

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Maria Jucineide Lopes Borges

**Integralidade da Atenção à Saúde das Pessoas
Vivendo com HIV/Aids: Uma Avaliação de
Serviços de Assistência Especializada**

RECIFE
2010

Maria Jucineide Lopes Borges

**INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS VIVENDO COM
HIV/AIDS: UMA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração em Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel

Recife
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- B732i Borges, Maria Jucineide Lopes.
Integralidade da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids: uma avaliação de serviços de assistência especializada./
Maria Jucineide Lopes Borges. — Recife: M. J. L. Borges, 2010.
137 p.: il.
- Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel.
1. Assistência Integral à Saúde. 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 3. Assistência Ambulatorial. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. 5. Atenção à Saúde. 6. Avaliação. I. Gurgel, Idê Gomes Dantas. II. Título.

CDU 616.974

Maria Jucineide Lopes Borges

**INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS VIVENDO COM
HIV/AIDS: UMA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências.
Área de concentração em Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Aprovada em: 13 / 07 / 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Bezerra de Menezes
CISAM/UPE

Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a Idê Gomes Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

A Amilcar, Gabriela e Eduardo,
pela presença afetuosa em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Ao longo do caminho, pessoas generosas contribuíram para elaboração deste trabalho. Agradeço-lhes com o coração.

Aos usuários, profissionais e gestores dos serviços avaliados, pela receptividade à proposta do estudo, pela oportunidade de aprendizagem e pela confiança com que me receberam.

À Idê Gomes Gurgel e Aletheia Sampaio, minhas orientadoras, pela valiosa contribuição, pela disponibilidade, compreensão e tranquilidade nos momentos de dúvidas e inquietação.

Aos professores, pela generosidade com que nos repassam seus conhecimentos e experiências.

Aos profissionais da Secretaria Acadêmica, do Apoio Administrativo e da Biblioteca do CPqAM pela atenção e disponibilidade com que acolhem nossas solicitações.

Aos colegas de mestrado, pelos dois anos de trocas e pelo estímulo diante dos desafios.

À Secretaria Estadual de Saúde pela oportunidade de participação no Mestrado aos servidores da assistência à saúde.

A François Figueirôa, Goretti Godoy e Wilma Araújo, da Gerência Estadual de DST e Aids, pela receptividade, sugestões e informações que fundamentaram a construção desta pesquisa.

A Acioli Neto, Gerente de Atenção às DST e Aids de Recife, pela disponibilidade e apoio à realização deste trabalho.

À Luciana Jungman, Coordenadora do Setor de Saúde Mental do Hospital Otávio de Freitas (HOF), pelo apoio à participação nas atividades do Mestrado.

À Karla Soares, Gerente operacional do CAPS Esperança, pelo apoio para conciliar as atividades no serviço, com as aulas e período de construção deste trabalho.

Aos colegas do HOF e do CAPS Esperança, pelo estímulo ao crescimento profissional e pela compreensão diante do afastamento necessário para elaboração deste estudo.

A Amilcar, companheiro sempre presente, que me estimula a lutar pelos meus sonhos.

À Gabriela e Eduardo, pela tolerância aos momentos de silêncio e recolhimento e pelo resgate do estar juntos, nas idas e vindas desta construção.

À minha família e amigos, pelo bom humor e pelos necessários momentos de relaxamento.

*Acordar sabendo que se pode viver faz tudo ter sentido
de vida e mudar o modo como se vive a vida.
Acordar pensando que se vai morrer faz tudo perder o sentido.
A idéia da morte, no lugar da vida, é a própria morte instalada.
De repente me dei conta de que a cura da Aids sempre
havia existido, como possibilidade, antes mesmo de existir
como anúncio do fato acontecido, e que o seu nome era vida.
Foi de repente, como tudo acontece."*

Herbert de Sousa.

BORGES, Maria Jucineide Lopes. **Integralidade da Atenção à Saúde das Pessoas Vivendo com HIV/Aids: Uma Avaliação de Serviços de Assistência Especializada**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

A complexidade da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids requer dos serviços de saúde o investimento na integralidade das ações e do cuidado. Esta lança às equipes multiprofissionais envolvidas na assistência, o desafio da construção de uma prática interdisciplinar. Este estudo teve o objetivo de analisar a integralidade da atenção à saúde em Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids de Recife/Pernambuco, a partir do processo e organização do trabalho em equipe. Trata-se de um estudo de caso desenvolvido em três unidades de SAE-HIV/Aids da cidade do Recife, com base em abordagem qualitativa, por meio da utilização de diferentes técnicas de investigação: observação de campo, entrevistas guiadas e análise documental. Os resultados apontam que, embora sejam guiados pelas diretrizes nacionais, a organização dos serviços para atenção integral à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids é heterogênea. Os SAE atendem a grande parte das recomendações do Ministério da Saúde, no que se refere à infraestrutura básica para assistência à saúde desse grupo populacional, mas nenhum serviço apresentava a constituição da equipe mínima satisfatória. Há o reconhecimento da fragmentação do trabalho em equipe e da dificuldade de sistematizar uma prática interdisciplinar e intersetorial, sendo apontadas falhas para garantir o fluxo de referência e contrarreferência. Identificou-se a necessidade de perceber o usuário como um todo, valorizando-se a relação usuário-serviço; de a equipe trabalhar de forma articulada, buscando-se a prática comunicativa e as atividades relacionais; e identificou-se a pouca valorização do papel do gerente como articulador da equipe. As ações desenvolvidas pelos SAE e a percepção dos atores que os compõem revelam consonâncias e divergências em relação ao modelo de atenção à saúde integral, proposto para desenvolver formas de cuidado que respondam às amplas necessidades das pessoas vivendo com HIV/Aids, através de uma equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Assistência Ambulatorial; Equipe de Assistência ao Paciente; Atenção à Saúde; Avaliação.

BORGES, Maria Jucineide Lopes. **Integrality of Health Care of People Living with HIV/AIDS: A Survey of Expert Assistance.** 2010. Thesis (MS) - Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

The health care complexity of people living with HIV/Aids requires from the health care services the investment in the integrality of actions and care. This complexity presents the multidisciplinary teams involved in care the challenge of building an interdisciplinary practice. This study aimed at examining the integrality of health care in the Specialized Assistance Services (SAE) for HIV/Aids in Recife/Pernambuco, considering the process and team work organization. This is a case study developed in three SAE-HIV/Aids units of Recife, based on a qualitative approach, through the use of different research techniques: field observation, guided interviews and document analysis. The results show that, although guided by the national guidelines, the services' organization for integral health care concerning people living with HIV/Aids is heterogeneous. The SAE respond to most of the recommendations of the Brazilian Health Ministry, in regard to basic infrastructure to assist these group, but the bare minimum team assembly could be observed in none of them. Both the teamwork's fragmentation and the difficulty of establishing a systematic intersectorial and interdisciplinary practice are admitted, with the indication of flaws on the insurance of the reference and counter-reference flow. It was identified the need to perceive the user as a whole, emphasizing the user-service relationship; to have a team's collaborative way of working, in order to enforce communicative and relational activities. It was also perceived a little appreciation of the role of the manager as a coach of the team. The actions developed by the SAE and the perception of the actors who compose them demonstrate similarities and differences in relation to the model of the integral health care, intended to develop ways of caring that meet the broad needs of people living with HIV/Aids, through a multidisciplinary team.

Keywords: Integral Health Care; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Ambulatory Care; Patient Care Team; Health Care; Evaluation.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ADT – Assistência Domiciliar Terapêutica
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASAS – Associação de Ação Solidária
AZT – Zidovudina
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética de Pesquisa
CISAM – Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
COAS – Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CPqAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DS – Distrito Sanitário
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
GERES – Gerência Regional de Saúde
HC – Hospital das Clínicas
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HOF – Hospital Otávio de Freitas
HCP – Hospital Correia Picanço
HOC – Hospital Oswaldo Cruz
IASC – Instituto de Assistência Social e Cidadania
IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
LACEN – Laboratório Central do Estado
MS – Ministério da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
OSC – Organizações da Sociedade Civil
PAM – Plano de Ações e Metas
POA – Plano Operativo Anual
PN DST/AIDS – Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
PVHA – Pessoas Vivendo com HIV e Aids

QUALIAIDS – Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em

Aids no SUS

RENAGENO – Rede Nacional de Genotipagem

RG – Registro Geral

RH – Recursos Humanos

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SAME – Setor de Arquivo Médico

SICLOM – Sistema de Controle de Logística de Medicamentos

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral de Alta Potência

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UDM – Unidades Dispensadoras de Medicamentos

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	19
3.1 Aids: Organização da Assistência no Brasil.....	19
3.2 A Assistência Ambulatorial às Pessoas Vivendo com HIV/Aids	22
3.3 A Relação Profissional - Usuário: Corresponsabilização e Estímulo para o Fortalecimento da Adesão	25
3.4 A Interface entre Integralidade e Interdisciplinaridade.....	27
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
4.1 Desenho do Estudo	32
4.2 Análise dos dados.....	36
4.3 Aspectos Éticos.....	38
5 RESULTADOS	39
5.1 Caracterização dos Serviços de Assistência Especializada	39
5.1.1 SAE do Hospital Correia Picanço (HCP).....	40
5.1.2 SAE da Policlínica Lessa de Andrade.....	42
5.1.3 SAE do Hospital Otávio de Freitas (HOF).....	44
5.2 A Organização do Trabalho	45
5.2.1 Atividades e Fluxo de Atendimento aos Usuários	46
5.2.1.1 O Atendimento na Recepção e a Organização da Sala de Espera.....	49
5.2.1.2 As Atividades dos Profissionais.....	53
5.2.1.3 As Atividades Grupais	68
5.2.2 Mecanismos de Articulação e Acompanhamento da Equipe.....	71
5.2.2.1 Reuniões de Equipe	71
5.2.2.2 Encaminhamentos de Usuários entre os Profissionais	73
5.2.2.3 Planejamento, Avaliação e Monitoramento do Trabalho	74
5.2.2.4 Oferta de Treinamentos e Supervisões	76
5.2.2.5 Gerenciamento	78

5.2.3 Articulação com Outros Serviços.....	81
5.2.3.1 <i>Articulando a Rede de Saúde.....</i>	82
5.2.3.2 <i>Buscando Suporte Social.....</i>	86
5.3 A Integralidade da Atenção nos SAE-HIV/Aids: A Percepção dos Atores.....	87
5.3.1 <i>Integralidade da Atenção.....</i>	88
5.3.2 <i>O Usuário do SAE: Características, Necessidades e Motivação para o Tratamento....</i>	91
5.3.3 <i>Interação Usuário - Serviço: Trocas e Corresponsabilização.....</i>	95
5.3.4 <i>O Trabalho em Equipe.....</i>	101
6 DISCUSSÃO.....	106
7 CONCLUSÕES.....	119
8 RECOMENDAÇÕES.....	121
REFERÊNCIAS.....	123
Apêndice A - Roteiro para Observação de Campo.....	130
Apêndice B – Roteiro para Entrevista com Gerentes das Unidades.....	132
Apêndice C – Roteiro para Entrevista com Técnicos.....	134
Apêndice D – Roteiro para Entrevista com Usuários.....	136
Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	137

1 INTRODUÇÃO

A epidemia da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) passou por diversos momentos desde o seu início há duas décadas e meia. Até então, não havia tratamento eficaz, pois as primeiras drogas utilizadas não conseguiam aumentar a sobrevida dos pacientes e a morte ocorria em um curto espaço de tempo (FURTADO, 2005).

O surgimento de alternativas terapêuticas possibilitou a modificação desse panorama, tornando-se possível num primeiro momento, aumentar a sobrevida dos pacientes. Com a utilização da Terapia Antirretroviral Potente (TARV), passou-se de medidas paliativas à possibilidade de estabilização da infecção (BRITES, 2007).

