

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

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

TRABALHO DE CONCLUSÃO
- Modalidade de Artigo Publicável -

Leonardo Dachi dos Santos

Santa Maria, RS, Brasil

2013

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

Leonardo Dachi dos Santos

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

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

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

Santa Maria, RS, Brasil

2013

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

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

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

Elaborado por

Leonardo Dachi dos Santos

como requisito parcial para obtenção do grau de

ESPECIALISTA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, ÊNFASE CRÔNICO-
DEGENERATIVO

COMISSÃO EXAMINADORA:

A. Social Dr^a Sheila Kocourek

Nut. Adriane Blumke, Mestre. (UNIFRA)

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

Nut. Ana Paula Seerig (SMS) - Suplente

Santa Maria, 07 de Fevereiro de 2013

**PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O
FLUXO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS EM UM
MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL¹**

**PERCEPCIONES Y VIVENCIAS DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE
EL FLUJO DE ATENCIÓN A PERSONAS VIVIENDO CON HIV/SIDA EN UNA
LOCALIDAD DEL INTERIOR DE RIO GRANDE DEL SUR**

Leonardo Dachi², Sheila Koucorek³, Elisângela Colpo⁴, Juliana Reickziegel⁵, Laura Vielmo⁶, Rosana Huppel Engel⁷

Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Santa Maria,
RS, Brasil

e-mail: leodachi@hotmail.com

Resumo: o trabalho objetivou conhecer as vivências e percepções dos trabalhadores da saúde em relação ao fluxo de atenção às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em um município do interior do RS. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de campo, descritiva e analítica de cunho qualitativo. Verificou-se que não existe um fluxo ordenado no município, assim como uma linha de cuidado, sendo necessário um diálogo entre serviços e gestores para a construção e implementação do fluxo de atenção a nível municipal, para melhorar a qualidade no atendimento aos usuários.

Descritores: HIV/AIDS. Integralidade, Linha de Cuidado.

¹ Artigo resultante do projeto de pesquisa e intervenção elaborado como requisito para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde.

² Nutricionista, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde.

³ Assistente Social, Professora, Doutora em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.

⁴ Nutricionista, Professora, Mestre. Centro Universitário Franciscano . UNIFRA, RS, Brasil.

⁵ Assistente Social, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Santa Maria, RS, Brasil.

⁶ Farmacêutica, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Santa Maria, RS, Brasil.

⁷ Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Santa Maria, RS, Brasil.

Resumen: el trabajo tuvo como objetivo conocer las vivencias y percepciones de los trabajadores de Salud sobre el flujo de atención a Personas Viviendo con HIV/SIDA en una localidad del interior del Estado de Rio Grande del Sur. Se trata de una investigación exploratoria, de campo, descriptiva, analítica y cualitativa. Se constató que no existe un flujo ordenado en la localidad, así como una línea de cuidado, siendo necesario un diálogo entre servicios y gestores para la construcción y implementación de un flujo de atención en la localidad para mejorar la calidad en el atendimento a los usuarios.

Descriptor: HIV/SIDA. Integralidad, Línea de Cuidado.

Introdução

HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana, causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Esse retrovírus ataca os linfócitos T CD4, responsáveis por defender o organismo de doenças, depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção, diminuindo a capacidade de defesa do organismo.¹ Com o frequente ataque, o organismo fica cada vez mais vulnerável a infecções comuns e na fase sintomática inicial a contagem de linfócitos T CD4, pode ficar abaixo de 200 unidades por mm³ de sangue.²

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que em 2010, haviam 34 milhões de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA), sendo registrados nesse ano 1,8 milhões de mortes.³

No Brasil, estima-se que 630 mil pessoas vivam com AIDS. A prevalência se mantém estável em 0,6% havendo uma média de 35 mil novos casos de AIDS por ano. Anualmente são registrados, em média, onze mil óbitos por AIDS, e em 2010 foram registrados 34.212 novos casos da doença.⁴

O Estado do Rio Grande do Sul identificou 60.512 casos de AIDS, no período entre 1983 e 2011, representando 49,1% dos casos acumulados na Região Sul. O município alvo da pesquisa está localizado na região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul e conta com uma população de 261.031 habitantes.⁵ No município, entre

