações são definidas como os “nós” da RAS (RANDOW et al., 2011). Nesta perspectiva, as discussões da constituição da RAS de crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS seguem esta lógica. Definiram-se os nós como as atribuições de cada ponto, a organização e pactuação entre os órgãos envolvidos e de como deve ser feito esse atendimento centrado na necessidade do usuário e compartilhado entre os pontos da RAS.

Para organizar o modelo de atenção e descentralizar o atendimento no serviço especializado, os profissionais refletiram que o primeiro nó para organizar essa atenção à saúde seria a definição das competências dos serviços para a atenção à saúde dessa população. Na organização da linha de cuidado das pessoas vivendo com HIV em Porto Alegre/RS observa-se que também utilizou a definição das competências para nortear a linha de cuidado (SES, 2014).

Como primeira definição tem-se a do serviço especializado. Em Santa Maria/RS, o HUSM, foi autodenominado como um serviço que presta atendimento terciário. No Brasil, o trabalho de todos os serviços especializados em HIV é norteadado pelas mesmas diretrizes, com

a mesma denominação, porém com arranjos organizacionais diversos (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012). O serviço especializado é caracterizado como uma unidade assistencial de caráter ambulatorial que tem como objetivo realizar ações de assistência, prevenção e tratamento para pessoas vivendo com HIV. Atuam por meio de uma equipe multiprofissional mínima, constituída por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros (BRASIL, 2015).

Em relação ao centro de testagem e aconselhamento, denominado de Casa Treze de Maio, foi autodenominado como um serviço especializado no diagnóstico, testagem, aconselhamento, avaliação e tratamento. O CTA constitui-se como um espaço de acolhimento e prevenção, principalmente para seguimentos de populações mais vulneráveis (SES-RS, 2014).

Quanto a APS, está foi definida como o ponto de atenção que tem o papel de acolhimento dos usuários com responsabilização para o cuidado integral da saúde por meio da prevenção, promoção e educação em saúde. Assim, os serviços de APS devem ser estruturados para exercer seu papel de coordenadora do cuidado, como a principal porta de acesso do usuário. A APS deve possibilitar ao usuário um cuidado integral, envolvendo ações de promoção, prevenção, cuidado e reabilitação das condições de saúde (SES-RS, 2014).

Somando com as discussões das competências dos pontos de atenção, os profissionais refletiram o quanto é importante o entendimento de que as crianças e os adolescentes vivendo com HIV podem fazer o acompanhamento de sua saúde na APS, e de que eles não precisam ir a cada situação ou problema de saúde no serviço especializado. As necessidades da população vivendo com HIV devem ser detectadas da mesma forma como fazem os profissionais com os demais usuários. O cuidado não deve ser diferente, deve ser prestado da mesma maneira, e ser capaz de resolver as necessidades de saúde (FORMOZO; OLIVEIRA, 2010).

A definição das competências e atribuições entre os órgãos envolvidos está relacionada com a compreensão dos profissionais a respeito da importância da interdependência e complementaridade entre os pontos da RAS. Esta é responsável por garantir a integralidade da atenção à saúde desses usuários, bem como promover a articulação entre os mesmos (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011). A criação de parcerias intersetoriais e interdisciplinares propiciam, também, um cuidado de qualidade e resolutivo ao usuário (ANDRADE et al., 2013).

Como segundo nó para a constituição da RAS e da linha de cuidado de crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS, tem-se a articulação dos pontos de atenção à saúde. Em primeira instância os profissionais definiram que os atendimentos nos

pontos de atenção à saúde seriam organizados conforme a idade da população. Definiu-se que a população menor de 14 anos, 11 meses e 29 dias ficaria sob a responsabilidade do HUSM e a população maior de 14 anos, 11 meses e 29 dias ficaria sob o atendimento da Casa Treze de Maio.

A articulação dos pontos de atenção à saúde reforça um dos fundamentos da RAS, a integração vertical, que consiste na articulação de diversos serviços de saúde que são responsáveis por ações de natureza diferente e que no fim se complementam. Só assim será possível ter resolutividade e qualidade na atenção à saúde da população (BRASIL, 2010e).

Como terceiro nó da RAS de crianças e adolescentes vivendo com HIV, discutido entre os profissionais, surge a necessidade de estar compartilhando esse atendimento com a APS. O entendimento de que essa população também é de responsabilidade da APS foi o fator essencial na definição de uma estratégia eficiente para dar início a esse cuidado compartilhado. Assim, chegou-se a alternativa que estratificação de risco seria a mais efetiva.

A estratificação de risco também foi utilizada nos estudos na organização da linha de cuidado de Porto Alegre para a definição dos pontos mais adequados para o cuidado. Neste, foi abordado que a estratificação de risco proporciona um acompanhamento mais eficiente, compartilhado com a APS e com matriciamento periódico e contínuo pelo serviço especializado (SES-RS, 2014). A estratificação de risco é um processo que identifica grupos ou estrato de risco relacionados a determinada condição de saúde, levando em consideração a severidade e a capacidade de autocuidado (MENDES, 2012).

No estado do Rio de Janeiro, a estratificação de risco também foi utilizada. As crianças e os adolescentes vivendo com HIV que apresentam condições de acompanhamento na APS, com quadro clínico estável, foram atendidas nesses serviços com acompanhamento periódico dos outros pontos de atenção à saúde, bem como foram avaliadas as necessidades desse usuário usufruir da atenção especializada (SES-RJ, 2013).

A relevância em compartilhar o cuidado nos pontos da RAS também foi enfatizada pelos profissionais em um estudo na cidade de Belo Horizonte/MG. Ao trabalhar em conjunto, de forma complementar e solidária entre os serviços, é possível ter uma perspectiva dos princípios da RAS e da descentralização da atenção (ANDRADE et al., 2013).

O quarto nó para a constituição da RAS de crianças e adolescentes foi caracterizado como aquelas pactuações de algumas ações que se fazem necessárias para a efetivação da RAS. Dentre elas, a importância das transferências dos usuários entre os pontos de atenção à saúde, contato verbal por meio do telefonema para facilitar a coordenação do cuidado, busca ativa e monitorização da população no território da APS, ter um registro do paciente nos

serviços, haver um profissional de referência nos serviços e ter um instrumento de transferência com o histórico do usuário quando este é transferido para outro ponto de atenção.