Desta forma, a Aids transformou-se “de doença de curso rápido, de tratamento hospitalar, em doença de curso crônico, longo, exigindo uma grande e rápida expansão da atenção ambulatorial” (ALVES, 2003, p.10). Conseqüentemente, o foco da atenção médica mudou, voltando-se para a melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Aids. Esta questão tornou-se fundamental na abordagem integrada que deve ser aplicada ao tratamento desses pacientes (BRITES, 2007).

De acordo com o Boletim Epidemiológico - Aids e DST (2010), do Ministério da Saúde (MS), desde a identificação do primeiro caso de Aids no Brasil em 1980, até junho de 2009, foram notificados um total de 544.846 casos da doença. Destes, 64.706 no Nordeste (12%), sendo os estados da Bahia e Pernambuco, os que apresentam um maior número de casos: 15.789 e 15.656, respectivamente. A taxa de incidência no país também mantém patamares elevados: 18,2 casos por 100 mil habitantes.

Até 2008, o número de óbitos por Aids no Brasil chegou a 217.091, com 10% destes ocorrendo na região Nordeste. O número de óbitos notificados em Pernambuco foi de 6.412. No país como um todo, observou-se uma estabilização no número de óbitos por Aids desde 1998 em cerca de 11 mil óbitos anuais. O coeficiente de mortalidade por Aids no país estabilizou-se em 6,4 óbitos por 100 mil habitantes, a partir do ano 2000. Em 2008, o referido coeficiente foi de 6,1 por 100 mil habitantes. Uma importante queda da mortalidade foi observada a partir do estabelecimento da política de acesso universal ao tratamento antirretroviral (BRASIL, 2010b).

Para a organização da atenção à saúde das Pessoas Vivendo com HIV e Aids (PVHA), o Ministério da Saúde propôs, no âmbito do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN DST/AIDS) - atualmente designado Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais¹ - que a assistência ambulatorial passasse a ser desenvolvida pelos Serviços de Assistência Especializada em HIV e Aids (SAE-HIV/Aids). Estes são serviços que oferecem “grande resolutividade diagnóstico-terapêutica em nível ambulatorial. A qualidade do atendimento seria assegurada pela assistência integral, prestada por equipes de saúde multidisciplinares, aos pacientes e seus familiares” (BRASIL, 2008b).

Os SAE-HIV/Aids foram implantados a partir de 1994 em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1996, havia 33 SAE cadastrados no país, observando-se uma grande heterogeneidade na capacidade operacional e na resolutividade desses serviços (BRASIL, 2008b). Em 2007, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais fez um levantamento junto a todas as Coordenações Estaduais de DST e Aids do país, chegando-se a um total de 636 serviços. A distribuição regional dos SAE naquele momento era a seguinte: 29 serviços na Região Norte, 66 no Nordeste, 36 no Centro-Oeste, 145 no Sul, 63 no Sudeste (exceto São Paulo e Rio de Janeiro), 103 no Rio de Janeiro e 193 em São Paulo (BRASIL, 2008h).

Segundo o Boletim Informativo – DST/Aids (2009), da Secretaria de Saúde de Pernambuco, dos 185 municípios do estado, 169 apresentam pelo menos um caso de Aids registrado, ou seja, 91,4% dos municípios. Atualmente, Pernambuco conta com 14 SAE-HIV/Aids, dos quais 10 estão localizados na I Gerência Regional de Saúde (Geres), na região metropolitana do Recife, sendo oito nesta cidade, um em Olinda e outro em Jaboatão dos Guararapes (PERNAMBUCO, 2008). Essa concentração de serviços ambulatoriais provavelmente está relacionada ao fato da Região Metropolitana de Recife concentrar 78,9% dos casos do estado.

De acordo com o Programa Estadual DST/Aids, os demais SAE estão situados em outras regiões do estado: um na IV Geres, na cidade de Caruaru, a 133 km do Recife; um na V Geres, na cidade de Garanhuns, a 234 km da capital. Outro SAE foi implantado na VII Geres,

¹ “Em 2009, o Ministério da Saúde formalizou em sua estrutura o Programa Nacional de DST e Aids, elevando o seu *status* administrativo para ‘Departamento’ (Decreto nº 6.860, da Presidência da República) e marcando a importância política do tema para o país. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais é responsável por estabelecer as diretrizes da política nacional de combate à Aids, apoiando estados e municípios no planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações” (BRASIL, 2010b, p. 28).

na cidade de Salgueiro, localizada a 515 km de Recife; e outro na VIII Geres, em Petrolina, cidade localizada a 721 km da capital (PERNAMBUCO, 2008).

Com o objetivo de avaliar e monitorar o atendimento, aprimorando a qualidade da assistência às PVHA, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais implantou o Programa de Autoavaliação da Qualidade da Organização da Assistência Ambulatorial, iniciando em 2001 um trabalho de campo para avaliar os aspectos organizacionais e gerenciais da assistência. Neste sentido, foi desenvolvido o questionário Qualiaids (Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS), por uma equipe formada por docentes e pesquisadores das universidades brasileiras, a Equipe Qualiaids (BRASIL, 2008a).

O referido questionário é um instrumento eletrônico, autoaplicável pelos serviços, formado por questões sobre a organização da assistência, acompanhadas por recomendações sobre boas práticas. Sua implantação oficial ocorreu em 2007, abordando dimensões de estrutura e processo da assistência ambulatorial, utilizando três dimensões avaliativas: organização do processo da assistência, gerenciamento técnico do trabalho e disponibilidade de recursos (BRASIL, 2008a).

Em 2008, foi publicado o Relatório de Avaliação da Assistência Ambulatorial aos Adultos Vivendo com HIV/Aids apresentando os resultados da pesquisa que, através do questionário Qualiaids, avaliou a qualidade dos serviços que prestam assistência a adultos que vivem com HIV/Aids no Brasil. O estudo foi realizado nos 27 estados brasileiros, abrangendo a totalidade dos serviços de atendimento ambulatorial (BRASIL, 2008h). Para analisar o perfil de qualidade dos serviços, foram estabelecidos seis agrupamentos que indicam níveis de qualidade decrescentes, sendo o primeiro grupo o de melhor qualidade, e o sexto grupo o de pior qualidade (BRASIL, 2008h).

Em Pernambuco, todos os serviços responderam ao questionário Qualiaids, apenas um não foi considerado na análise, por haver respondido a menos de 10 perguntas do questionário, critério estabelecido para exclusão. Quanto aos níveis de qualidade, este estado teve 23,1% dos serviços considerados no primeiro grupo; 7,7% no terceiro grupo; 15,4% no quarto grupo; 46,2% no quinto grupo e 7,7% no sexto grupo (BRASIL, 2008h).

Discutindo sobre os limites e alcances da avaliação Qualiaids, a equipe responsável sinalizou que, apesar da avaliação detectar as adequações e falhas, não aponta hipóteses explicativas

sobre o desempenho observado. Também chamou a atenção para o fato de o questionário não avaliar a qualidade técnica, interna, das atividades dos profissionais, exigindo outros tipos de instrumentos de avaliação e monitoramento (BRASIL, 2008h).

Melchior *et al.* (2006), comentando a referida avaliação, aponta para a necessidade de serem realizadas avaliações qualitativas, que possam captar outras dimensões da realidade. Considera que o questionário eletrônico fornece como resultado uma arquitetura funcional dos serviços, mas para captar a adesão dos profissionais a essa arquitetura são necessárias outras metodologias, significando outra etapa desse processo.

A ênfase dada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais à importância do trabalho em equipe na assistência ambulatorial, como forma de responder à complexidade da Aids foi destacada desde a proposta inicial de implantação dos SAE. Naquele momento, foi estabelecida a formação de uma equipe mínima, composta por médico (clínico geral ou infectologista), psicólogo, assistente social, enfermeiro e farmacêutico, para desenvolver as ações nesses serviços (NEMES, 2004).

No entanto, publicações do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais fazem referência à necessidade de uma atuação pautada pela “multidisciplinaridade” ou por uma “equipe multidisciplinar”, termos que favorecem um distanciamento da proposta de diálogo e trabalho conjunto defendida pelo Departamento (BRASIL, 2005a, 2007, 2008b, 2008d, 2008e). Diferentemente, documento recente refere-se à “interdisciplinaridade” como uma condição necessária à atenção a saúde de PVHA, ao apresentar os princípios e diretrizes de qualidade da avaliação Qualiaids (BRASIL, 2008g).

Segundo Japiassu (1976, p.72, 76) a multidisciplinaridade “só evoca uma simples justaposição, num trabalho determinado, dos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho de equipe e coordenado”. Em relação ao espaço interdisciplinar o autor afirma que “jamais esse espaço poderá ser constituído pela simples adição de todas as especialidades [...] O fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares”.

Nemes (2004), referindo-se à assistência a PVHA nos SAE, considera que a integralidade das ações depende de diferentes dimensões do trabalho em saúde. A referida autora afirma que

A complexidade tecnológica que se realiza no momento assistencial, refere-se à interação entre os sujeitos, à organização do trabalho, ao exercício da interdisciplinaridade presente no trabalho em equipe, à contínua incorporação de novos saberes e práticas às ações de saúde. Da qualidade dessas diferentes dimensões do trabalho em saúde depende a integralidade das ações (NEMES, 2004, p.312).

Segundo Bonaldi (2007), a integralidade em saúde se expressa através das práticas produzidas a partir das relações entre os atores nos diferentes serviços. Portanto, as pesquisas devem partir dos espaços onde as relações se estabelecem, onde as práticas são produzidas. A autora afirma a possibilidade de, através da análise dos dados coletados, que emergem de diferentes formas e momentos, delinear o trabalho em equipe como um instrumento para a efetivação do princípio da integralidade.

Pinheiro (2003) afirma que apenas o acesso ao serviço não garante a integralidade no atendimento. Existem vários fatores condicionantes da integralidade, entre os quais, as concepções de saúde dos profissionais e a interdisciplinaridade. Esta se refere à solidariedade do conhecimento e à preocupação do profissional em contribuir com o seu conhecimento para resolver o problema.

De acordo com Mattos (2003), a interdisciplinaridade e a circulação do conhecimento são fundamentais para a construção de uma prática integral. Portanto, esta prática depende do diálogo entre os diversos saberes, incluindo os saberes da comunidade e dos usuários.

Para Vilella (2003), a Aids é um objeto complexo que exige uma construção interdisciplinar para a sua leitura e interpretação. Requer, portanto, a participação de distintos saberes, para sua formulação como objeto de conhecimento e intervenção.

A dificuldade das equipes em se articularem de forma a oferecerem uma assistência integral e desenvolverem um trabalho que vá além da multidisciplinaridade tem se constituído uma realidade para diversos serviços. Esta dificuldade contribui para a fragmentação da assistência, tornando-a insuficiente para atender à complexidade da Aids.

Na perspectiva de compreender esse problema e preencher a lacuna de conhecimentos sobre o mesmo, este estudo se guiou pela seguinte pergunta: **Como a organização e o processo de trabalho em equipe dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids de Recife têm favorecido ao princípio da integralidade da atenção à saúde?**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a integralidade da atenção à saúde em Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids localizados em Recife/Pernambuco, a partir do processo e organização do trabalho em equipe.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids em Recife;
- b) Descrever a organização do trabalho em equipe nos serviços estudados, identificando sua relação com a integralidade da atenção;
- c) Identificar a percepção dos atores sobre a integralidade da assistência nos serviços estudados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Aids: Organização da Assistência no Brasil

Conforme relata a publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) “Aids Vinte Anos: Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro”, no início dos anos 1980, nos Estados Unidos, a ocorrência de casos de pneumocistose e sarcoma de Kaposi em pessoas jovens e aparentemente saudáveis chamou a atenção de médicos, pois os casos estavam fora do padrão das duas doenças. Ademais, as pessoas acometidas eram homossexuais masculinos, logo começando a repercutir através da imprensa, a expressão “câncer gay” ou “peste gay” para designar a doença ainda pouco conhecida e tão estigmatizada.