2007 e 2011 foram notificados 677 casos de AIDS em adultos e 16 em crianças, sendo notificadas nesse período 158 gestantes portadoras do vírus.⁶

Atualmente há uma modificação no perfil epidemiológico, com aumento de casos entre heterossexuais, com especial avanço entre as mulheres em cidades de menor porte e entre indivíduos de menor escolaridade, indicando feminização, interiorização e pauperização da epidemia.⁴

A Política Nacional de DST/AIDS está pactuada segundo os princípios e diretrizes da Constituição de 1988 e, posteriormente, pela lei 8080/90, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios gerais que orientam a Política são: descentralização, integralidade, universalidade de acesso aos bens e serviços de saúde e o controle social.⁷

Baseado nestes princípios a política traz as diretrizes que a norteiam: garantia da cidadania e direitos humanos das PVHA; garantia de acesso aos insumos de prevenção e assistência para toda a população; direito de acesso ao diagnóstico para o HIV/AIDS e direito ao acesso universal e gratuito a todos os recursos disponíveis para o tratamento da doença.⁸

Para garantir o princípio da Integralidade proposto pela política, é necessário pensar em uma atenção em rede, construída através de uma relação articulada e complementar entre os diferentes serviços e saberes, através do trabalho interdisciplinar.⁹

Isso se efetiva através de Linhas de Cuidado (LC) que devem orientar o estabelecimento de relações e fluxos entre os diferentes serviços de uma rede municipal e regional, definindo prioridades de acesso e critérios definidores do itinerário assistencial.¹⁰

Frente ao exposto, a motivação para o desenvolvimento deste trabalho decorreu das ações de campo realizadas enquanto residente de um Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, a partir das vivências no Hospital Universitário (HU) e outros níveis de atenção no município em estudo.

Considerando a importância do trabalho interdisciplinar e com a perspectiva de contribuir para a constituição de uma linha de cuidado às PVHA, o presente artigo

objetiva mostrar as vivências e percepções dos trabalhadores da saúde em relação ao fluxo de atenção às PVHA em um município do interior do RS, detectando potencialidades e fragilidades, visando contribuir para melhorar a qualidade de atenção aos usuários.

Metodologia

Este artigo é resultante do projeto de pesquisa intitulado "Atenção Integral às Pessoas Vivendo Com HIV/AIDS: repensando a linha de cuidado", pesquisa esta que gerou outros três artigos. O estudo foi conduzido de acordo com os padrões éticos exigidos e registrado no Comitê de Ética e Pesquisa sob o número 08122112.8.0000.534. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de campo, descritiva e analítica de cunho qualitativo,

O estudo constituiu-se de três etapas. Na primeira, foi realizada uma pesquisa documental com o intuito de caracterizar o fluxo de atendimento às PVHA no município, sendo acessados os serviços de referência em HIV/AIDS; Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), sede da Política de HIV/AIDS a nível municipal e o Hospital Universitário (HU), nestes foi realizada a busca e análise de documentos oficiais sobre o fluxo de atenção.

Na segunda etapa foram realizadas entrevistas gravadas com sete sujeitos qualificados, selecionados de maneira intencional, sendo estes, trabalhadores dos serviços de referência em HIV/AIDS. Entre estes, dois médicos, sendo um do HU e um do Ambulatório Municipal (AM); um farmacêutico do HU; um nutricionista do AM; um redutor de danos do AM, um agente administrativo do AM e um gestor da CRS. Para tal, utilizou-se um questionário com perguntas abertas sobre o conhecimento do fluxo de atendimento às PVHA no município em estudo.

Complementando essa etapa da pesquisa solicitou-se aos entrevistados que, esquematizassem em um papel o fluxo vivenciado em suas práticas.

Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo proposta por Minayo¹¹, a qual permite ao investigador encontrar respostas para as questões formuladas *a priori*, bem como, confirmar ou não as proposições até então estabelecidas.

Os dados foram transcritos, ordenados e organizados, após foi realizada a releitura do material para classificação dos dados. A classificação dos dados considerou questões relevantes para a sua categorização. Para a análise final, os dados foram agrupados e analisados com base em referencial teórico para responder aos objetivos deste estudo.

Para garantir o anonimato dos entrevistados, os mesmos foram citados como E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E7.