Na cidade de Salvador/BA, o estudo destaca o quanto é importante essa pactuação entre os órgãos envolvidos, quando a existência de dificuldade de prestar a continuidade do cuidado devido à falta de comunicação entre os serviços e pelo desconhecimento dos profissionais a respeito da rede de transferências entre os pontos pode inibir a RAS (MARINHO et al., 2011). Para promover a articulação entre os serviços, outro estudo trouxe que a utilização de um instrumento formal – um formulário – e a ligação telefônica, são de importância para o funcionamento da RAS (PAES et al., 2013).

Em um estudo realizado na cidade de Belo Horizonte/ MG, profissionais afirmaram que a transferência não é uma prática comum e que os motivos para a sua não realização estão relacionados com a vinculação histórica do usuário na atenção especializada, o isolamento dos profissionais dos pontos, a desqualificação do trabalho do generalista e as dificuldades de registro dos dados do usuário (ALMEIDA et al., 2013).

Entretanto, os profissionais em nosso estudo relataram que, para superar essas dificuldades e efetivar a linha de cuidado, se fazem necessários a presença e organização do fluxo nos pontos de atenção à saúde. Percebe-se que, ao identificarem a necessidade do fluxo, os profissionais reforçaram que este fará com que os pontos apresentem-se corresponsáveis pelo atendimento das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV. A presença e a organização do fluxo favorece o acesso dos usuários aos pontos de atenção à saúde, como também, o trânsito livre e organizado de acordo com as necessidades do usuário (SES-RJ, 2013).

Outro resultado de estudo traz que os profissionais percebem a RAS como uma configuração necessária para assegurar uma atenção à saúde de qualidade e equânime. Para eles a RAS é algo que veio a somar positivamente, é por meio dela que é possível ter uma ligação entre uma série de órgãos envolvidos e que trabalham mutuamente. No depoimento de um profissional, a RAS é uma estratégia para efetivar o intercâmbio de experiências e conhecimentos entre os pontos de atenção à saúde (ANDRADE et al., 2013).

Nesse sentido, a RAS configura-se como a estratégia mais eficaz para proporcionar a qualidade da atenção à saúde dessa população. Por meio da qual é possível aperfeiçoar os atributos da APS, bem como seus aspectos de estrutura e desempenho. Destaca-se que a RAS promoverá a qualidade por meio da compreensão da dinâmica do processo saúde-doença e

dos determinantes de saúde da sua população, além da participação do usuário nas ações de promoção e prevenção da sua saúde. Assim, configura-se como um modelo organizacional adequado, promotor de equidade e integralidade e capacidade de proporcionar acesso às necessidades da população (BRITO et al., 2013; RABELLO et al., 2013).

Do exposto na literatura, os estudos trazem a efetivação da RAS por meio das linhas de cuidado, e, conseqüentemente, a qualificação da atenção à saúde dos usuários está em franca consolidação em seu processo de implantação. Ainda é necessário investimento para produzir mudanças significativas nos serviços de saúde e novas práticas voltadas para uma atenção de qualidade. Dessa forma, a integração entre ensino, pesquisa, serviço e formação compartilhada com a equipe multiprofissional é uma estratégia eficiente para fomentar mudanças nesse modelo de atenção à saúde (MARINHO et al., 2011).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados desse estudo apontam perspectivas de mudança para a constituição da RAS de crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS. As discussões proporcionaram o entendimento de que essa população vem recebendo a sua atenção à saúde com base em um modelo fragmentado com predomínio de ações curativas, centradas no enfrentamento e controle da epidemia, no atendimento clínico e em consultas especializadas. Em relação a esse modelo centrado, majoritariamente, em especialidades, encontrou-se, nesse estudo, a influência de aspectos conceituais, estruturais e sociais.

Os aspectos conceituais abordaram que os usuários e profissionais apresentam uma cultura de que só o serviço especializado é capaz de suprir as demandas de acompanhamento em saúde, pois consideram a aids uma doença que necessita de recursos tecnológicos e de especialistas. Os outros pontos de atenção à saúde não questionam a respeito desse atendimento e não se sentem corresponsáveis por essa população, conseqüentemente, não identificam quem são as crianças e adolescentes vivendo com HIV em seu território.

Quanto aos estruturais, contemplaram aspectos da gestão, físicos e de pessoal. Da gestão, mostraram a superlotação do serviço especializado, com limites relacionados à continuidade da atenção, bem como, a dificuldade de transferir esse usuário para outro ponto de atenção. O serviço especializado absorve para além da demanda de crianças e adolescentes vivendo com HIV da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, e vivencia a dificuldade de proporcionar uma atenção compartilhada com os outros pontos.

Os aspectos estruturais físicos estão relacionados com o limite de estrutura que o Município enfrenta para prestar uma atenção de qualidade às crianças e adolescentes vivendo com HIV. Dessa maneira, em relação aos aspectos de pessoal, enfrenta-se a dificuldade de ter profissionais no quadro efetivo do Município, tanto no serviço especializado quanto na APS, que atua com equipes mínimas de saúde.

Esse estudo também apresentou aspectos sociais que situam o modelo de atenção à saúde centrado em especialidades. Aponta-se que o estigma, o preconceito e as questões éticas ainda são presentes no dia a dia das pessoas vivendo com HIV. Eles não se sentem preparados em estar revelando a sua condição sorológica para os profissionais dos outros pontos de atenção à saúde por medo do preconceito e de serem reconhecidos e julgados em sua comunidade.

Pode-se perceber que são muitos os aspectos que influenciaram essa atenção à saúde centrada no serviço especializado em Santa Maria/RS. Entretanto, a tentativa de reorganizar esse modelo proporcionou discussões para descentralizar essa atenção à saúde. Como resposta, o grupo de profissionais propôs a organização da linha de cuidado das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV com o redirecionamento de suas ações para o desenvolvimento da RAS.

A organização da linha de cuidado e a criação do fluxo de atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV é a chave para promover uma atenção à saúde de qualidade a essa população. Assim, acredita-se que este estudo auxiliará nas articulações entre os pontos de atenção, ou seja, na coordenação do cuidado, na construção de um caminho mais acessível, conectado, com relações mais estreitas entre os profissionais responsáveis pelas crianças e adolescentes vivendo com HIV.

No contexto do HIV, a RAS traz a possibilidade de tornar a atenção à saúde dessa população sustentável, com mais recursos, com a oportunidade de proporcionar e resolução das necessidades de saúde nos diversos pontos. Configura-se como a estratégia para favorecer um acesso ampliado desse usuário para as ações de promoção, prevenção, reabilitação, além de implicar no fortalecimento do vínculo com os profissionais de referência do seu território e matriciamento do serviço especializado.