Os primeiros casos no Brasil foram diagnosticados em 1983, quando a nova doença já era conhecida como Aids. O momento era de rearticulação política da sociedade brasileira, quando grupos representantes de vários setores e profissionais de saúde estavam empenhados em redesenhar a assistência pública à saúde, movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária.

Segundo essa publicação, o primeiro programa de controle da doença foi implantado em São Paulo em 1983, com a cooperação entre a comunidade gay organizada e os técnicos da secretaria estadual de saúde. Posteriormente, foi implantado o programa do Rio de Janeiro e organizada a Divisão Nacional de DST e Aids.

Em 1986 foi criado o Programa Nacional de DST e Aids, atual Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Naquele período ocorria a VIII Conferência Nacional de Saúde, quando as ideias da Reforma Sanitária foram fortalecidas e foi criado o SUS, consolidando-se na Constituição Federal de 1988, marco da redemocratização do país.

Esse documento ainda destaca que em 1987 tiveram início as campanhas de prevenção contra a Aids que, a princípio, reforçaram a discriminação. A descoberta de casos em determinados grupos como hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e homossexuais masculinos, levou à expressão “grupos de risco”, dando às pessoas fora desses grupos a falsa impressão de segurança, o que interferiu negativamente na luta contra a epidemia. Tal fato gerou a

resistência dos movimentos sociais organizados que, junto às Organizações Não Governamentais (ONGs), defenderam a ideia de que a luta contra o preconceito, a discriminação e os direitos dos soropositivos faziam parte da prevenção.

A evolução da epidemia gerou a necessidade de garantir o direito à testagem sorológica voluntária, anônima e confidencial. Apesar dos primeiros testes diagnósticos terem sido liberados desde 1985, possibilitando a detecção mais precoce da doença, foi a partir de 1988 que foram criados os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), oferecendo aconselhamento pré e pós-teste (FILGUEIRAS *et al.*, 2009).

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais tem se fundamentado na junção de ações de prevenção e assistência, mesmo antes da introdução da terapia antirretroviral. A zidovudina (AZT), primeira medicação com eficácia, mesmo que limitada, foi utilizada desde o final dos anos 1980 (BRASIL, 2005b).

Em 1996 foi apresentado na 11^a Conferência Internacional sobre a Aids, em Vancouver, no Canadá, o “coquetel” de drogas, ou seja, uma combinação de medicamentos capaz de inibir diferentes etapas da replicação viral. O “coquetel” diminuía em cem vezes o ritmo de replicação do vírus em relação à monoterapia (SOUZA, 2003).

Foi a partir de 1996, com a introdução de novas classes de medicação e a utilização de múltiplas drogas combinadas, que se tornou possível reduzir a progressão da doença e a deterioração do sistema imunológico. Esta medida levou a uma considerável queda da mortalidade pela Aids. No mesmo ano, a legislação passou a garantir o acesso aos medicamentos pelo SUS, estratégia que vem se mostrando eficaz tanto do ponto de vista da queda da mortalidade, quanto na redução dos custos do tratamento. Além disso, foi possível diminuir a ocorrência de infecções oportunistas, suas sequelas e internações dos pacientes em estado grave (BRASIL, 2005b).

O Brasil foi um dos primeiros países a garantir o acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral. Em 1997, foi concebido o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), para o gerenciamento da dispensação e estoque de antirretrovirais na Rede Pública de Saúde. A dispensação é feita pelas farmácias das unidades que prestam assistência às PVHA. Estas são denominadas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) e estão

designadas a prestar uma assistência farmacêutica integral. Atualmente existem no país 675 UDM, 80% destas já utilizam o SICLOM (BRASIL, 2010b).

A Política de Medicamentos do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais estabeleceu como estratégia a elaboração de recomendações técnicas consensuais para o tratamento das pessoas infectadas pelo HIV. O referido documento de orientação, chamado Consenso Terapêutico Nacional, é organizado pelo Comitê Assessor para Terapia Antirretroviral para Adultos Infectados pelo HIV, o qual foi instituído pelo Ministério da Saúde desde 1996, para estabelecer parâmetros de tratamento e acompanhamento de pessoas com HIV e Aids (DOURADO *et al.*, 2006). Em 2005, foi instituído o Comitê Assessor de Terapia Antirretroviral para Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV e o Comitê Assessor de Terapia Antirretroviral para Gestantes Infectadas pelo HIV, o qual anteriormente fazia parte do Comitê para Adultos (BRASIL, 2010b).

Os comitês assessores são formados por representantes da sociedade civil e das sociedades médicas. O processo de elaboração das diretrizes nacionais vem sendo aprimorado e, atualmente, os documentos passaram a ser mais abrangentes, contemplando não apenas a terapêutica antirretroviral, mas outros aspectos da atenção integral às PVHA (BRASIL, 2010b).

Em 1997, começou a ser instalada a Rede Nacional de Laboratórios para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e determinação da carga viral, atualmente composta por 90 laboratórios. Esses laboratórios possuem um sistema informatizado capaz de armazenar e associar dados clínicos, permitindo um gerenciamento individual ou global e administrativo nas esferas estadual e federal. O país também está dotado de uma Rede Nacional de Genotipagem² (RENAGENO), iniciada em 2001 e que atualmente conta com 22 laboratórios. Esta rede também possui um sistema informatizado para o armazenamento de dados clínicos que auxiliam os médicos na escolha da melhor conduta terapêutica e apoiam o governo na política de medicamentos (BRASIL, 2010b).

² Exame que permite avaliar o perfil de resistência do vírus aos diferentes esquemas terapêuticos, que é solicitado quando existe suspeita de falha ou resistência às drogas antirretrovirais.

Estima-se que, no Brasil, existam atualmente cerca de 630 mil PVHA, na faixa etária de 15 a 49 anos. Aproximadamente 197 mil indivíduos HIV+ estão em tratamento na rede pública de saúde, ou seja, cerca 95% dos usuários diagnosticados com HIV e elegíveis para o tratamento. A rede de serviços de assistência em Aids conta com 675 UDM, 636 SAE, 434 hospitais de referência, 79 hospitais-dia e 54 unidades de atendimento domiciliar terapêutico (BRASIL, 2010b).

Após 20 anos de epidemia, o tratamento avançou muito, proporcionando a melhoria da qualidade de vida das pessoas soropositivas. Hoje, a busca por drogas com reduzidos efeitos colaterais e custos e maior potência tem sido objeto de intensa pesquisa (SOUZA, 2003).

Novas demandas surgiram a partir do acesso à terapia antirretroviral, impondo “o desafio da construção de uma nova política de assistência que proponha maior integração entre os níveis de atenção à saúde, e que também propicie o exercício da multidisciplinaridade, resguardando à PVHA, o princípio da integralidade” (BRASIL, 2005a, p.45).

3.2 A Assistência Ambulatorial às Pessoas Vivendo com HIV/Aids

No início da década de 1990, o Ministério da Saúde estruturou a política de assistência às PVHA. A definição da política de medicamentos antirretrovirais foi um marco importante no contexto assistencial. Sob a responsabilidade dos diversos níveis da esfera governamental, o MS concebeu o Programa de Alternativas Assistenciais, baseado na implantação de serviços alternativos à assistência convencional. Para atuação ambulatorial foi desenvolvido, o Serviço de Assistência Especializada (SAE); para atuação hospitalar, o Hospital-Dia (HD) e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) (BRASIL, 2008d).

O atendimento nestes Serviços seria assegurado por equipes multidisciplinares, visando oferecer uma assistência humanizada e de qualidade, baseada na atenção integral à PVHA e sua família (BRASIL, 2008b).

As normas para o credenciamento dos SAE foram definidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais em 1994, estabelecendo padrões mínimos de funcionamento quanto à

estrutura do cuidado, incluindo, entre outros requisitos, a existência de uma equipe mínima e a disponibilidade de recursos materiais (BRASIL, 2008d).

A implantação dos SAE em unidades de saúde pré-existentes no SUS ocorreu a princípio de forma descentralizada, por meio de recursos repassados através do Plano Operativo Anual (POA), sob a responsabilidade das coordenações locais de DST e Aids. A partir de 1997, optou-se, diante da análise dos resultados da política gerencial até aquele momento, pela implantação centralizada dos serviços. Desta forma, o repasse de recursos às instituições de saúde passou a ser feito pelo MS, mediante a aprovação de projetos específicos (BRASIL, 2008d).

O SAE presta assistência clínica e psicossocial aos pacientes, cuidados de enfermagem, atendimentos em especialidades como infectologia, ginecologia, pediatria, odontologia, dispensa de medicação antirretroviral e insumos de prevenção, oferece orientação farmacêutica, atividades educativas para adesão ao tratamento, prevenção e controle de DST e HIV/Aids. Além disso, operacionaliza a realização de exames de monitoramento e busca contribuir para o estabelecimento de uma rede de referência e contrarreferência para o atendimento dos pacientes (BRASIL, 2009a).

Um importante fator para o êxito do tratamento de doenças crônicas como a infecção pelo HIV/Aids, diz respeito à qualidade da assistência prestada. Para Castanheira (2002), a qualidade da assistência ambulatorial pode relacionar-se à adesão ao tratamento, mais que as próprias características dos usuários ou do tratamento. É, portanto, determinante dos resultados e impactos esperados das ações voltadas às PVHA.

Tal percepção é corroborada por Melchior *et al.* (2006) ao afirmarem que uma assistência bem conduzida causa um impacto positivo na redução da mortalidade e na qualidade de vida dos pacientes, podendo contribuir para o controle da epidemia.

Nemes (2004) afirma que a qualidade da assistência refere-se ao processo do cuidado, articulando a universalidade e a integralidade. Esta última depende de diferentes dimensões do trabalho: das trocas entre os sujeitos, da organização do trabalho, da interdisciplinaridade, da contínua incorporação de novos saberes e práticas às ações de saúde. Quanto à universalidade da atenção à saúde, não depende unicamente do acesso, o que levaria a um

modelo centrado no atendimento, mas da qualidade do cuidado, caracterizado pela complexidade e amplitude das ações assistenciais.

Segundo Castanheira (2002), a complexidade da Aids parece tornar o apoio técnico-científico insuficiente, como se fosse um objeto que transbordasse os limites da Clínica, colocando ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais o desafio de buscar alternativas, novas tecnologias, que respondam também às demandas sociais. De acordo com a autora, a atuação do SAE através de equipe multiprofissional é uma proposição programática que aponta para a possível contribuição dos saberes e técnicas de várias disciplinas.

A atual assistência ambulatorial às PVHA traz uma proposta inovadora, indo de encontro ao modelo assistencial hegemônico, centrado no profissional médico e na operacionalização por procedimentos. Trata-se de um modelo em transição, um grande desafio posto aos gestores e demais profissionais que se debruçam sobre a assistência ambulatorial (CASTANHEIRA, 2002).

Para Castanheira (2002), no referido modelo de transição há um reconhecimento da insuficiência do saber médico como único capaz de atuar sobre a doença. Tal reconhecimento expressa-se pela proposta de atuação através de uma equipe multiprofissional. Para além desse reconhecimento, a prática médica segue sendo o saber operativo que predominantemente orienta a assistência ambulatorial à Aids, ou seja, a prática médica constitui um meio para alcançar os propósitos do programa e mediante o qual, são definidas as demais ações. Ao SAE, enquanto espaço das práticas assistenciais, coloca-se o desafio de enfrentar as contradições entre a reprodução do modelo hegemônico e as novas ações tecnológicas.

Segundo Vilella (2003, p. 30) “se o objetivo final é a qualidade de vida do indivíduo com HIV, a construção de uma prática interdisciplinar é condição fundamental”. A autora afirma que a Aids é um objeto complexo, formado por condições simultâneas e efeitos dessas sobre o indivíduo. Sua formulação, enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, exige a participação de diferentes áreas médicas e outros campos de saber, como a psicologia, a pedagogia, a economia e outros, além de diversas dimensões da experiência humana.