Na terceira etapa, realizou-se coleta de dados junto a duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) das regiões com maior incidência de casos de HIV/AIDS no município, na qual participaram dezessete profissionais, sendo oito agentes comunitários de saúde, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e cinco residentes, sendo dois enfermeiros, um nutricionista, um educador físico e um psicólogo. A mesma foi realizada utilizando-se da metodologia de grupo focal que segundo Caplan¹² são "pequenos grupos de pessoas reunidos para avaliar conceitos ou identificar problemas".

Por meio da estratégia de grupos focais, primeiramente buscou-se perceber qual era a percepção dos trabalhadores de saúde sobre o fluxo de atenção às PVHA no município, ou seja, o "fluxo vivido". Para esta tarefa, foi solicitado aos mesmos que se reunissem em duplas e esquematizassem o fluxo em uma folha, material que foi colhido pelos pesquisadores. Na sequência foi apresentado pelos pesquisadores o fluxo de atendimento segundo as informações obtidas na primeira etapa desta pesquisa.

Por fim, os profissionais das ESFs elaboraram cartazes representando, segundo sua percepção, o fluxo ideal para a assistência às PVHA no município em estudo. Nesta etapa, um pesquisador realizou observações que foram registradas.

Durante a coleta de dados, realizou-se uma roda de conversa com os trabalhadores das ESFs sobre a temática de HIV/AIDS, abordando temas relacionados à prevenção e tratamento. Os sujeitos de pesquisa estavam trabalhando nos serviços de saúde no momento da coleta de dados e aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Considerando a complexidade da realidade das PVHA, incluindo aspectos socioeconômicos e de preconceito ainda vigentes, é de fundamental importância que o sistema de saúde esteja organizado para oferecer uma resposta em todos os níveis de atenção, estabelecendo vínculo com o usuário e facilitando a adesão ao tratamento.

Para garantir integralidade na atenção e a construção de uma LC é necessária a existência de um fluxo de assistência definido e ordenado, assim como a socialização do mesmo em todos os serviços, para facilitar a responsabilização e integração entre os diferentes níveis de atenção, visando oferecer um atendimento qualificado e resolutivo.

No município em estudo, em 1988 foi criado o serviço de referência para o atendimento às PVHA junto ao HU. Posteriormente, foram criados serviços municipais como o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e o ambulatório para atendimento de DSTs, HIV/AIDS e Hepatites Virais na sede da Política Municipal de HIV/AIDS.⁴

O município conta com dois serviços a nível ambulatorial para atenção às PVHA. Um AM que funciona junto à sede da Política Municipal de HIV/AIDS localizado junto ao CTA e o ambulatório de Doenças Infectocontagiosas (DI) que funciona do HU.

Os CTAs são serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. O atendimento nesses centros é sigiloso e oferece a quem realiza o teste a possibilidade de ser acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde que orientará sobre resultado final do exame, independente dele ser positivo ou negativo. Quando os resultados são positivos, os CTAs são responsáveis por encaminhar os usuários para tratamento nos serviços de referência.¹³

O AM conta com um médico infectologista, um psicólogo, um nutricionista e um técnico de enfermagem, no momento da pesquisa não contava com enfermeiro e assistente social.

O ambulatório de DI do HU é responsável pelo atendimento de todos os pacientes dos municípios pertencentes à CRS e no período da pesquisa disponibilizava oito consultas mensais para pacientes com diagnóstico recente do município sede da pesquisa, reguladas pela CRS.

Embora o ambulatório de DI do HU seja referência para a região, o mesmo não se constitui como um Serviço de Assistência Especializada (SAE), não havendo documentação oficial que estabeleça essa modalidade de organização.

O SAE é uma forma de atenção implantada pelo Ministério da Saúde a partir de 1994 e se caracteriza como um ambulatório que presta assistência às PVHA através de uma equipe multiprofissional, visando oferecer assistência humanizada e de qualidade ao paciente e sua família, com o objetivo de garantir a Integralidade na atenção.¹⁴

A equipe do ambulatório de DI do HU é composta por três médicos infectologistas e dois médicos residentes. O serviço não conta com outros núcleos profissionais lotados exclusivamente para o atendimento às PVHA, no entanto quando há demanda são acionados outros profissionais do HU, como enfermeiro, farmacêutico e assistente social.