Para isso, é necessário investimento dos órgãos envolvidos. Estes tem como responsabilidade disponibilizar recursos que alimentam o funcionamento, avaliar a exequibilidade do fluxo, garantir as transferências entre o serviço especializado e a APS, bem como assegurar o acompanhamento de saúde do usuário com base em relações que vão além da clínica tradicional.

Com o presente estudo pode-se afirmar que a estruturação da RAS está em construção, porém ainda apresenta lacunas no que diz respeito à superação de práticas fragmentadas pelos profissionais. A RAS apresenta-se como uma estratégia organizacional ainda não consolidada nos pontos de atenção, muitas vezes, pela fragilidade que seus profissionais enfrentam de se complementarem e da forma como se organizam para fornecer a atenção à saúde dessa população. Entretanto, trabalhar em rede poderá proporcionar uma tentativa de reorganização entre todos os órgãos envolvidos e possibilitar a construção de uma atenção à saúde de qualidade para crianças e adolescentes vivendo com HIV.

Apona-se a importância do desenvolvimento da presente pesquisa para o ensino, pesquisa e assistência à saúde. No ensino, destaca-se a possibilidade de ampliar as discussões a respeito da atenção à saúde dessa população, bem como enfatizar o quanto a teoria com a prática se tornam aliadas na construção e reconstrução de práticas. Enfatiza-se que a articulação entre universidade e assistência proporcionou a visibilidade de construção conjunta do conhecimento e a compreensão de papéis para a formação de uma rede de apoio para a atenção à saúde dessa população.

Na pesquisa, a possibilidade de mostrar aos pesquisadores o quanto é importante a parceria entre ensino-pesquisa-serviço foi notória. Esta poderá proporcionar a resolução das necessidades da política municipal de saúde, bem como o aprofundamento de que estamos enfrentando no Brasil, um quadro epidemiológico que necessita de mudanças no SUS. Apona-se a importância da utilização da técnica de grupo focal para o desenvolvimento de pesquisas com grupos, bem como, o seu êxito em estudos que propõem a compreensão de experiências e transformação da realidade. Considera-se a necessidade de dar continuidade nesse estudo e a possibilidade deste servir como modelo para outros estudos que objetivem organizar a atenção à saúde de outros usuários em outros contextos.

E ainda, para a assistência, principalmente na cidade de Santa Maria/RS, espera-se contribuir com a qualidade da atenção por meio da melhoria do acesso, atendimento integral e longitudinal, coordenado, com participação familiar e comunitária. Finaliza-se com o sentimento de mudança de um modelo fragmentado por uma atenção à saúde organizada com responsabilidades, com integração entre os pontos de atenção, com o entendimento do HIV como uma condição crônica de saúde que pode e deve ser acompanhado na RAS como crianças ou adolescentes, e não apenas como um usuário que vive com uma doença.

## REFERENCIAS

ABDALLA F.T.M.; NICHATA L.Y.I. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. **Saúde Soc.** v.17, n.2, p.140-52,2008.

AFFELDT,A.B; SILVEIRA,M.F; BARCELOS,R.S.Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v 24, n.1, p.79-86, 2015.

ALBUQUERQUE H.C.; MENDES E.V. Las redes de atención a la salud en Janauba, Minas Gerais, Brasil: El caso de la red Viva Vida. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**,v.1, n.2,p. 1-6,2009

ALMEIDA, P. F et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, v 37, n. 98, p. 400-15, 2013.

ANDRADE, A.M et al.Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev Gaúcha Enferm**, v.34, n.1, p. 111-117, 2013.

BALBO, P. L. et al. Caracterização dos cuidadores de crianças HIV+/AIDS abordando a qualidade de vida, a classificação socioeconômica e temas relacionados à saúde bucal. **Ciênc. saúde coletiva**. v.12, n.5, p.1301-1307, 2007.

BARRETT, G.; VICTOR, C. R. 'We just want to be a normal family. Pediatric HIV/AIDS services at an inner-London teaching hospital. **AIDS Care**, v.6, n.4, p.423-33, 1994.

BARROS, C. et al. Avaliação das variáveis de força muscular, agilidade e composição corporal em crianças vivendo com HIV/AIDS. **Rev. bras. ciênc mov**, v14, n.4, p.:47-54, 2006.

BASTA, P.C. As pestes do Século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história Comparada. Nascimento DR. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 196 pp. [Resenha Book Reviews] **Cad Saúde Pública**, v 22, n.2, p. 456-8, 2006.

BERNABEI R, et al. Randomized trial of impact of integrated care and case management of older people living in the community.**BMJ**,v 27,p 316:23, 1998.

BORGES,M.J.L; SAMPAIO, A.S; GURGEL, I.G.D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v17, n.1, p.147-156, 2012.

BOTENE, D.Z.A et al. Implicações do uso da terapia antirretroviral no modo de viver de crianças com Aids. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v 45, n.1, p.108-115,2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. PROSAD. **Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, Nov.,1989, 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. 3.<sup>a</sup> edição 2.<sup>a</sup> reimpressão. São Paulo: Cortez, 1990. 181p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 1v, 2v, 3v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Média Complexidade Ambulatorial. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal**. 1. ed., 2.<sup>a</sup> reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 90 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: curso de capacitação: introdução: módulo 1. 2. ed. rev., 1.<sup>a</sup> reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 32 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c. 80 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília, 2004. 306p. (Serie B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: MS; 2005a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Jovem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006 a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem**. Brasília, 2006b.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Diretrizes Operacionais. v1.Brasília 2006c. (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde.**Regulamento Pactos pela Vida e de Gestão**. v2 Brasília. 2006 d. ( Série Pactos Pela Saúde 2006d)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília (DF): MS; 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, 2007b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV**. Brasília, 2009. 200p. (Série Manuais, n. 85).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes**. Brasília, 2010a. 172p. (Série Manuais, n. 46).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 128p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série ODM Saúde Brasil; v. IV).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: MS; 2010c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010e.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde**: CONASS, 2010f.108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 80 p. (Série I. História da Saúde).

BRASIL. **Portaria N. 1.459, de 24 de junho de 2011b** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de out. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011d**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso em: out.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012a**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília; MS; 2012b.