Nesse sentido, Grinsztejn (2004) afirma que a complexidade de tais questões pode ser melhor abordada através da oferta de um atendimento multiprofissional, realizado por pessoas

preparadas para lidar com os diferentes aspectos relacionados à assistência dos pacientes vivendo com Aids. Para a autora, o envolvimento dos profissionais com a assistência prestada é um diferencial importante para a qualidade do serviço.

3.3 A Relação Profissional - Usuário: Corresponsabilização e Estímulo para o Fortalecimento da Adesão

A percepção da influência do meio social e da história psíquica de cada indivíduo diante das ações clínicas contribui para a compreensão da importância do vínculo entre a equipe de saúde e o usuário. Exige, desta forma, uma abordagem mais integral dos casos, valorizando a produção de sujeitos autônomos. Relações profissionais/usuários adequadas dependem da troca entre sujeitos que falam, desejam e julgam (CAMPOS, 1997).

Campos (1997) considera que as práticas de saúde têm capacidade de criar dependência ou autonomia. Exemplifica com o tratamento supervisionado, utilizado nos casos de tuberculose e Aids que apresentam problemas de adesão. Refere que a intervenção pode ocorrer de duas maneiras: infantilizando as pessoas ou investindo na reconstrução da cidadania e subjetividade desses pacientes que apresentam dificuldade em defender a própria vida (CAMPOS, 2003).

Segundo Oliveira *et al.* (2005), há situações de busca de controle da doença no cotidiano do SAE, que vão de encontro aos projetos pessoais dos usuários: problemas de adesão ao tratamento, desejo de engravidar de pessoas soropositivas, dificuldade na revelação do diagnóstico a crianças e adolescentes soropositivos. Para os profissionais é difícil tratar essas questões, ocorrendo imobilismo e sentimento de impotência, que leva à acomodação a respostas já conhecidas.

Oliveira *et al.* (2005) comentam a dificuldade vivenciada pelos profissionais quando as prioridades do usuário não coincidem com as suas. Sinalizam o pressuposto de que informação e orientações adequadas levariam o usuário a uma “conscientização” que contribuiria para responsabilização sobre o seu tratamento. No entanto, frequentemente, os usuários apresentam prioridades diferentes, que vão de encontro às orientações, que acabam gerando dificuldades para a equipe lidar com tal fato. Por outro lado, os autores apontam a

postura monológica e unilateral adotada muitas vezes pela equipe, a qual acaba por criar obstáculos para a responsabilização do usuário por seu tratamento, de modo a tornar-se sujeito no cuidado de sua saúde.

Maia (2003) defende a importância da relação de confiança entre a equipe e o usuário. Afirma que é necessário enxergar o usuário não como um ser passivo, que entrega sua saúde à responsabilidade do médico, mas como um ser humano, dono do seu corpo, da sua saúde e da sua cabeça e com capacidade para participar efetivamente no tratamento e na tomada de decisões. Essa postura de perceber o outro enquanto sujeito histórico, social, capaz e semelhante contribui para o desenvolvimento de um trabalho bem sucedido e para as relações horizontais entre profissionais e usuários.

As respostas dos usuários às abordagens são bastante diversificadas. Muitas informações parecem não ser utilizadas e a singularidade das respostas demonstra que não há um modo único de lidar com estas questões. Existe algo que sempre irá escapar a qualquer explicação, algo da ordem do irracional, do inexplicável, da falta de referências. É importante manter a abertura à aquisição de novos conhecimentos, novas possibilidades, para assim poder criar e recriar as práticas (MALTA *et al.*, 2005).

A adesão ao tratamento para as PVHA vai além da ingestão de medicamentos, pressupondo o fortalecimento da autonomia do usuário em relação ao autocuidado. Trata-se de “um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede social” (BRASIL, 2007).

Veloso (2003) refere-se ao uso da TARV como apenas uma das necessidades dos usuários. Afirma que uma assistência integral possibilita a identificação de outras questões, inclusive em relação às dificuldades no uso do medicamento, favorecendo uma melhor adesão ao tratamento. Em relação ao uso de medicação, Lefèvre (1991) afirma que para uma pessoa cumprir uma prescrição por tempo indeterminado, é necessário que a tomada da medicação tenha um sentido. A compreensão de que o medicamento vem suprir uma necessidade, pode tornar a tomada do medicamento símbolo do consumo de uma representação da saúde, ou seja, transformando-o numa mercadoria simbólica. Neste sentido, um trabalho informativo e de conscientização pode dar uma significativa contribuição.

Influenciada por diversos fatores, a adesão ao tratamento está em constante construção e reconstrução. As estratégias que têm se mostrado mais efetivas no tratamento são aquelas que alcançam um maior envolvimento dos usuários e todos os profissionais de saúde (MALTA *et al.*, 2005).

A adesão não é uma característica da pessoa. Não se pode afirmar que uma pessoa não “é aderente”, mas que não “está aderente”. O processo varia no tempo: há períodos de maior e de menor adesão ao tratamento. Assim, o acompanhamento deve ser contínuo e a preocupação dos profissionais não deve ser a obtenção da adesão a qualquer custo. Devem-se considerar as necessidades e singularidades de cada usuário, respeitando-se suas escolhas e possibilidades, estimulando sua corresponsabilização nas decisões do tratamento (BRASIL, 2007).

Segundo Campos (1997), os serviços de saúde deveriam, além de ofertar os recursos institucionais voltados para melhoria das condições individuais e coletivas para resistir às doenças, trabalhar no sentido de ampliar a capacidade de autonomia dos usuários, partindo do respeito à vontade e ao desejo dos mesmos. Neste sentido, seria fundamental o estímulo ao conhecimento do próprio corpo, da doença e das relações com o meio social, na busca de ampliação da possibilidade de sobrevivência e qualidade de vida.

3.4 A Interface entre Integralidade e Interdisciplinaridade

O termo integralidade vem sendo colocado como um desafio nas práticas de saúde desde os anos 1980, quando foi usado para nomear um dos princípios do SUS, representando naquele momento uma das bandeiras de luta do movimento sanitário. Apesar dos avanços do SUS, o princípio da integralidade ainda não se concretizou plenamente (MATTOS, 2004).

Não há uma definição única para a integralidade. Numa investigação sobre os sentidos do termo no contexto da luta pela reforma sanitária no Brasil, Mattos (2004) identificou três conjuntos de sentidos para integralidade. O primeiro diz respeito à abrangência das respostas governamentais aos problemas de saúde; o segundo está relacionado à organização dos serviços de saúde; e o terceiro é voltado para atributos das práticas de saúde.

Existem semelhanças que articulam os três conjuntos de sentidos. “Integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATTOS, 2001, p. 61).

Para Ayres (2009), tentar dar um único sentido à integralidade poderia limitar a diversidade de ideias e sujeitos que se orientam por esse princípio. O autor propõe alguns eixos que se norteiam pela ideia de integralidade. O primeiro seria o eixo das necessidades, o qual diz respeito à capacidade de resposta às demandas de atenção à saúde; o segundo seria o eixo das finalidades, diz respeito à integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da saúde; o terceiro é o eixo das articulações, que se refere à composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais para atenção à saúde; e o eixo das interações, que se refere às interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado. Os quatro eixos são interdependentes, porém nenhum deles pode ser reduzido aos demais.

As ações de saúde devem atender o indivíduo como um ser humano integral, não devendo ser visto como um amontoado de partes. Desta forma, o atendimento deve voltar-se para a saúde e não apenas para doença. As ações não podem ser compartimentalizadas, mas configurar um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 2009b).

Bonaldi (2007) discute integralidade enquanto expressão singular do agir em saúde. Afirma que, apesar da proposição do SUS para a mudança do modelo histórico hospitalocêntrico, o entendimento presente ainda hoje em diversos serviços de saúde e que se apresenta como um entrave à prática da integralidade, compreende o trabalho em equipe como a sobreposição de profissionais, com a conseqüente fragmentação dos procedimentos e das relações entre os trabalhadores. Para a referida autora, a integralidade aponta para a ruptura de valores tradicionais na saúde, como hierarquia, distribuição de categorias profissionais e compartimentalização do saber. A proposição de mudança das práticas no SUS exige mais do que a atuação num mesmo espaço ou com um mesmo objeto. Pressupõe um saber-fazer comum, um *fazer com* que contribua para a superação da fragmentação no cotidiano dos serviços.

A defesa da integralidade passa pela intersubjetividade das práticas em saúde, pois tais práticas têm um caráter dialógico, nas quais o encontro entre a equipe de saúde e as pessoas ocorre entre sujeitos e não entre objetos. Nesse encontro, os profissionais buscam identificar

as necessidades de ações de saúde de cada sujeito, a fim de ofertar ações sintonizadas com o contexto específico dos diferentes encontros (MATTOS, 2004).

Segundo Franco (2009), o principal desafio para a integralidade é a sua inserção como rotina na vida cotidiana dos serviços de saúde. É necessário que a integralidade torne-se operacional, prática e seja absorvida por trabalhadores, usuários e gestores, garantindo a eficácia dos serviços de saúde e tornando o processo de trabalho centrado no usuário. Uma primeira ideia de integralidade no SUS referiu-se à integração das ações de promoção, prevenção e assistência. O autor afirma que esta noção de integralidade foi superada por outra, que visa à produção de serviços de saúde em rede, operando de forma sistêmica. Associa a integralidade com a imagem de “linhas de cuidado”, onde a assistência se produz por fluxos contínuos entre os serviços, com acesso a toda a rede assistencial, buscando a resolução dos problemas de saúde. Vários municípios têm experimentado a organização de modelos assistenciais baseados no acolhimento, vínculo com responsabilização sobre os usuários e conexão em rede entre todos os serviços de saúde.

Um aspecto central no processo de trabalho em saúde é a relação entre profissionais e usuários. O significado que os profissionais dão aos usuários e ao processo de trabalho vai influenciar diretamente no cuidado que produzem. Trabalhadores e usuários podem ter um papel pró-ativo, enquanto sujeitos do processo de produção do cuidado.

Não há integralidade onde não há troca de conhecimentos. A interdisciplinaridade e a circulação do conhecimento são fundamentais para a construção de práticas integrais. Isto se dá através do diálogo entre os diversos saberes, ou seja, das trocas entre os profissionais da equipe e entre estes e os pacientes (MATTOS, 2003).

Para uma atuação interdisciplinar, o profissional não tem que ser multiprofissional; ele precisa ter clareza do seu papel na equipe, da sua área de atuação e identificar as possibilidades de articulação com outros profissionais para, desta forma, viabilizar o desenvolvimento de ações conjuntas (WEINSTEIN, 2003). A integralidade pressupõe um fazer coletivo, nunca se trabalhando sozinho. O trabalho em equipe deve ser tecido de forma coletiva, tendo como marca a participação de diferentes atores nesse processo (LOUZADA *et al.*, 2007).

Segundo Camargo Jr. (2003), profissionais isolados ou mesmo categorias profissionais, não dão conta das demandas apresentadas por sujeitos que sofrem. Portanto, mais que a tentativa

de formar superprofissionais de saúde, que atendam a qualquer necessidade, é necessário pensar no trabalho interdisciplinar e multiprofissional como estratégia alcançável e desejável.

A organização do trabalho com base em equipes, conforme destaca Peduzzi (2007), se dá a partir do reconhecimento da necessidade de incluir tecnologias em saúde que levem em consideração a integralidade, a complexidade dos objetos de intervenção e a intersubjetividade. Estas se constituem características do trabalho em saúde que permitem a produção de mudanças tecnológicas na assistência e no cuidado. Entretanto, para essa autora, não basta os trabalhadores interagirem cordialmente ou compartilharem uma mesma situação de trabalho para constituírem uma equipe integrada. É necessário um investimento na articulação das ações, preservando as especificidades de cada componente da equipe. Esta atitude requer o reconhecimento do trabalho do outro, pressupondo uma concepção ampla do processo saúde-doença.