A partir da inserção da Residência Multiprofissional no ambulatório de DI, outros núcleos profissionais passaram a integrar a equipe, entre eles, Nutrição, Farmácia, Psicologia, Serviço Social e Enfermagem, além disso, outros profissionais passaram a atuar no ambulatório de DI através de apoio matricial, que se caracteriza como uma forma de oferecer retaguarda assistencial ou suporte pedagógico às equipes de referência.¹⁵

Durante as vivências como residente no HU e em outros níveis de atenção, como CRS, CTA e AM, foi possível constatar as dificuldades dos usuários para acessar os serviços, possivelmente devido à inexistência de um fluxo oficial de atendimento às PVHA no município, a qual se comprovou através da busca por documentos oficiais nos diferentes níveis de atenção.

A inexistência de um fluxo de assistência às PVHA emergiu das falas dos trabalhadores, quando perguntados sobre a existência de um fluxo oficial de atenção às PVHA no município.

%Acho que registrado não existe nada, no sentido do paciente saber onde inicia e termina esse fluxo... é uma proposição que a gente tem que tá fazendo aos gestores.+[E5]

%Estabelecido isso em documentos, não tenho conhecimento.+[E6]

%Eu desconheço isso no papel, mas na prática os pacientes procuram o H.U.+[E7]

A inexistência de um fluxo oficial faz com que cada trabalhador da saúde tenha uma visão parcial de como deve ser o mesmo, fato que dificulta a articulação entre os diferentes serviços e a construção de uma LC, levando em conta que esta permite ao usuário circular por todos os níveis do sistema e contribui para garantir a integralidade do cuidado.¹⁶

As LC devem orientar o estabelecimento de relações, fluxos e pactos entre os diferentes serviços de uma rede municipal e regional, definindo prioridades de acesso e modelo de cuidado, visando garantir condições necessárias para a atenção integral à saúde, através de todas as redes de atenção.¹⁰

A Integralidade não se realiza nunca em um único serviço, sendo necessária a integração efetiva entre os diferentes níveis de atenção. Nesse sentido as LC contribuem para garantir a Integralidade.¹⁶

Para a efetivação de uma LC às PVHA é necessário, entre outros aspectos, o comprometimento dos gestores. Realidade constatada através das falas dos entrevistados:

%a. ver se o município vai assumir, do gestor se comprometer e ver essa equipe que precisa... também de um espaço físico maior... Então acho que é uma questão dos gestores, a nível municipal, de estado e da Universidade (HU) de sentar e ter essa posição.+[E5]

%a. falta de entendimento sobre o local ou referência correta para o município, fixar essa referência para o ambulatório (AM), o que ainda não aconteceu.+[E2]

Destaca-se que durante a realização desta pesquisa o município em estudo, não contava com um Coordenador da Política de HIV/AIDS, fato que demonstra a fragilidade dessa política em nível da gestão municipal, dificultando as ações de organização e o planejamento da atenção.

A falta de planejamento compromete a construção da LC e a corresponsabilização entre os diferentes níveis de atenção, considerando o planejamento como uma ferramenta de gestão e processo social, em que participam sujeitos individuais e coletivos possibilitando crescimento e legitimação das ações.¹⁵

O planejamento é um compromisso com a ação¹⁸, assim o planejar e oficializar um fluxo de atenção às PVHA fortaleceria a construção de uma LC, melhorando assim a qualidade de atenção aos usuários. facilitando a construção de vínculos e a adesão ao tratamento e possibilitando a tradução das políticas públicas em práticas assistenciais efetivas.