BRASIL. Ministerio da Saude. Secretaria de Atencao a Saude. Departamento de Atencao Basica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento** / Ministerio da Saude. Secretaria de Atencao a Saude. Departamento de Atencao Basica. – Brasilia : Ministerio da Saude, 2012c. 272 p.: il. – (Cadernos de Atencao Basica, no 33)

BRASIL. Ministério de Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes**. Brasília; MS; 2014 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de boas práticas de HIV/aids na atenção básica**. Brasília; MS; 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Ano IV nº 01. Brasília; 2015  
Extraído de [[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim\\_aids\\_11\\_2\\_015\\_web\\_pdf\\_19105.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2_015_web_pdf_19105.pdf)], acesso em:15/12/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS**. Extraído de [[http://www.AIDS.gov.br/tipo\\_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivAIDS](http://www.AIDS.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivAIDS)], acesso em [10 de novembro de 2015].

BRITO, A.M, CASTILHO EA, SZWARCOWALD CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev Soc Bras Med Trop**, v 34, n.2, p. 207-17, 2000.

BRITO; M.J.M et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc Anna Nery** (impr.), v17, n.4, p.603 – 610, 2013.

BROWN, L. K.; LOURIE, K. J. Children and adolescents living with HIV and AIDS: A review. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v.41, p.81-96, 2000.

BUBADUÉ, R.M et al. Vulnerabilidade ao adoecimento de crianças com hiv/aids em transição da infância para a adolescência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**; v17, n.4, p. 712-712, 2013.

CABRAL, IE. **Políticas públicas e programas de saúde direcionados à infância e à adolescência**. PROENF Saúde da criança e do adolescente, v 1, n.3, p. 9-26, 2007.

CAMPOS, J.A.D.B. et al. Reprodutibilidade de uma escala odontológica proposta como indicador de saúde bucal em crianças e adolescentes HIV+/SIDA. **Ciênc. saúde coletiva**, v15, n.4, p.2181-87, 2010.

CANDIANI, TALITAH M. S. Impact of highly active antiretroviral therapy (HAART) on the incidence of opportunistic infections, hospitalizations and mortality among children and adolescents living with HIV/AIDS in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cad. saúde pública**, v 23, n.3, p.414-23, 2007.

CARVALHO, P.P et al. Percepções do portador de HIV/AIDS sobre sua assistência em um serviço especializado em Caxias – **MA.R. Interd**, v. 7, n. 2, p. 79-84, 2014.

CASANOVA, A.O; TEIXEIRA, M.B; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS- Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**,v 19, n.11, p.:4417-26, 2014

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.

CHOMATAS, E et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v 8, n. 29, p.294-303, 2013.

COSTA, J. S. D.; VICTORA, C. G. O que é “um problema de saúde pública”? **R. Bras. Epidemiol**, v.9, n.1, p. 144-51, 2006.

COSTA LS. et al. Validação e reprodutibilidade de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento antirretroviral em pais ou cuidadores de crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS. **J Pediatria**, v.84, n.1, p.41-6, 2008.

CUNHA G.H; GALVÃO M.T.G. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em assistência ambulatorial. **Acta paul. enferm.**, v 23, n.4, p.526-32, 2010 [acessado em 17 de setembro de 2015]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400013)

DALL’AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

DALL’AGNOL, C. M. et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v 33, n. 1, p. 186-90, 2012.

DANTAS,M.S et al.HIV/AIDS: significados atribuídos por homens trabalhadores da saúde.**Revista de Enfermagem Anna Nery**, v 19, n.2,p. 323-30, 2015.

DESLANDES, S.F et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**.Petrópolis, RJ: Vozes, 24ª, 1994.

DORNELAS, S.K.L. et al. Manifestações Orofaciais e sua Correlação com a Classificação Clínica e Imunológica em Crianças Infectadas pelo HIV em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr**;8(2):179-183, maio-ago. 2008.

DRUMMOND, I. et al. Os conhecimentos e percepções de crianças HIV positivas e de seus pais ou responsáveis sobre AIDS. **Psicol.estud**;13(4):827-835, Oct.-Dec. 2008.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte. Nescon UFMG. Editora Coopmed. 2ª edição. 2010.

FEITOSA, A.C. et al. Terapia antirretroviral:fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS. **Esc. Anna Nery Rev.Enferm**, v12, n.3, p.515-521, 2008.

FERREIRA F.C; NICHATA L.Y.I. Mulheres vivendo com aids e os profissionais do programa saúde da família: revelando o diagnóstico. **Rev Esc Enf da USP**.v 42, n.3, p. 483-9, 2008.

FERREIRA, D.C.et al. Manifestações clínicas em crianças infectadas pelo HIV na era HAART: um estudo seccional. **Rev. ciênc. méd. biol = J. med. biol. sci**;8(1):5-13, jan.-abr. 2009

FERREIRA, D.C; SILVA, G.A. Caminhos do cuidado– itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, v17, n.11, p.3087-98, 2012.

FIGUEIREDO G.L.A. et al. Atenção á saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v 15, n. 6, p. 1-7, 2007.

FIGUEIREDO., et al. Oferta de ações e serviços de saúde para o manejo do HIV/aids, sob a perspectiva dos usuários. **Rev Esc Enferm USP**, v 48, n. 6, p.1026-34, 2014.

FONSECA, M. G. R; BASTOS, F.I. Vinte e cinco anos da epidemia de HIV e Aids no Brasil: principais achados epidemiológicos. **Cad Saude Publica**, v. 23, n.3, p. 333-43, 2007.

FORMOZO GA, OLIVEIRA DC. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n.1, p. 230-7, 2010.

FURTADO,M.C.C et al. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária.**Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.21, n.2, p. 554-61, 2013.

GAÍVA, M.A.M. et al. **Políticas de atenção à saúde da criança e do adolescente:implicações para a atuação do enfermeiro**. Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF) Saúde da Criança e do Adolescente, v.7, n.4, 2013.

GALVÃO, M. T. G. et al. Temáticas produzidas por portadores de HIV/AIDS em grupo de autoajuda. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.299-304, 2011.

GOMES, A.M.T. et al. Entre dose e volume: o princípio da matemática no cuidado medicamentoso à criança hiv positiva. **Rev. enferm. UERJ**, v 17, n. 3, p. 332-37,2009.

GOMES A.M.T; CABRAL I.E. O cuidado medicamentoso à criança com HIV: desafios e dilemas de familiares cuidadores. **Rev Bras Enferm**, v 62, n. 2, p. 252-7, 2009.