Minayo (2003) aponta a interdisciplinaridade enquanto proposta da saúde coletiva em resposta à complexidade dos processos saúde e doença. Refere que tal proposta envolve questões de saber e poder das diversas disciplinas, não se constituindo, portanto, num obstáculo banal, quando se considera a experiência institucional fragmentada e departamentalizada comum aos profissionais. Destaca que o encontro entre as pessoas antecede a reunião de disciplinas e métodos, compreendendo o compartilhamento como gerador de riqueza humana e intelectual.

Para alcançar a integralidade da atenção de uma forma plena, é necessário, segundo Cecílio (2001), trabalhar em várias dimensões. Uma delas seria junto aos saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço dos serviços de saúde. Esta seria definida como o trabalho da equipe em identificar e atender as necessidades individuais expressas pelos usuários. No entanto, por melhor que seja a equipe, a resposta às demandas não pode ser dada por um único serviço. Isso leva a uma segunda dimensão: uma integralidade mais ampliada, que é construída a partir da articulação dos serviços com a rede de saúde e outros setores. Esta dimensão considera que a melhoria das condições de vida depende de esforços intersetoriais e que integralidade é objetivo de rede.

Segundo Mattos (2003), a política brasileira frente à Aids, principalmente a partir de 1996, tem se pautado pelo princípio da integralidade. Um sentido desta afirmação diz respeito ao fato da resposta brasileira assumir não somente as ações voltadas para a prevenção, como

prega o receituário internacional, mas voltar-se também para o acesso a ações assistenciais, com a inclusão do acesso à medicação antirretroviral. Numa outra perspectiva, considera-se que a integralidade baseia-se na apreensão ampliada das necessidades das pessoas portadoras ou não da doença. Esta perspectiva alargaria os limites impostos pela doença, apoiaria o portador da doença de modo a ele seguir vivendo, com limitações, mas de um modo mais feliz.

A abordagem proposta na política de Aids pode ser considerada uma experiência bem sucedida. Pautada pelo princípio da integralidade, assume um caráter de diálogo, de argumentação, de compreensão das razões do sujeito, não negligenciando seus desejos e direitos. “Pode-se dizer que nela, as pessoas não são vistas como simples objetos das intervenções governamentais. Elas são vistas como sujeitos que têm direitos, demandas que devem ser ouvidas, necessidades que devem ser supridas”. O êxito da política brasileira frente à Aids passa pela articulação entre técnicos comprometidos com a integralidade, a universalidade e acesso igualitário às ações e serviços e ativistas do movimento social organizado (MATTOS, 2003, p. 58).

Campos (2003) refere que o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais utiliza como referencial não apenas o risco biológico, mas valores culturais e a singularidade do sujeito. Desta forma, distingue procedimentos a partir dos grupos abordados, reconhecendo a diversidade, inclusive no que diz respeito à cultura do país e empregando conceitos como vulnerabilidade e redução de danos.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de caso desenvolvido em três unidades de SAE-HIV/Aids da cidade do Recife, focalizando a avaliação da organização e do processo de trabalho nos serviços. Enquanto estudo de processo, voltou-se às atividades desenvolvidas pelos profissionais que operacionalizam as intervenções, incluindo os componentes técnicos e as relações interpessoais.

O estudo de caso é uma estratégia de investigação que visa a aprofundar o *como* e o *por quê* de uma situação ou problema, aumentando a compreensão de fenômenos sociais complexos (MINAYO, 2005). Neste sentido, a abordagem aqui utilizada foi qualitativa, a qual permite, segundo Vázquez *et al.* (2005), melhorar o conhecimento do fenômeno estudado, a partir de diferentes perspectivas, aumentando a compreensão da realidade, através de métodos e técnicas que produzem dados narrativos. A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2003), é apropriada para aprofundar a compreensão de grupos, segmentos e microrrealidades, buscando desvendar a lógica de determinados problemas, expressa através de práticas, relações, opiniões, atitudes, crenças e valores.

A definição das unidades a serem estudadas foi baseada no fato da região metropolitana de Recife, segundo o Boletim Informativo DST/Aids (2007) concentrar 78,9% dos casos de Aids notificados no estado. Neste município estão em funcionamento oito, dos 14 SAE de Pernambuco, entre esses, as maiores unidades de referência (PERNAMBUCO, 2008).

Os SAE localizados nesta cidade estão implantados nas seguintes unidades de saúde: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC); Hospital Correia Picanço (HCP), Hospital Barão de Lucena, Hospital Otávio de Freitas (HOF), sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde; Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) e Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HOC), integrantes da Universidade de Pernambuco; Policlínica Lessa de Andrade, sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), entidade não estatal, de natureza pública.

Os serviços selecionados para o presente estudo foram: o SAE do Hospital Correia Picanço; o SAE do Hospital Otávio de Freitas e o SAE da Policlínica Lessa de Andrade. Esses serviços funcionam em unidades de saúde do SUS e atendem à clientela adulta.

O SAE do Hospital Correia Picanço é o maior e o mais antigo de Pernambuco, está ligado à Secretaria de Saúde do Estado, sendo responsável pela distribuição de medicação antirretroviral a 43% dos casos do estado.

O SAE do Hospital Otávio de Freitas, também sob gestão estadual, é um dos menores do município, de implantação mais recente, estando em funcionamento há quatro anos e meio.

O SAE da Policlínica Lessa de Andrade é um dos primeiros SAE implantados no estado, ocupa atualmente o sexto lugar em distribuição de antirretrovirais. É o único sob gestão da Prefeitura da Cidade do Recife.

O estudo foi desenvolvido em dois períodos: para o levantamento documental, o estudo considerou o período após a implantação oficial da avaliação Qualiaids, portanto entre os anos 2007 e 2010; a obtenção dos dados primários ocorreu no período de outubro de 2009 a fevereiro de 2010.

O desenho do estudo foi estruturado de forma a alcançar os objetivos propostos a partir da combinação de diferentes técnicas de investigação: observação de campo e entrevistas guiadas, como fontes de dados primários; e a análise documental, como fonte de dados secundários.

O reconhecimento de que nenhum método é suficiente para responder às questões que a realidade coloca, impulsionou a busca de integração metodológica através da triangulação. Esta permite iluminar a realidade a partir de vários ângulos, contribuindo para uma discussão interativa e intersubjetiva tanto na construção, quanto na análise dos dados (MINAYO, 2003).

A diversidade das técnicas possibilitou a aproximação e compreensão do processo estudado a partir de ângulos diferentes, assim como a inclusão da perspectiva dos diversos atores que constituem os serviços. Dessa forma, a combinação de técnicas e o cruzamento dos diversos pontos de vista tiveram por objetivo aprofundar o conhecimento da realidade (MINAYO, 2005).

Na **análise documental** foram incluídos documentos oficiais publicados no período do estudo (2007-2010), das três esferas governamentais: Ministério da Saúde, Coordenação Estadual e Municipal de DST e Aids. Tais documentos foram: leis, portarias, instruções normativas, resoluções, relatórios, boletins, manuais, informes, protocolos e registros das atividades assistenciais.

A análise documental foi orientada para a compreensão acerca da proposta de assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids nos SAE, e para a organização do trabalho nesses serviços. Foram identificados os mecanismos de articulação da equipe e como se processa a integralidade da atenção, numa perspectiva interdisciplinar.

A **observação de campo** é o processo de contemplar uma situação, para obtenção do máximo de informações sobre o contexto, através do registro, descrição detalhada e interpretação do acontecimento de interesse (VÁZQUEZ *et al.*, 2005). Por meio da observação, a pesquisadora buscou compreender localmente o funcionamento dos serviços, o que permitiu o aprofundamento da abordagem durante as entrevistas.

A observação foi desenvolvida entre os meses de outubro de 2009 e fevereiro de 2010. Neste período, a pesquisadora frequentou cada serviço, por um período mínimo de um mês. O primeiro passo foi um contato com as coordenações dos serviços, a fim de conhecer o horário e forma de funcionamento do serviço, conhecer a equipe, a estrutura física e estabelecer um cronograma de frequência ao serviço, de acordo com as atividades existentes. Posteriormente, a pesquisadora acompanhou as atividades, buscando compreender cada momento da assistência.

Nos três serviços foi realizada, utilizando-se um roteiro guia (Apêndice A), a observação direta dos diversos momentos da assistência: a recepção, o funcionamento da farmácia, a sala de espera, os atendimentos dos diversos profissionais: psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos e os momentos de trocas entre os profissionais.

Para registro das impressões e informações recebidas, a pesquisadora utilizou um diário de campo. As anotações sobre o processo das atividades, as informações repassadas pelos profissionais durante a observação e sobre a relação entre usuários e profissionais foram realizadas em seguida à observação.

Após o período inicial de observação, a pesquisadora iniciou o agendamento das entrevistas. Estas eram do tipo guiada (RICHARDSON, 1989), em que a pesquisadora utilizou um roteiro-guia para orientar o diálogo com os sujeitos do estudo (Apêndice B). As entrevistas foram precedidas pela assinatura pelos participantes, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

A amostra foi do tipo intencional, selecionada a partir da representatividade do discurso, dos significados. Assim, foram selecionadas as unidades e informantes considerados como os que poderiam melhor responder às perguntas da investigação, que possibilitassem conhecer, descobrir e interpretar o fenômeno estudado em profundidade, refletindo o problema com amplitude (VÁZQUEZ *et al.*, 2005).

A amostra teve como característica a flexibilidade em relação aos dados colhidos e ao número de informantes, sendo modificada no decorrer da investigação, a partir da suficiência das informações obtidas para responder ao objetivo da pesquisa.

Foram incluídos os 03 gerentes dos SAE-HIV/Aids, 13 técnicos representantes de cada categoria profissional envolvidos diretamente com a assistência e que fazem parte da equipe mínima proposta pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 17 representantes dos usuários vinculados aos SAE, além do Coordenador Estadual do Programa de DST e Aids e do Coordenador Municipal do Programa de DST e Aids de Recife. A amostra final foi constituída por 35 sujeitos, número definido, conforme aponta Vázquez *et al.* (2005), a partir do momento em que se alcançou a saturação da informação.

Quanto aos critérios de inclusão dos usuários, foram considerados a frequência ao SAE no período da coleta de dados, identificados a partir da interação realizada na observação de campo, sendo adultos maiores de 18 anos e que no momento encontravam-se em condições clínicas e mentais de participar da entrevista e que aceitaram participar, mediante assinatura do TCLE.

As entrevistas foram gravadas em equipamento de áudio, com uma média de 35 minutos de gravação. Um dos sujeitos preferiu não gravar a entrevista, mas permitiu o registro escrito. Em seguida, as entrevistas foram transcritas, utilizando-se o editor de texto Word, resultando em 315 páginas digitadas, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço 1,5.

A entrevista é uma atividade dinâmica, de interação interpessoal, onde o conhecimento é abordado através do diálogo sobre temas de interesse comum. O processo de transcrição, ao transformar a narrativa oral em escrita, leva à produção de construções artificiais, congeladas no tempo (GURGEL, 2007). Para minimizar os efeitos desse processo, posteriormente a pesquisadora fez o controle das transcrições, associando a leitura à audição repetida das entrevistas.

4.2 Análise dos dados

O processo de análise ocorreu de forma simultânea à coleta de dados, considerando que no decorrer da investigação poderiam surgir carências a serem superadas com a aquisição de novos dados.

Segundo Vázquez *et al.* (2005), a análise na investigação qualitativa é um processo em contínuo progresso, iniciado desde o começo da coleta dos dados. Portanto, não é a última fase da investigação, pois se trata de um processo interativo e cíclico. Muitas vezes o pesquisador necessita voltar-se para os dados, analisá-los e reformular o processo.

Os dados foram analisados através de análise documental e análise narrativa de conteúdo. A análise documental, segundo Vázquez *et al.* (2005), caracteriza-se pela classificação sistemática, descrição e interpretação dos conteúdos dos documentos, de acordo com os objetivos do estudo. A análise narrativa de conteúdo concentra-se no conteúdo manifesto, que consiste em analisar os conteúdos expressos de forma direta e interpretar seu significado. Para esta análise, o autor propõe que a partir das primeiras leituras dos dados, tente-se identificar padrões que correspondam a determinadas categorias, desta forma, procedendo-se a classificação dos dados e o seu agrupamento.