Alguns trabalhadores tem a percepção de como deve acontecer o fluxo para a atenção das PVHA no município, considerando o AM como a referência para o atendimento ambulatorial, levando em consideração que as portas de entrada são múltiplas, devendo ser a Atenção Básica a porta preferencial. Conforme as entrevistas pode-se constatar esse entendimento,

%O fluxo deveria ser da rede básica, que é a porta de entrada, encaminhado para o serviço de referência municipal que é o AM.+[E4]

%a o fluxo funciona assim, todos os ESFs que recebem pacientes com diagnóstico de HIV, eles enviam pra nós (AM).+[E3]

%Todos os pacientes novos seriam atendidos no AM.+[E6]

Por outro lado existem trabalhadores que não tem uma ideia clara de qual deva ser a referência ambulatorial no município, como se verifica nas seguintes falas:

%Esse fluxo não está bem consolidado em função de que muitos profissionais da rede ainda têm uma ligação pela formação acadêmica ou uma memória ligada ao HU, então muitas vezes os pacientes, as pessoas portadoras são encaminhadas para outra referencia e não para o AM.+[E2]

%Falta de conhecimento ou preferência ou lembrança do profissional com o serviço do HU.+[E6]

O indicativo de que o HU é a referência para o atendimento deve-se ainda ao fato de que, historicamente, este foi o lugar de referência para a assistência no município.

Durante a coleta de dados nas ESFs, no diálogo com os trabalhadores percebeu-se que, para muitos, depois de comprovado o diagnóstico de HIV a referência para o atendimento ambulatorial deve ser o HU. Isso foi corroborado no processo de análise dos fluxos durante a primeira etapa da coleta. Além disso, constatou-se que os profissionais desconhecem os diferentes serviços relacionados à atenção às PVHA no município.

O desconhecimento sobre onde o usuário circula na rede são aspectos que fragmentam a assistência às PVHA, comprometendo a integralidade e a qualidade da atenção.

Situação semelhante foi constatada por Silva et al¹⁹ revelando que o desconhecimento dos profissionais das ESFs e de um SAE sobre as atividades desenvolvidas por cada um, associado à falta de comunicação entre os mesmos, fragmenta a atenção e vai contra o princípio da Integralidade. Nesse contexto para a efetivação da Integralidade o usuário necessita percorrer todas as instâncias do sistema, sendo necessária uma comunicação efetiva entre os profissionais.²⁰

Em relação aos obstáculos enfrentados pelos usuários percebeu-se nas falas dos trabalhadores a falta de vínculo e acolhimento do usuário na Atenção Básica, assim como certo despreparo dos trabalhadores para lidar com a temática HIV/AIDS:

%Sim, no meio do tratamento, a necessidade dele ter momentos, não só da consulta, mas em algum local que ele possa ter um atendimento... quando é uma emergência maior, tudo bem é questão de PA.+[E1]

%a. tem muito até a pessoa chegar até aqui (AM)... como essa pessoa tá sendo acolhida nas Unidades Básicas, ainda tem muito preconceito, ou falta de saber lidar com as coisas... e às vezes essa pessoa se perde. [E3]

Ao se considerar que o HIV/AIDS carrega uma carga de preconceito, é necessário o conhecimento por parte dos profissionais acerca da doença, afim de vincular os usuários ao serviço e articular seu cuidado com outros níveis de atenção.

Nessa perspectiva considera-se a Atenção Primária em Saúde (APS) como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado.²¹

Para modificar a realidade dos profissionais da Atenção Básica deve ser fortalecida a estratégia de apoio matricial, assim como a efetivação da Política de Educação Permanente, considerando que durante a capacitação realizada no período de coleta de dados, ficou evidente o desconhecimento por parte de muitos profissionais em relação à temática HIV/AIDS, sendo destacada pelos mesmos a necessidade da abordagem de certas temáticas para que se sintam mais seguros para lidar com os usuários.

Nas falas abaixo se evidencia as dificuldades relacionadas à falta de profissionais, assim como de uma equipe multiprofissional.

Quando são situações mais ligadas ao tratamento acho uma necessidade ter uma agenda mais aberta, com maior tempo para tratar esses pacientes.+[E1]

%a defasagem da equipe profissional que possa dar um suporte... acho que às vezes deixamos a desejar por falta de uma equipe, e não só do médico infectologista, mas de uma equipe que possa dar um suporte melhor... espaço físico também.+[E5]