GOMES, A. M. T.; CABRAL, I. Silêncio, silenciamento e ocultamento na terapia anti-retroviral: desvelando o discurso de cuidadores de crianças. **R. Bras. Enferm**, v.63, n.5, p.719-26, 2010.

GOMES, A.M.T. et al. As representações sociais de enfermeiros sobre a criança soropositiva para HIV: interface com o cuidar. **Rev. enferm. UERJ**, v 19, n. 1, p. 14-19, 2011.

GONÇALVES, C.R et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde, **Saúde debate**, V. 38, n.100, p. 26-34, 2014.

GHIGGI, L.A.; BARRETO, D.S.; FAJARDO, A.P. Reflexões de uma equipe de saúde e sua população adscrita sobre longitudinalidade da atenção. **Rev. APS**, v 17, n. 2, p.244 – 54, 2014.

GUERRA, C. P. P.; SEIDL, E. M. F. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. **Paideia**. Ribeirão Preto, v.19, n.42, p.59-65, 2009.

HARZHEIM, E. Organização Pan-americana de Saúde. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília: MS, 2011; 137 p.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Rio Grande do Sul, Santa Maria, censo demográfico 2010: resultados da amostra - características da população. Link: <http://cod.ibge.gov.br/D15> [ Acesso em: 11 de Dezembro de 2015]

KATON WJ. et al. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. **Arch. Gen. Psychiatry**, v 61, n. 1, p.1042-49, 2004.

KOURROUSKI, M.F.C. et al. Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/AIDS. **Rev. latinoam. Enferm**, v 17, n. 6, p. 947-52, 2009.

KUYAVA, J. et al. Crianças vivendo com AIDS e suas experiências com o uso de antirretrovirais. **Rev. gaúch. Enferm**, v 33, n.3, p. 58-64, 2012.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LIMA, A.A.A. et al. Crescendo com HIV/AIDS: estudo com adolescentes portadoras de HIV/AIDS e suas cuidadoras-familiares. **Rev. latinoam. Enferm**, v 16, n. 3, p.348-54, 2008.

LINARD AG, CASTRO MM, CRUZ AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm**, v 32, n. (3), p. 546-53, 2011.

LLEWELLYN-JONES R.H. et al. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomized controlled trial. **BMJ**, v 31, n.9, p. 676-82, 1999.

LOPES,L.M et al. Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(11):2283-2297, nov, 2014

MACHADO, M.M.T.et al. Condições sociodemográficas de crianças de zero a dois anos filhas de mães com HIV/Aids, Fortaleza, CE, Brasil . **Rev. bras. saúde matern. Infant**, v 10, n. 3, p. 377-82, 2010.

MALISKA,I.C.A; PADILHA, M.I; ANDRADE,S.R. Políticas voltadas às dsts/AIDS e sua integração político assistencial no contexto do SUS: um estudo sobre os municípios de Florianópolis-SC. **Texto Contexto Enferm**, v 23 n. 3, p.639-47, 2014.

MARINHO, C.C.C et al. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado:(vi)vendo o tecer dos fios. **Rev Baiana de Saúde Pública**. v.35, n.3, p.619-33, 2011.

MARQUES, E.H.S et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v 22,n.3, p. 619-29, 2006.

MARQUES, H.H.S.et al. Costs of care provided in a university hospital for children exposed to or infected with the HIV/AIDS. **Cad. saúde pública**, v 23, n. 3, p. 402-13, 2007.

MATAS, C.G .et al. Audiological and electrophysiological evaluation of children with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). **Braz. j. infect. dis**;10(4):264-268, Aug. 2006

MATAS, C.G.et al. Manifestações audiológicas em crianças e adultos com AIDS. **Pró-fono**, v. 22, n. 3, p.269-274, 2010.

MATIDA, L.H. et al. AIDS by mother-to-child transmission: survival analysis of cases followed from 1983 to 2002 in different regions of Brazil. **Cad. saúde pública** v 23, n. 3, p.435-44, 2007

MATIDA, L.H.et al. Ampliação da sobrevida em crianças com AIDS no Brasil: resultados do segundo estudo nacional de 1999 a 2002. **Cad. saúde pública**, v 27, n.1, p.93-103, 2011.

MCINNES GT;MCGHEE SM. Delivery of care for hypertension.**J. Hum. Hypertens**, v 348, n. 1, p.2635-45, 1995.

MEDEIROS, H.M.F.et al. Existir de crianças com AIDS em casa de apoio: compreensões à luz da enfermagem humanística. **Rev. gaúch. Enferm**, v 29, n. 3, p. 400-407, 2008.

MELO, N.R.et al. Candida dubliniensis in a Brazilian family with an HIV 1- infected child: identification, antifungal susceptibility, drug accumulation and sterol composition. **Braz. j. microbiol**, v 37, n. 3, p.237-43, 2006.

MENDES, E.V. **Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná**. Lima: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5; p.2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MESQUITA, N.F, TORRES, O.M. A equipe de saúde na atenção integral ao adolescente vivendo com HIV/AIDS. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v 17, n. 4, p. 730-39,2013.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec: 2013.

MOTTA, M.G.C.et al. Criança com HIV/AIDS: percepção do tratamento antirretroviral. *Rev. gaúch. Enferm*, v 33, n. 4, p. 48-55, 2012.

NAVARRO, A.M.A et al. Representações sociais do HIV/Aids: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *R. pesq.: cuid. fundam. (on line)*. 2011 dez;[citado 2014 mar 15];(Supl): 92-9. Disponível em [http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1966/pdf\\_529](http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1966/pdf_529).

NEMES, M. I. B. et al. **QUALIAIDS - Avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 100 p.

OLIVEIRA, H.W.et al. Avaliação radiográfica da idade óssea em crianças infectadas pelo HIV por via vertical. *Radiol. Brás*, v 39, n. 1, p.27-31, 2006.

OLIVEIRA, L.L.et al. Projetos de vida de adultos jovens portadores de HIV por transmissão vertical: estudo exploratório com usuários de um ambulatório de infectologia. *Saúde Soc*, v 21, n. 4, p. 928-39, 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas:componentes estruturais de ação**. Relatório mundial.OMS.Brasília, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington, HSS/IHS/OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011.

OSMAN L .M. et al. Integrated care for asthma: matching care to the patient. *Euro Respir J*, v 9, n., p.:444-48, 1996.