O primeiro passo da pesquisadora, após o controle das transcrições, foi a identificação dos temas mais recorrentes nas entrevistas. Em seguida, procedeu-se à classificação dos trechos das entrevistas, de acordo aos temas, seguida pelo seu agrupamento por categorias.

A classificação dos dados foi realizada com a utilização de um quadro adaptado (Figura 1) da técnica de condensação de significados proposta por Kvale (1996 apud GURGEL, 2007). Nesta, trechos das entrevistas são condensados, na coluna da esquerda, constituída por Unidades Naturais, que têm relação com questões específicas do estudo. Na coluna da direita são descritos os Temas Centrais, relacionados às categorias conceituais. Finalmente, abaixo das duas colunas é feita uma Descrição Essencial da questão relacionada ao estudo.

Questão de Pesquisa	
Unidades Naturais de Análise	Temas Centrais
Trechos da entrevista relacionados ao objetivo da pesquisa.	Apresentação sucinta do tema que domina a Unidade Natural, conforme a compreensão do pesquisador.
Descrição Essencial da Questão de Pesquisa	
Descrição de todos os temas abordados acerca da questão comentada pelo entrevistado.	

Figura 1 - Modelo adaptado para condensação de significados de Kvale, 1996.
Fonte: Gurgel (2007)

Para caracterização dos serviços ambulatoriais foram abordados os seguintes temas: histórico do serviço; estrutura física; recursos humanos.

Para descrição da organização do trabalho nos SAE-HIV/Aids, identificando sua relação com a integralidade da atenção, foram levantados os seguintes aspectos: atividades e fluxo de atendimento aos usuários; mecanismos de articulação da equipe; articulação com outros serviços.

Para identificação da percepção dos principais atores sobre a integralidade da assistência nos serviços estudados, a análise seguiu duas perspectivas: a primeira, envolvendo gestores, gerentes dos serviços e técnicos; e a segunda, envolvendo usuários. Em relação aos gestores, gerentes e técnicos os temas identificados foram: o trabalho em equipe e a motivação dos profissionais; a percepção sobre as características e necessidades dos usuários; a relação serviço-usuário, as trocas e a corresponsabilização. Junto aos usuários foi identificada a relação usuário-serviço, as trocas e a corresponsabilização; a motivação para o tratamento; e a percepção sobre a organização da assistência.

Concluída a classificação dos dados, procedeu-se a descrição dos mesmos, passando-se à fase final da análise, que foi a interpretação dos resultados. Nesta, estabeleceram-se as relações e desenvolveram-se explicações a partir do confronto com o referencial teórico, a fim de dar um sentido aos achados.

4.3 Aspectos Éticos

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com as recomendações éticas estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, a qual estabelece diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo teve o seu projeto submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) / Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sob Parecer N° 33/2009 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Otávio de Freitas e foi iniciado apenas após aprovação dos referidos CEP.

Todos os sujeitos envolvidos na coleta de dados foram devidamente informados quanto aos objetivos do estudo e os possíveis riscos decorrentes de sua participação. Foram esclarecidos sobre a utilização dos dados obtidos apenas para fins de estudo e garantido o sigilo quanto à identidade dos participantes, tanto durante o processo de coleta de dados, quanto na divulgação dos resultados.

Os sujeitos também foram informados sobre o direito da desistência de participar e de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa ou de não aceitar responder à alguma das perguntas da entrevista, sem haver prejuízo quer no atendimento dos usuários, quer no âmbito dos profissionais, quer no âmbito dos serviços. Após tais esclarecimentos, foi procedida a assinatura do TCLE (Apêndice C) e arquivada uma cópia, deixando-se outra com os participantes.

5 RESULTADOS

A proposta de analisar a integralidade da atenção à saúde a partir do processo e organização do trabalho em equipe em três SAE-HIV/Aids de Recife, que se constitui como objetivo principal deste estudo, será apresentada a partir de três tópicos: a caracterização dos serviços, a organização do trabalho e a percepção dos atores sobre a integralidade da assistência prestada. Estes representam os objetivos específicos do estudo e não devem ser considerados de forma individualizada, pois se articulam e complementam, revelando a forma como os serviços se estruturam para exercer a sua função.

5.1 Caracterização dos Serviços de Assistência Especializada

Os SAE foram concebidos enquanto serviços de saúde implantados em unidades de saúde pré-existent, podendo ter diferentes configurações institucionais: são ambulatórios gerais ou de especialidades, ambulatórios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializados em DST/HIV/Aids. Podem ser administrados por municípios, estados, União, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniados ao SUS (BRASIL, 2009a).

A diversidade de formatos quanto à configuração institucional, que hoje é evidenciada no país, é identificada nos três serviços que são objetos deste estudo. Assim, encontramos três configurações distintas: um dos serviços está inserido em uma policlínica, é gerido pela Secretaria Municipal de Saúde e é referência municipal em DST/HIV/Aids. Outro serviço está inserido em um hospital especializado em doenças infecciosas e o ambulatório é exclusivo para HIV/Aids. O terceiro serviço está inserido em um hospital geral, faz parte do ambulatório do hospital e atende casos de DST/HIV/Aids. Os dois últimos serviços estão sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

Em seguida, serão apresentadas características dos três serviços, considerando sua implantação, estrutura física e formação da equipe.

5.1.1 SAE do Hospital Correia Picanço (HCP)

O Hospital Correia Picanço iniciou suas atividades em 1975, na epidemia nacional de meningite. Em 1986, a equipe do serviço começou a atender informalmente os primeiros casos de Aids, sendo em 1989, definido como unidade de referência para essa doença. Atualmente é o Centro de Referência Estadual da Secretaria Estadual de Saúde para Doenças Infecciosas, especificamente Aids e Meningite (PERNAMBUCO, 2009).

Há quatro anos o hospital passou por um processo de ampliação e reforma, sendo dotado de instalações modernas, com a construção de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica e de adultos, as quais ainda não estão em funcionamento, construção do ambulatório, ampliação do laboratório e reforma de toda a área de apoio, além do Centro de Estudos, do Arquivo, entre outros. Após a adequação da área física e aquisição de recursos humanos, o serviço busca credenciar-se como Centro de Referência Nacional (PERNAMBUCO, 2009).

A assistência às PVHA na unidade atende a 60% da demanda do estado. É oferecido internamento, contando com 35 leitos para Aids; hospital-dia, que funciona de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas, com uma média de 30 internamentos por mês; e ambulatório, o qual funciona doze horas por dia, de segunda a sexta-feira, realizando em torno de 4000 consultas/mês. No ambulatório são acompanhados aproximadamente 4500 usuários. Destes, 4300 fazem uso de medicação antirretroviral (PERNAMBUCO, 2009).

A partir dos registros da observação de campo, pode-se afirmar que a unidade está situada em um local de fácil acesso, no Distrito Sanitário III, zona noroeste da cidade, no bairro da Tamarineira, cuja área é bem servida por transportes coletivos. Alguns ônibus param na frente do hospital, outros nas proximidades. O hospital conta com uma ampla área de estacionamento para veículos particulares. Localiza-se nas proximidades de várias unidades de saúde, públicas e privadas: policlínicas, hospitais gerais, hospital psiquiátrico, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital geral privado conveniado com o SUS, consultórios e clínicas privadas, laboratórios. O acesso a um grande número dessas unidades de saúde é fácil e rápido.

O SAE possui uma estrutura física que foi construída especificamente para o seu funcionamento, estando localizado em anexo ao hospital especializado. Conta com recepção, farmácia exclusiva, ouvidoria e sala de espera com dois sanitários para o público. A sala de espera oferece caixa de sugestões, cartazes informativos sobre o serviço, posters sobre diversos temas de saúde, televisão e água para o público. Há 12 consultórios, dos quais cinco são utilizados pelos infectologistas. Os demais são utilizados pela enfermagem, psicologia, serviço social, odontologia e outras especialidades médicas.

Observou-se também que os consultórios são amplos, bem iluminados, climatizados. O espaço oferece uma acústica adequada para manter a privacidade em relação à escuta durante as consultas. São interligados por um corredor central, que permite o deslocamento da equipe de forma reservada, facilitando a comunicação entre os profissionais. Nesse espaço há uma sala para a gerência, uma copa e sanitários para os funcionários. Existem ainda dois corredores laterais por onde os usuários têm acesso aos consultórios.

As instalações físicas são consideradas adequadas, sendo identificadas apenas duas queixas: a ausência de uma sala para reuniões e atividades grupais e o espaço insuficiente para o funcionamento da recepção.

Quanto à equipe, trata-se do serviço que possui a mais completa e a maior equipe, em relação à diversidade de categorias profissionais e ao número de técnicos que a compõe, entre esses, médicos de várias especialidades para viabilizar o atendimento dos usuários no mesmo serviço.

Observou-se nas atividades de campo, que a equipe é formada por duas enfermeiras, uma delas atuando como coordenadora do SAE e desenvolvendo atividades na assistência, 14 infectologistas, sete psicólogos, quatro assistentes sociais, três odontólogos, uma nutricionista, dois farmacêuticos, dez médicos de outras especialidades: dois neurologistas, um pneumologista, um proctologista cirurgião, um psiquiatra, dois dermatologistas, um ginecologista, um cardiologista, um nefrologista. Há também dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de odontologia, quatro atendentes de farmácia, cinco recepcionistas, quatro burocratas, os quais providenciam os prontuários para os atendimentos, além de profissionais de segurança.

Vários profissionais, entre os quais, médicos de outras especialidades, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos não são exclusivos do ambulatório, desenvolvendo também atividades nas enfermarias do hospital. No momento da realização do trabalho de campo, o serviço queixava-se do insuficiente número de infectologistas para atender à demanda.

5.1.2 SAE da Policlínica Lessa de Andrade

O SAE da Policlínica Lessa de Andrade é o único sob gestão municipal na cidade de Recife. No entanto, recebe usuários de todo o estado. O serviço foi implantado há dez anos e é referência municipal em DST. O ambulatório funciona de segunda a sexta-feira, das sete às dezessete horas (Diário de Campo).

Durante a observação de campo informou-se que, atualmente estão inscritos no serviço uma média de 1200 usuários. Desses, aproximadamente 450 usam medicação antirretroviral.

O SAE está localizado no Distrito Sanitário IV, no bairro da Madalena, zona oeste da cidade. Localiza-se nas proximidades de dois grandes hospitais gerais públicos, o Hospital Getúlio Vargas e o Hospital da Restauração. O local é de fácil acesso e conta com uma diversificada rede de transportes coletivos, vindos de diversas regiões da cidade e com pontos de ônibus próximos ao serviço. O trânsito nas proximidades é intenso e nos horários de pico ocorrem frequentes congestionamentos. Para quem utiliza transporte particular, há dificuldade para estacionar, já que no interior da unidade de saúde só há estacionamento para os veículos dos funcionários (Diário de Campo).

A partir das visitas à policlínica, observou-se que esta, embora antiga, passou por reformas da estrutura física há poucos anos. O prédio é grande, conta com três pisos. No térreo localizam-se algumas clínicas, o Setor de Arquivo Médico (SAME), um posto de coleta de exames e o SAE HIV/Aids. No primeiro piso funcionam outras clínicas e a farmácia. Essa é responsável pela distribuição da medicação prescrita aos usuários do SAE. No segundo piso funciona a parte administrativa, uma sala de reunião e um auditório.

Observou-se que a estrutura física foi adaptada para funcionamento do SAE e é considerada adequada pelos diferentes atores. A queixa apresentada foi a inexistência de sanitários para os

funcionários, no piso onde o SAE funciona, sendo necessário o deslocamento dos profissionais ao terceiro piso. O serviço funciona em um local reservado, amplo, bem iluminado, plano, sem barreiras que dificultem a circulação de pessoas com deficiência. Existem cinco salas de atendimento maiores, utilizadas pela nutricionista, pelos médicos, psicólogo e pela assistente social. E uma sala menor, utilizada pela enfermagem. As salas de atendimento têm ar condicionado e não têm problemas em relação à acústica.