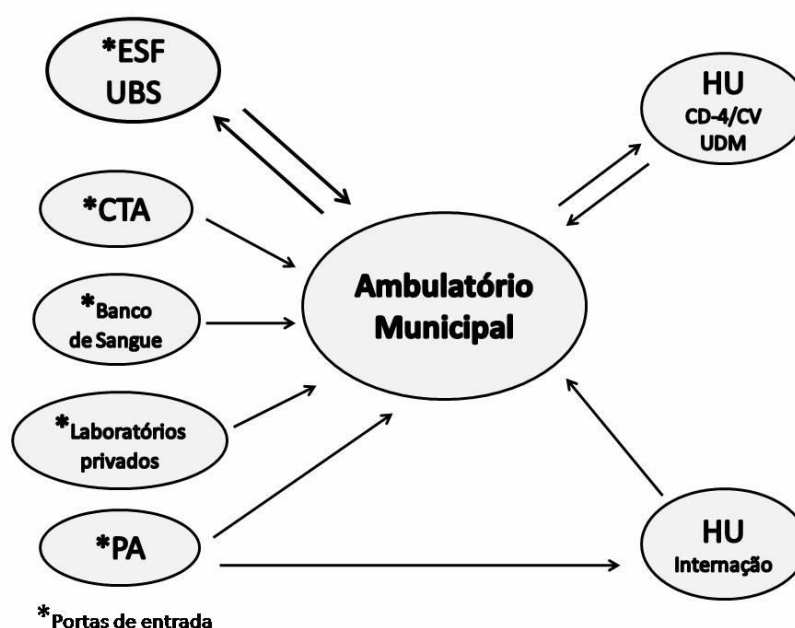
Os obstáculos vivenciados fazem com que o usuário tenha dificuldades para aderir ao tratamento e corresponsabilizar-se pelo mesmo, já que há dificuldades dentro dos serviços, como falta de equipes multiprofissionais e falta de acolhimento na Atenção Básica, relacionados à inexistência de um fluxo de atenção ordenado e uma LC.

A atenção através de equipe multiprofissional é fundamental para a atenção das PVHA, devido à complexidade da doença. Nesse contexto a equipe necessita atuar de forma integrada através do trabalho interdisciplinar, havendo um diálogo efetivo e contínuo entre todos os membros da equipe para contribuir com a Integralidade na atenção.⁹

Para que haja resolutividade na atenção, deve-se estabelecer um processo de trabalho orientado pela discussão e pactuação no interior das equipes e entre as

equipes, gestores e usuários²², sendo fundamental que a LC seja amplamente conhecida e apropriada por todos os gestores de todos os serviços que integram a rede de assistência, o que seria efetivado com a ordenação do fluxo.

Considerando que o presente trabalho teve como objetivo contribuir para a construção de uma linha de cuidado às PVHA através da problematização das vivências dos trabalhadores de saúde, foi elaborada uma proposta de fluxo, considerando as diferentes instâncias aonde o usuário pode circular a nível municipal.



A elaboração desse fluxo levou em consideração as falas dos sujeitos qualificados, assim como as propostas de fluxo sugeridas pelos trabalhadores das ESFs.

O Fluxo proposto considera as várias portas de entrada (ESF, CTA, PA, Banco de Sangue, laboratórios particulares etc.) para os usuários que recebem o diagnóstico, sugerindo o AM como referência para o acompanhamento ambulatorial no município.

Já a realização dos exames de CD4 e Carga Viral, assim como a dispensação de medicamentos seria realizado no HU que dispõe de laboratório e Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM). Pacientes que necessitam atenção em um nível de maior complexidade tem como referência o HU.

Como evidenciado no fluxo, a Atenção Básica deve ter papel determinante para a construção de uma LC, através da vinculação do usuário e uma real articulação entre os diferentes serviços por onde o mesmo circula.²³

O objetivo de esquematizar o fluxo foi o de facilitar o entendimento, já que considera-se que na prática a LC é um processo dinâmico, em que todos os serviços devem estar comunicados e integrados, e dependendo da necessidade do usuário determinado serviço assume maior responsabilidade em determinado momento.

A construção e implantação do fluxo de assistência, refletiria em uma melhor organização na atenção às PVHA, corresponsabilizando; gestores, serviços e profissionais para a construção de uma LC, facilitando o acesso aos usuários do município e da região, já que o HU passaria a ser referência somente para esses usuários.

Para a efetivação deste, entre outros aspectos, é necessário um comprometimento dos gestores com o intuito de estruturar a Atenção Básica, assim como adequar o AM com estrutura física adequada, número suficiente de trabalhadores e equipe multiprofissional, o que poderia vir a configurar-se como um SAE municipal.