PACHECO, Z. M .L.et al. Relacionamentos afetivos no cotidiano do adolescente portador do HIV: des-velando seus significados. *REME rev. min. Enferm*, v 15, n. 4, p. 567-72, 2011.

PADOIN, S. M. M. et al. Crianças que têm HIV/AIDS e seus familiares e/ou cuidadores:

experiência de acompanhamento multiprofissional. **Saúde** (Santa Maria). v.35, n.2, p.7-11, 2009.

PADOIN, S. M. M. et al. Cuidado ao cuidador de crianças e de adolescentes com HIV/AIDS: estratégias para potencializar os atributos da família. In: LACERDA, M. R., COSTENARO R. G. S. (Org.). **O cuidado e o cuidador: teias de possibilidades de quem cuida**, 2012a.

PADOIN, S. M. M. et al. Alimentação de crianças que convivem com a aids: vivências de familiares/cuidadores em atividade grupal. **Rev Enferm UFSM**, v.2, n.1, p.213-21, 2012b.

PAES, L.G et al. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 11 n. 2, p. 395-409, 2013.

PAIM, J.S. **Vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde**. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Fiocruz: Rio de Janeiro; p.161-74, 2003.

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, Porto Alegre**. v 43, n. 3, p.350-67, 2012.

PAULA, C.C.et al. Existencialidade da criança com aids: perspectivas para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**;12(1):30-38, mar. 2008

PAULA C.C; CABRAL I.E; SOUZA I.E.O. O cotidiano do ser adolescente que tem aids: momento ou movimento existencial? **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v 13, n. 3, p. 632-9, 2009.

PAULA, C.C. et al. O (não)dito da AIDS no cotidiano de transição da infância para a adolescência. **Rev. bras. Enferm**, v 64, n. 4, p. 658-64, 2011.

PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M. **Cuidado de enfermagem à criança com HIV/AIDS**. Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF) Saúde da Criança e do Adolescente. v.7, n.2, 2012a.

PAULA C. C. et al. Caracterização da morbimortalidade de crianças com HIV/AIDS em serviço de referência no sul do Brasil. **Revista Saúde, Santa Maria**, v.38, n.2, p.25-36, 2012b.

PAULA, C.C. et al. Morbimortalidade de Adolescentes com HIV/Aids em Serviço de Referência no Sul do Brasil. **DST - J bras Doenças Sex Transm**. n. 24, v. 1, p. 44-48, 2012c.

PAULA, C.C. et al. Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v.7, n. esp, p.5051-5054, jul., 2013a.

PAULA, C.C.et al. Existential movement experienced by adolescents with acquired immunodeficiency syndrome: a phenomenological study. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v 12, n. 1, p. 33-48, 2013b.

PEREIRA, E.L.; SILVA, F.C. **Retratos de uma história**. Santa Maria, 2008.

POLONSKY W.H. et al. Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized control trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment Program. **Diabetes Care**, v 23, n 1, p.3048-53, 2003.

RABELLO, CZ et al. Uma reflexão sobre a atenção básica no sistema único de saúde. **Salusvita**, v. 32, n. 2, p. 199-204, 2013.

RANDOW, RMV et al. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. **Rev Rene**, v. 12, n 1,p. 904-12, 2011.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista em pauta**, v 23, n 6, p117-38, 2009.

RIBEIRO A.C. et al. Perfil clínico de adolescentes que têm aids. **Cogitare Enferm**, v 15, n. 2, p. 256-62, 2010.

REINERS, A. A .O .et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v 13, n. 2, p.229-306, 2008.

REIS, R.K et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/aids. **Texto Contexto Enferm**, v 20, n 3, p. 565-75, 2011.

ROSEN, R; HAM, C. – Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia: informe Del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, 1:2, 2008.

SALLES, C.M.B.et al. Adesão ao tratamento por cuidadores de crianças e adolescentes soropositivos para o HIV. **Psicol. teor. Pesqui**, v 27, n. 4, p. 499-506, 2011.

SAMPAIO FILHO, F.J.L.et al. The life of the adolescent with HIV/AIDS and self-care: a descriptive study. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v 12, n. 1, 2013.

SARNI, R.O.S et al. Lipodistrofia em crianças e adolescentes com síndrome da imunodeficiência adquirida e sua relação com a terapia antirretroviral empregada. **J. pediatr**, v 85, n. 4, p. :329-334, 2009.

SCHAURICH, D; MEDEIROS, H.M.F; MOTTA, M.G.C. Vulnerabilidades no viver de Crianças com AIDS. **R Enferm UERJ**, v.15, n. 2, p. 284-90. 2007.

SECRETÁRIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde 2009 - 2011**. Porto Alegre, 2009.

SECRETÁRIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Linha de cuidado para as pessoas vivendo com HIV (PVHA) e outras DST**. Porto Alegre, 2014.

SECRETÁRIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Protocolo para introdução do atendimento ao hiv/aids na rede primária de saúde do município do rio de janeiro**. Rio de Janeiro, 2013.

SHERLOCK, M. S. M. et al. Imunização em criança exposta ou infectada pelo HIV em um serviço de imunobiológicos especiais. **Esc. Anna Nery R. Enferm**, v.15, n.3, p.573-80, 2011.

SILVA, R.A.R.et al. Formas de enfrentamento da AIDS: opinião de mães de crianças soropositivas. **Rev. latinoam. Enferm**, v 16, n. 2, p.260-65, 2008.

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.2753-62, 2011.

SILVA, Q.H. et al. Satisfação corporal e características de lipodistrofia em crianças e adolescentes com HIV/AIDS em uso de terapia antirretroviral de alta potência . **Rev. paul. Pediatr**, v 29, n. 3, p. 357-63, 2011.

SIMON. G.E. et al. Randomized trial of monitoring, feedback and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. **BMJ**, v. 320, p. 550-554, 2010.

SINGH, D. **Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions**. Birmingham: University of Birmingham/ Health Services Management Centre; 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STEPHAN, C.; HENN, C.A.; DONALISIO, M.R. Expansão geográfica da epidemia de Aids em Campinas, São Paulo, de 1980 a 2005. **Rev. Saúde Públ**, v.44, n 5, p. 812-9. 2010.

TAQUETTE, S.R.et al. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, v 44, n. 4, p. 467-70, 2011.

TROMBINI, E.S.et al. Prevalência e fatores associados à adesão de crianças na terapia antirretroviral em três centros urbanos do sul do Brasil . **Ciênc. saúde coletiva**, v 15, n. 2, p. 419-25, 2010.