Há uma sala de dinâmica de grupo, que no momento está desativada em relação às atividades grupais, sendo utilizada pela coordenação do serviço. Essa sala tem ar condicionado e tem um tamanho adequado para acolher um grupo de aproximadamente 20 pessoas.

A sala de acolhimento (recepção) tem ar condicionado e permanece a maior parte do tempo fechada. A sala de espera situa-se em um espaço discretamente reservado. É ampla, bem iluminada, mas pouco ventilada. Observou-se que apenas um ventilador estava funcionando. Oferece TV, há cartazes sobre temas de saúde, principalmente HIV/Aids, há quadros de avisos e caixa de sugestões.

Observou-se que não havia dificuldades em relação à utilização das salas. No momento da pesquisa, os atendimentos estavam sendo realizados no turno da manhã e, apenas na segunda-feira, no turno da tarde. O serviço aguardava a chegada de dois infectologistas, quando ampliariam o funcionamento no turno da tarde.

No período da observação de campo, a equipe contava com duas médicas clínicas habilitadas para o trabalho com HIV/Aids, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista e a coordenadora do serviço. Além desses profissionais, desenvolviam também atividades no SAE, uma ginecologista e uma nutricionista não exclusivas para assistência aos casos de HIV/Aids.

A principal queixa do serviço, identificada durante o trabalho de campo e verbalizada pela maioria dos entrevistados, é a atual insuficiência de profissionais das várias categorias, além da ausência do psicólogo e do assistente social. O problema é apontado como uma dificuldade para a organização das atividades propostas para funcionamento dos SAE.

5.1.3 SAE do Hospital Otávio de Freitas (HOF)

O Hospital Otávio de Freitas é um hospital geral de grande porte, sob gestão estadual. Está localizado no Distrito Sanitário V, no sudoeste da cidade, no bairro de Tejipió, limitando-se com o município de Jaboatão. Este hospital é referência para o atendimento da população circunvizinha e municípios localizados na zona da mata sul.

A partir das visitas à unidade observou-se que se trata de um bairro afastado do centro da cidade, distante de outras unidades de saúde e não conta com muitas alternativas de transporte coletivo. Porém, a área de estacionamento do hospital para veículos particulares é ampla.

O SAE do Hospital Otávio de Freitas é um dos mais recentemente implantados, tendo iniciado suas atividades em dezembro de 2005 e foi criado a partir do surgimento de demanda do próprio hospital. Antes da sua implantação, a população residente na área de abrangência do hospital, sofria bastante pela dificuldade de acesso aos outros serviços. Atualmente, pacientes internados no HOF por infecções oportunistas têm a possibilidade de acesso ao tratamento especializado, tanto durante período do internamento, quanto após a alta hospitalar.

No período da observação de campo o SAE tinha registrados 562 usuários. Dos usuários acompanhados, mais de 200 fazem uso de medicação antirretroviral.

Em relação à estrutura física do serviço, observou-se que se trata de um serviço pequeno, sem estrutura física própria, que desenvolve suas atividades no espaço do ambulatório do hospital geral. O serviço possui apenas uma sala exclusiva, utilizada para atividades administrativas. Não há consultórios unicamente para os atendimentos do SAE. Os profissionais disputam o espaço com médicos e residentes de outras especialidades, além de psicólogos, nutricionistas e assistente social. O fato é verbalizado sob diferentes pontos de vista pela equipe e usuários, sendo percebido por alguns como dificultador da organização do serviço. Também não há salas de reuniões ou para atividades grupais (Diário de Campo).

A sala de espera do ambulatório é ampla, bem iluminada e climatizada. Conta com dois sanitários para o público. Há uma TV, alguns cartazes sobre questões de saúde e oferece água para os usuários. Não há quadros de aviso ou caixa de sugestões. A recepção conta com um

balcão de atendimento, vizinho ao qual localiza-se a farmácia. Esta é geral do ambulatório, sendo também responsável pela dispensação da medicação prescrita aos usuários do SAE.

Foi possível observar, durante as visitas ao ambulatório, que os consultórios são subdivididos em dois espaços: um para consulta e outro para exame. O local para consulta é pequeno. Conta com uma mesa e duas cadeiras, sem muito espaço para circulação. O local para exames também não é amplo e existe uma dificuldade na acústica que compromete a privacidade. Às vezes, funcionários ficam conversando no corredor interno e as conversações, quando em tom mais elevado, são ouvidas nos consultórios.

Verifica-se também que os consultórios têm duas portas: uma para entrada dos profissionais através de um corredor interno, cujo acesso é possível a partir da recepção, outra dá acesso para um corredor de espera, com cadeiras enfileiradas, onde os usuários aguardam o atendimento juntamente com os usuários do ambulatório geral.

Durante a observação de campo foi identificado que o serviço contava com uma equipe mínima reduzida, sem enfermeiro e com um número insuficiente de infectologistas em relação ao número de usuários em acompanhamento. Essa última questão foi apontada como um dos maiores problemas vividos pelo serviço naquele momento. A equipe contava com uma psicóloga, uma assistente social e um administrador. Não havia profissionais suficientes para permitir o funcionamento do SAE por dois turnos diários.

5.2 A Organização do Trabalho

A atenção à saúde das PVHA exige uma abordagem específica, considerando a complexidade no manejo clínico e as questões psicológicas e sociais. Estratégias que se mostram efetivas para muitas outras condições de saúde são insuficientes no tratamento dessa população específica com necessidades peculiares. Este demanda a presença de profissionais com boa formação técnica e ética, somada a existência de condições mínimas necessárias para a oferta de uma assistência de qualidade (BRASIL, 2008e).

Para atender a essas demandas, a proposta de assistência às PVHA é organizada a partir de princípios e diretrizes entre os quais se considera a organização das atividades da equipe

valorizando a interdisciplinaridade e o trabalho conjunto e a existência de canais regulares de discussão sobre o trabalho entre os profissionais (BRASIL, 2008e). Coloca-se, portanto, a necessidade do trabalho em equipe, visando-se à atenção integral à saúde.

Para compreender a organização do trabalho nos três SAE estudados, a partir das questões referidas acima, será apresentada a descrição de dois aspectos: as atividades e o fluxo de atendimento aos usuários e os mecanismos de articulação empregados pela equipe para operacionalização das ações.

5.2.1 Atividades e Fluxo de Atendimento aos Usuários

A organização das atividades nos serviços estudados tem pontos em comum que serão apresentados através da construção de um fluxograma único (Figura 2), elaborado a partir da observação da rotina dos serviços. A apresentação do fluxograma será feita de forma unificada, porém serão destacadas as principais diferenças, possibilitando o conhecimento das singularidades dos SAE, estabelecidas através da ação das diferentes pessoas que constroem o fazer desses serviços a partir das necessidades identificadas no cotidiano.

A Figura 2 apresenta o fluxo de atendimento aos usuários, a partir da sua chegada ao SAE, mostrando as possibilidades de procedência, o momento da recepção e os possíveis encaminhamentos, os quais variam de acordo com a proposta assistencial do serviço e constituição da equipe mínima. Na figura, as linhas contínuas representam atividades sistemáticas, enquanto as linhas tracejadas representam atividades e fluxo que não estão presentes em todos os serviços ou, quando presentes, ocorrem de forma pontual.

A abordagem dos profissionais é referida brevemente, indicando-se a diversidade de encaminhamentos. Estes variam desde a solicitação de atendimento por outro profissional da equipe mínima, até o encaminhamento a outros especialistas oferecidos pelo próprio serviço ou existentes apenas em outras unidades de saúde. O mesmo sendo demonstrado em relação à solicitação de exames. O trabalho da farmácia também é destacado na representação.

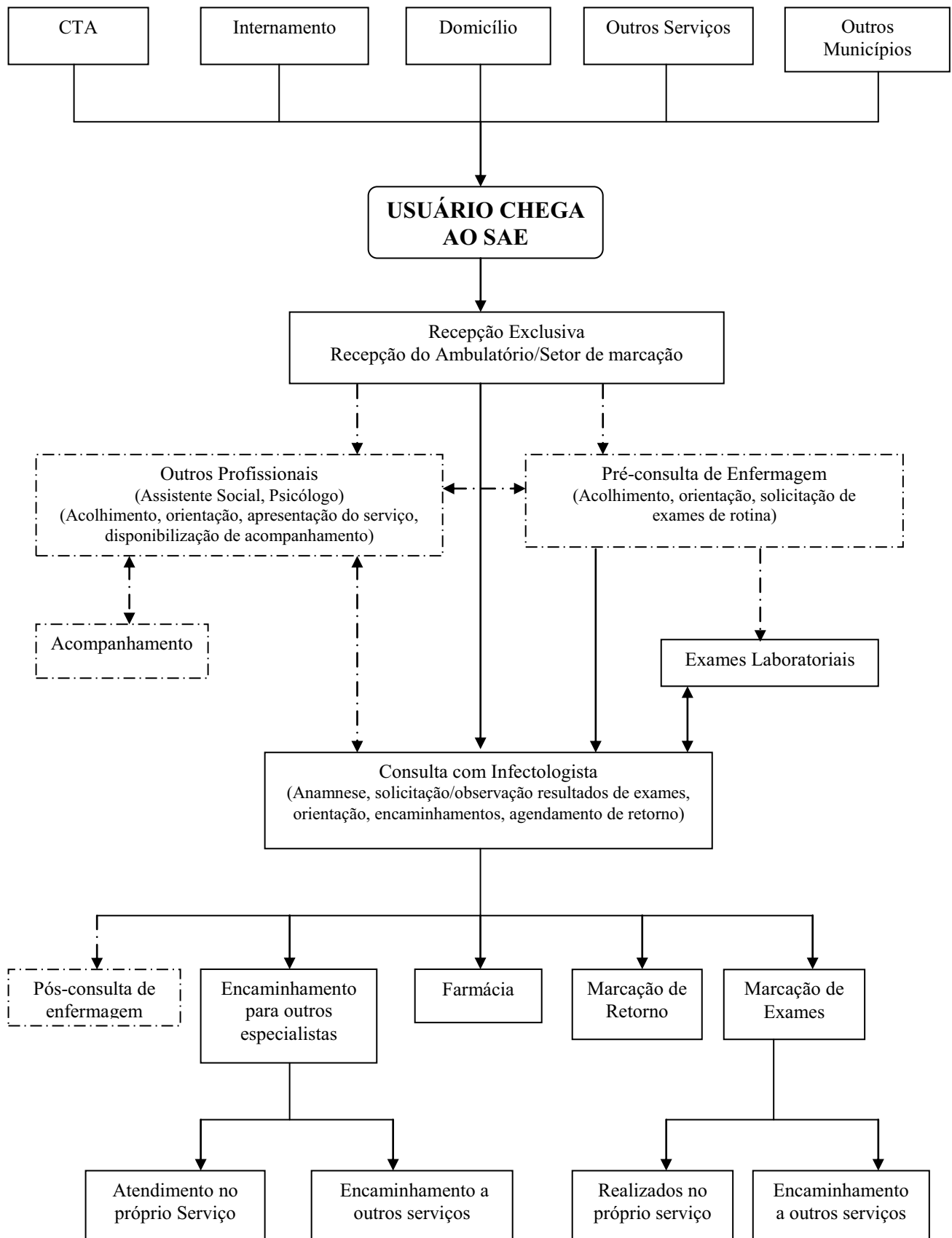


Figura 2 - Fluxograma de Atendimento aos Usuários.

São várias as possibilidades de procedência do usuário que chega ao SAE. Ele pode ter sido encaminhado pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), após detecção do HIV; pode apresentar-se após internação hospitalar, onde foi diagnosticada a soropositividade ou um quadro de Aids já instalado; pode vir direto do domicílio, ou seja, um indivíduo que já tinha conhecimento do diagnóstico, mas ainda não havia buscado acompanhamento; pode ser encaminhado por outros serviços de saúde, ou mesmo de outros setores; pode vir trazido por um parceiro, que já seja acompanhado no SAE, para ser testado; ou ainda pode ser encaminhado de um município que não ofereça o serviço na sua rede de saúde.