Considerações Finais

Constatou-se que não existe um fluxo de atenção oficializado às PVHA no município, assim como uma LC articulada, o que fragmenta a atenção e fere o princípio da Integralidade, dificultando o acesso do usuário aos serviços e comprometendo um atendimento com qualidade e resolutividade.

Considerando as vivências e percepções dos trabalhadores de saúde, é necessária a ordenação e oficialização do fluxo, tendo o AM como referência para os usuários do município. Para isso é necessária uma pactuação entre os serviços existentes e o comprometimento entre os diferentes níveis de gestão.

Associado a isso, é fundamental a estruturação da Atenção Básica, a utilização de estratégias de matriciamento e o fortalecimento da Política de Educação Permanente, para que seja possível construir uma linha de cuidado às

PVHA, havendo uma real integração entre os serviços e garantindo e Integralidade no atendimento ao usuário.

Referências Bibliográficas

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. [acesso em: 03 jan 2013]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. [acesso em: 03 jan 2013]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/sintomas-e-fases-da-aids>.
- 3- World Health Organization, 2010. . [acesso em: 04 jan 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/es/index2.html>.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 2011. [acesso em 04 de jan de 2013]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim_epidemiologico_2011.
- 5 - Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. Censo 2010. [acesso em 04 jan 2013]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
- 6 - Secretaria Municipal de Saúde. 3º Boletim Epidemiológico da AIDS Adulto, Infantil e HIV Gestante no Município de Santa Maria/RS, Ano 2012. Santa Maria. 2012.
- 7- Brasil. Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 20 de Setembro, PP. 18.055-9, 1990.
- 8- Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- 9- Borges, M. J. L, Sampaio, A. S, Gurgel, I. G. D. Trabalho em Equipe e Interdisciplinaridade: Desafios para a Efetivação da Integralidade a Assistência Ambulatorial às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012. vol 17(1): p.147-156.
- 10 - Pinto, H. A. Linhas de Cuidado na Bahia: um Conceito em Viva Produção. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. v. 33, n.1, p.22-34, jan/mar. 2009.Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2009.
- 11- Minayo, M. C. de S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20 ed. Pet <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>rópolis, RJ: Vozes, 2004.acessado em 06.07.12.
- 12- Caplan, S. Using focus group methodology for ergonomic design. *Ergonomics*, v. 33, n.5, p. 527-33, 1990.

- 13- Brasil. Ministério da Saúde. Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. [acesso em: 03 jan 2013]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/centro-de-testagem-e-aconselhamento.
- 14 - Brasil. Ministério da Saúde. Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. [acesso em: 03 jan 2013]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaids.
- 15 . Campos, G. W., Domitti, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. , vol.23, n.2, pp. 399-407
- 16 - Cecilio, L.C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção à Saúde. In R. Pinheiro & R.A. Mattos, Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2001, p.113-126.
- 17- Testa, M. Estrategia, coherencia y poder em las propuestas de salud (segunda parte). Cuadernos Médico Sociales, 39, pp. 3-28, 1987.
- 18- Paim, S.P. Planejamento em Saúde para não Especialistas. In G.W.S Campos et al., Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2001, p.113-126.
- 19- Silva, L.M.S. *et al.* Integralidade em Saúde: Avaliando a Articulação e a Co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um Serviço de Referência em HIV/AIDS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2005, vol 14(2), p. 97-104.
- 20- Franco, B.T., Magalhaes-Junior, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In E.E. Merhy, T.B. Franco. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 125-33) (2ª ed.). São Paulo, 2004.
- 21- Brasil. Portaria 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). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
- 22 - Ceccim, R.B., Ferla, A.A. Linha de Cuidado: a Imagem da Mandala na Gestão em Rede de Práticas Cuidadoras para uma outra Educação dos Profissionais de saúde. In: Pinheiro, R., Mattos, R.A., organizadores. *Gestão em redes . Práticas de avaliação, formação e participação na saúde*, 2006.
- 23- Cecilio, L.C.O., Merhy, E.E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: Pinheiro, R., Mattos, R.A., organizadores. *Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde*. IMS . UERJ . ABRASCO, Campinas, 2003.