UNICEF. **Relatório da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Criança**. As metas das Nações Unidas para o Milênio. Um mundo para as crianças. Nova Iorque, 2002. 84p.

UNICEF. **The Committee on the Rights of the Child, General Comments** [Internet]. 2011[cited 2015, Agosto]. Available from:<http://www2.ohchr/english/bodies/crc/comments.htm>.

UNUTZER J, et al. Impact Investigators. Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. **JAMA**, v 288, p.2836-45, 2002.

VIEIRA, M.B.C .et al. Perfil das crianças infectadas pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), internadas em hospital de referência em infectologia pediátrica de Belo Horizonte/MG, 2003(AU). **Rev. méd. Minas Gerais**, v 18, n. 2, p. 82-86, 2008.

VILLARINHO, M.V; PADILHA,M.I. Percepção da Aids pelos profissionais da saúde que vivenciaram a epidemia durante o cuidado prestado às pessoas com a doença, em Florianópolis (SC), Brasil (1986-2006). **Ciência & Saúde Coletiva**,v 19, n. 6, p. :1951-60, 2014.

VETTER M.J; BRISTOW L; AHRENS J. A model for home care clinician and home health aide collaboration: diabetes care by nurse case management and community health workers. **Home Health C. Nurse**, v 22. p. 645-48, 2004.

ZACCARELLI-FILHO, C.A. HIV-1-infected children on HAART: immunologic features of three different levels of viral suppression. **Cytometry B Clin Cytom.** v 72, n. 1, p. 14-21, 2007.

ZAMBENEDETTI,G; BOTH,N.S. Problematizando a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família. **Polis e Psique**, v.2,n1,p. 99-107, 2012.

WAGNER, E.H. et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. **Jt Comm J Qual Improv.** V 27, n. 2, p.63-80, 2001.

WHO. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança:** revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Integrated health services: what and why?** Geneva, World Health Organization, Technical Brief nº 1, 2008.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A- Guia de Avaliação do Grupo focal**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUACAO EM ENFERMAGEM  
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E  
SOCIEDADE**

**Pesquisadora: Enf<sup>ª</sup> Msd<sup>a</sup> Daniela Dal Forno Kinalski  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Enf<sup>ª</sup> Dra<sup>a</sup> Cristiane Cardoso de Paula**

	<b>Sim</b>	<b>Regular</b>	<b>Não</b>
<b>LOCAL</b>			
O local estava adequado?			
Estava organizado?			
Era confortável?			
O ambiente estava tranquilo?			
O tempo foi adequado?			
Houve interrupções?			
<b>ENCONTRO</b>			
Os objetivos foram explicados?			
O guia de temas foi adequado?			
A sistematização do encontro foi adequada?			
As ideias foram retomadas?			
<b>MODERADOR E OBSERVADOR</b>			
Participaram ativamente?			
Estavam tranquilos?			
Proporcionaram um bom relacionamento?			
Tinham domínio do guia de temas?			
Promoveram a tranquilidade dos membros do grupo			
Foram imparciais?			
Promoveram um bom relacionamento?			
Retomaram os debates, quando preciso?			

A programação foi respeitada?			
<b>PARTICIPANTE:</b> <b>Por favor, responda essas questões apenas no nosso terceiro encontro.</b>			
Conte-me agora o que mudou ou poderá mudar no dia a dia de seu trabalho após as nossas sessões.			
Como você compreende agora o fluxo de atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria?			
Conte-me sobre a sua perspectiva em relação à construção da rede de atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria?			

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>2</sup>

**Título da pesquisa:** PERSPECTIVA DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV.

**Pesquisador(es) responsável(is):** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cristiane Cardoso de Paula

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8938, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336, 97105-970, Santa Maria.

**Local da coleta de dados:** Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/RS), serviço de Atenção Primária (APS), e Casa Treze de Maio de Santa Maria.

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado/a para participar desta pesquisa intitulada “**Perspectiva de Rede de Atenção à Saúde de crianças e adolescentes que vivendo com HIV**” de autoria de Daniela Dal Forno Kinalski, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, sob orientação da Professora Doutora Cristiane Cardoso de Paula, que tem por objetivo analisar a construção da rede de atenção à saúde das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

É importante que antes de concordar em participar desta pesquisa você compreenda todas as informações as quais dizem respeito a sua participação:

-Acreditamos que essa pesquisa ampliará o conhecimento no tema saúde da criança/adolescente vivendo com HIV. Espera-se contribuir para as ações desenvolvidas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e no acompanhamento específico da condição sorológica.

- Para sua realização será utilizado como método de coleta de dados a técnica de grupos focais. Desta forma sua participação consistirá na sua presença nos grupos focais, onde discutiremos a atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV. Esses grupos contarão com a presença de seus colegas, seja dos serviços de APS ou especializado. Esses grupos serão gravados (áudio) e anotados no diário de campo e posteriormente transcritos por mim, a fim de resguardar a fidedignidade dos dados.

- Comunico que a sua participação em qualquer fase da pesquisa, não representará, a princípio, riscos de ordem moral e psicológica. Destaca-se que alguns sentimentos poderão ser mobilizados pelo fato de que será realizada uma discussão conjunta e você terá de refletir sobre o seu cotidiano assistencial e episódios relacionados à sua vivência. Caso isso ocorra com você, iremos conversar até chegar a um acordo a respeito da sua possibilidade de continuar a pesquisa ou desistência.

- Os benefícios que esperamos com este estudo é de trazer maior conhecimento sobre o tema abordado, com possibilidade de melhora no atendimento de saúde a criança e do adolescente vivendo com HIV. Espera-se contribuir para as ações desenvolvidas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento destas crianças e adolescentes vivendo com HIV e no acompanhamento específico da condição sorológica, no sentido de, a partir desse estudo apontar uma melhor articulação e atenção nos diferentes níveis de densidade tecnológica. Além de contribuir para a discussão da política pública municipal repensando as ações desenvolvidas e a reorganização do fluxo das crianças e dos adolescentes vivendo HIV

---

\* Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: [www.ufsm.br/cep](http://www.ufsm.br/cep)

nos serviços de saúde, a fim de promover a aproximação entre os profissionais do serviço especializado e da APS para facilitar o acesso e a adesão ao tratamento.

- Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

- Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

- As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados transcritos da pesquisa e os TCLE serão guardados por cinco anos no campus da UFSM, Avenida Roraima, 1000, 97105-900 - Santa Maria- RS, na sala 1336 do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no núcleo de pesquisa do Grupo de pesquisa: “Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade” (GP-PEFAS), cadastrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a guarda da pesquisadora responsável deste projeto Dra Cristiane Cardoso de Paula. Após esse período, os dados serão destruídos.

-Os gastos necessários para o desenvolvimento dessa pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores responsáveis. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Eu \_\_\_\_\_, portador da identidade \_\_\_\_\_ após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável Telefone: (55) 32208938 ou (55)99993282

### APÊNDICE C- Termo de Confidencialidade<sup>3</sup>

**Título do projeto:** PERSPECTIVA DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristiane Cardoso de Paula.

**Mestranda:** Daniela Dal Forno Kinalski

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS) – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

**Telefone para contato:** (55) 32208938 ou (55) 99993282.

**Local da coleta de dados:** Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/RS), Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família de Santa Maria/RS, Casa Treze de Maio.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos profissionais cujos dados serão coletados por meio de gravação dos depoimentos em grupo focal e transcrição destes e do diário de campo. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e composição de um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Os dados transcritos da pesquisa e os TCLE serão guardados por cinco anos no campus da UFSM, Avenida Roraima, 1000, 97105-900 - Santa Maria- RS, na sala 1336 do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no núcleo de pesquisa do Grupo de pesquisa: “Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade” (GP-PEFAS), cadastrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a guarda da pesquisadora responsável deste projeto Dra Cristiane Cardoso de Paula. Após esse período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria,.....de .....de 20.....



Assinatura do pesquisador responsável

<sup>3</sup> Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: [www.ufsm.br/cep](http://www.ufsm.br/cep)

## **ANEXOS**

## ANEXO A- Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa UFSM



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perspectiva de rede de atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV

Pesquisador: CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 35212114.5.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 924.646

Data da Relatoria: 29/12/2014

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa corresponde a um projeto de dissertação de mestrado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e trata-se de um subprojeto do projeto matricial "Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV/aids".

As crianças vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) exigem demandas de acompanhamento em saúde além do habitual, devido as especificidades de sua condição sorológica. No entanto, a deficiência de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) resulta na afiliação aos serviços especializados. Os resultados da pesquisa matricial indicaram a necessidade da investigação do fluxo de atenção à saúde da população de crianças e adolescentes vivendo com HIV, a fim de investir nos atributos da APS que repercutam na qualidade desta atenção no município de Santa Maria.

Tem-se como questão de pesquisa: como construir o fluxo da atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV?

Apresenta uma abordagem qualitativa do tipo descritiva exploratória, sendo que o cenário de

Endereço: Av. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-670

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (51)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

## ANEXO B- Aprovação da Gerência de Ensino e Pesquisa

Setores envolvidos		Concorda com o projeto		Assinatura e carimbo dos responsáveis
Divisão de Enfermagem		<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<i>Suzana Beatriz Soares de Lima</i> Profª Suzana Beatriz Soares de Lima Chefe da Divisão de Enfermagem HUSM - EBSERH COREN 56.571
Ambulatório Rua C.		<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<i>Clara Vaz</i> Clara Vaz Pediatra CRM 16465
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

**PARECER COMISSÃO CIENTIFICA GEP:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PARECER** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**GEP  
HUSM**

**Gerência de Ensino e Pesquisa  
do Hospital Universitário de Santa Maria**

**FOLHA DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS**

Nº Inscrição GEP: 1051 Data:   /  /    
 Pesquisador: Beatriz Soares de Lima Função: Professora / Gerente  
 SIAPE: 2448575 Telefone: 95.343252 Unidade/Curso: CCS/Enfermagem E-mail: ccs@hpusm.usf.br  
 Título: Proposta de Rede de Atenção à Saúde de Crianças e Adolescentes com HIV

TIPO DE PROJETO:  Pesquisa  Extensão  Institucional

FINALIDADE ACADÊMICA:  TCC  Especialização  Dissertação  Tese  Outro

TIPO DE PESQUISA:  Inovações Tecnológicas em Saúde  Operacional  Clínica  Básica  
 Políticas Públicas de Saúde

FONTE DE FINANCIAMENTO:  Recursos Próprios  HUSM  Agência Pública de fomento nacional  
 Agência Pública de fomento internacional  Indústria Farmacêutica

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.

*Beatriz S. de Lima*  
Pesquisador Responsável

*Drª Cristiane Cardoso de Paula*  
Professora Dep. Enfer.  
CCS - UFMS  
COREN - RS 110149

**Avaliação e Aprovação Setorial**

**Atenção Chefia: favor ler o projeto e avaliar as condições de realização no Setor antes de assinar.**

**ANEXO C- Autorização do Núcleo de Educação Permanente de Santa Maria**

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE  
e-mail: [nepessantamaria@gmail.com](mailto:nepessantamaria@gmail.com) – Fone (55) 3921-7201

OFÍCIO N.º 386/2014/SMS/NEPeS

Santa Maria, 31 de outubro de 2014.

Vimos por meio deste informar que esta Secretaria apresenta parecer favorável para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa da acadêmica **Daniela Dal Forno Kinalski** sob o título “**Perspectiva de rede de atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV**”, do Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós – Graduação em Enfermagem Mestrado/UFSM

Salientamos a necessidade de emissão de relatório final das atividades desenvolvidas às Unidades pesquisadas.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns, desde já agradecemos.

*Flávia Genial*  
Núcleo de Educação Permanente

Prefeitura Municipal de Santa Maria  
Secretaria de Município de Saúde  
Núcleo De Educação Permanente de Saúde  
Protocolo nº 02-032007/SMS

## ANEXO D- Autorização da Secretária de Saúde de Santa Maria



*Prefeitura Municipal de Santa Maria*  
*Secretaria de Município da saúde*  
*Núcleo de Educação Permanente*  
 e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

### AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de mestrado intitulado “ **Perspectiva de rede de atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV**” de autoria da acadêmica **Daniela Dal Forno kinalski**, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo analisar a construção da rede de atenção à saúde das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Salientamos que os sujeitos de estudo serão os profissionais das UBS e das ESF da referida cidade.

**Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.**

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 31 de outubro de 2014.

*Flávia Gepick*

*R/* Sociólogo Rodrigo Silva Jardim  
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Secretaria Municipal de Saúde  
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
 Rua da Educação Permanente do Saúde  
 Santa Maria - RS - CEP 97201-900