No momento da chegada, o usuário passa pela recepção, que pode ser exclusiva do SAE, local onde é recebido, faz o seu cadastramento, recebe as informações iniciais sobre o funcionamento do serviço e faz a marcação de consulta ou é encaminhado para o setor específico.

Cada serviço tem um fluxo diferente em relação às primeiras consultas. Assim, o usuário pode ser visto inicialmente pela psicologia, pelo serviço social ou passar pela pré-consulta de enfermagem, sendo feito o acolhimento, a apresentação do serviço e disponibilizado o acompanhamento por esses profissionais. Nos serviços onde existe a pré-consulta de enfermagem, são solicitados os exames iniciais pelo profissional, a fim de possibilitar que na primeira consulta médica se possa contar com os resultados. Ou ainda, o usuário pode ter a consulta inicial com o infectologista, sendo posteriormente encaminhado, caso seja identificada a necessidade, à consulta com outros profissionais.

Na consulta com o infectologista, o usuário pode ser orientado a buscar vários procedimentos. Passar pela pós-consulta de enfermagem, buscar a marcação de consulta para solicitar o agendamento de consultas com outros especialistas ou outros profissionais da equipe ou ainda o agendamento de exames. Nos casos em que existe indicação de uso de medicação específica ele é orientado a ir à farmácia receber medicação antirretroviral ou medicação para infecções oportunistas.

No caso de ser encaminhado a profissionais que não fazem parte do serviço, o usuário pode solicitar a marcação através do SAE, quando há um fluxo estabelecido, ou pode receber o encaminhamento por escrito e entrar em contato diretamente com outras unidades de saúde, a fim de realizar o agendamento da consulta ou exame desejado.

O agendamento da consulta de retorno ao infectologista e aos outros profissionais do serviço pode ser realizado pelos próprios profissionais, durante a consulta, ou posteriormente, na recepção ou no setor de marcação.

A seguir, apresenta-se uma descrição mais detalhada das atividades e fluxo assistencial ofertado pelos três serviços.

5.2.1.1 O Atendimento na Recepção e a Organização da Sala de Espera

A chegada do usuário ao SAE constitui um momento importante, onde é realizado o primeiro contato deste com a equipe e com o funcionamento do serviço. É um momento em que ocorre o acolhimento inicial, que possibilita a identificação do motivo da busca do atendimento, onde são dadas as informações sobre o funcionamento e os encaminhamentos necessários para responder às demandas do usuário.

Dois dos serviços estudados têm recepção exclusiva, a qual além da função referida, está encarregada da marcação de consultas. Num desses serviços a sala de recepção é chamada de Sala de Acolhimento, onde a recepcionista, profissional do administrativo, realiza uma escuta mais individualizada. No caso desse serviço, pode-se perceber na observação de campo que o atendimento na recepção foi modificado e atualmente é realizado com a sala fechada.

Apesar da intenção da equipe em ampliar o espaço de acolhimento, observa-se que os usuários mais antigos recebem a mudança com estranheza, queixando-se que a modificação gerou dificuldades no acesso e comparando ao funcionamento anterior, como pode ser evidenciado na fala a seguir:

Parece que bota uma parede entre nós pacientes e o acolhimento. Inclusive, isso é tão verdade, que quando elas entraram aqui aquela sala do acolhimento era aberta, no começo, era aberta pra nós todos (Informação verbal)³.

Verificou-se, durante uma atividade festiva realizada no momento da observação de campo, que a enfermeira justificou junto aos usuários o motivo de manterem a porta fechada: para maior privacidade dos que estão em atendimento.

³ Entrevista com U7.

No serviço que não tem recepção exclusiva, esta função é desempenhada pela recepção geral do ambulatório, onde os profissionais têm um trabalho mais limitado, apenas informativo sobre horários de funcionamento, encaminhamento dos usuários para marcação de consulta no setor de marcação do hospital ou encaminhamento para contato com a equipe.

Aqui a gente não tem recepção, praticamente. Por que muitas vezes o paciente chega aí, o pessoal não sabe. Inicialmente eu... Olhe! Eu tenho quase dois anos que estou aqui, até um tempo atrás ninguém sabia quem era eu. Muitas pessoas aqui não sabiam quem era eu, entendeu? Então a recepção não sabe quem é o médico, não sabe qual é o atendimento, não sabe onde manda pra marcar, sabe?! E já olha de uma forma diferente. Então, acho que tinha que ser tudo muito voltado só pra esse tipo de paciente (Informação verbal)⁴.

Os serviços apresentam singularidades em relação à organização das atividades. Enquanto em dois deles é possível detectar o cuidado com questões como marcação das consultas, registro e organização da ordem de chegada, número de casos novos por turno, necessidade de atendimento extra; em outro serviço essas questões são relegadas a um segundo plano e surgem como queixas dos profissionais.

Um dos profissionais destaca as falhas na comunicação entre a equipe do SAE e o setor de marcação, o que leva a sobrecarga no atendimento, considerando que as necessidades são diferentes entre pacientes de primeira consulta e aqueles de retorno:

O problema é a questão de consultas de primeira vez. Isso é um grande problema, porque o paciente que vem de primeira vez é um paciente completamente diferente do paciente que vem de retorno. Então, é um atendimento especial, é um atendimento mais prolongado, e se vêm muitos pacientes de primeira vez, o atendimento fica prejudicado. [...] Atendemos doze por turno, sendo que seis vêm do setor de marcação. Então, a gente não tem o controle se esses seis que virão, são seis de primeira vez ou retorno (Informação verbal)⁵.

Na visita às unidades, observou-se que em dois SAE as rotinas da marcação são bem estabelecidas. atendimentos, encaixes e urgências têm um fluxo definido. A equipe deixa uma reserva de atendimento médico para casos identificados como prioritários. No primeiro atendimento, o usuário é informado pelos recepcionistas sobre como ocorre a marcação, como deve fazer caso perca a consulta ou necessite atendimento extra. Quando comparece às consultas, o usuário dirige-se à recepção, comunicando sua chegada. Seu nome é anotado por ordem de chegada ou recebe uma ficha numerada. Posteriormente, retorna à recepção para marcar uma nova consulta ou solicitar a marcação de exames.

⁴ Entrevista com T13.

⁵ Entrevista com T13.

Os três serviços oferecem marcação de consulta por telefone. Para usuários em acompanhamento, um dos serviços utiliza esse recurso para agilizar a entrega de receitas de antirretrovirais e laudos médicos, quando o período intermediário entre as consultas médicas é mais longo. Os médicos, de posse dos prontuários desde o início do turno, podem elaborar as receitas antes do atendimento dos usuários que vêm para consulta, evitando que o recebimento da medicação transforme-se em longos períodos de espera. Caso seja identificada a ausência do usuário na consulta médica, a informação é repassada à enfermagem, de forma que o usuário seja abordado quanto ao motivo da ausência, sejam trabalhadas as dificuldades e dadas as orientações necessárias para que o usuário retorne ao acompanhamento.

Os usuários mostram-se atentos e satisfeitos quanto à forma como são abordados, como é possível perceber no relato a seguir:

Eu gosto muito do atendimento daqui. Claro que como todo lugar tem suas deficiências. Não se há de negar. Mas, assim, o resultado final é muito bom. Aqui geralmente se conhece por nome, que acho que isso é importante. [...] Quando nós chegávamos, ela dizia: “Bom dia, José, bom dia Francisco, bom dia...”. Ela nem deixava a gente respirar. Ela já dizia seu nome. A gente não precisava nem dizer “Eu estou marcado para tal médico”. Ela já sabia qual o médico. Tá entendendo? Mas, o público era menor (Informação verbal)⁶.

Em um dos serviços, chamou a atenção o quanto os profissionais da recepção se mostram atenciosos, oferecendo informações claras, buscando orientar os usuários no que lhes compete. Conhecem grande parte dos usuários, muitos pelo nome e expressam receptividade e interesse, procurando colaborar com o bem-estar de todos. No interior da recepção havia cópias de várias mensagens recentes de usuários elogiando o serviço, através da ouvidoria. Nelas, os usuários agradecem pela forma como são atendidos e elogiam os profissionais pela maneira humanizada de tratar (Diário de Campo).

O trecho de entrevista abaixo demonstra a percepção de um usuário sobre a atenção recebida na recepção de um dos serviços:

Porque ele (funcionário do SAE) dava toda atenção. Parece até que a gente não tá doente. Quando eu entrava no Hospital ele vinha... A minha mãe, já tem... Na época a minha mãe tinha 76 anos... Ela agarrada no meu braço, e ele vinha me buscar, lá do lado de fora. Eu não queria que ele pegasse. Fiquei muito grosso, fiquei muito ignorante, dava vontade de matar todo mundo, não queria ver ninguém, só os amigos mais próximos (Informação verbal)⁷.

⁶ Entrevista com U2.

⁷ Entrevista com U12.

Entretanto, nem sempre o usuário mostra-se satisfeito com o atendimento. Num serviço onde não há organização para entrega de receitas, um usuário apresenta a seguinte queixa:

Os médicos também, quando fosse só pegar a receita, fosse rápido. Porque tem gente, feito eu mesmo, não posso demorar, entende? [...] Quando eu venho de dois em dois meses para pegar a medicação fica essa demora todinha. [...] Aí, quer dizer, eu perco o meu tempo aqui, entendeu? Quer dizer, eu não perco porque a medicação eu venho pegar de todo jeito. [...] É sagrado esse dia. Pronto, esse tempinho que eu estou aqui... Ixi Maria! Chegar em casa tem tanta coisa pra fazer no mundo ainda! (Informação verbal)⁸.

Em relação à marcação dos atendimentos, nenhum dos serviços estudados oferece consulta médica com hora marcada. O atendimento é realizado por ordem de chegada, cabendo à recepção organizar a listagem dos usuários ou fazer a entrega de fichas numeradas. Apenas um dos serviços oferece consulta com hora marcada para psicologia.

Eu acho que nosso serviço teve um crescimento muito bom e presta uma assistência boa. Dentro de todas as limitações, mas eu acredito que sim. O paciente chega aqui marca pelo telefone a consulta dele, marca medicação. Consultas aqui: Médicos por ordem de chegada, mas psicólogos têm consulta com hora marcada. Se você quiser marcar uma consulta com o psicólogo pra próxima semana, você consegue. Quer dizer, presta um bom serviço. E um serviço rápido. Não há uma questão de fila de espera (Informação verbal)⁹.

Quanto à organização da sala de espera, segundo orientações do Manual Qualiaids, do MS, os serviços devem buscar reduzir ao máximo o tempo de permanência dos usuários. Porém, esse tempo pode ser aproveitado para ampliar a comunicação entre os usuários e o serviço, sendo utilizado como uma importante estratégia para a divulgação de informações em saúde e estímulo a expressão de dúvidas e inquietações. As discussões em sala de espera podem funcionar como estratégia para estimular a ampliação da autonomia e do autocuidado (BRASIL, 2008g).

Recomenda-se que diversas atividades sejam realizadas na sala de espera, com o cuidado de serem breves e específicas, já que podem ser interrompidas pelo chamado para a consulta. Podem ser exibidos vídeos sobre adesão, realizados debates com os usuários, ações entre pares, dentre outras. Deve-se estar atento à presença de usuários de outras enfermidades, para não haver constrangimento ou infração ética pela revelação forçada do diagnóstico (BRASIL, 2008c).

⁸ Entrevista com U9.

⁹ Entrevista com T1.

Nos três serviços estudados, atualmente não são desenvolvidas atividades específicas em sala de espera. Os espaços oferecem televisão, a qual a maior parte do tempo é sintonizada nos canais abertos e nas salas há cartazes sobre HIV/Aids. Nos dois serviços que contam com estrutura física exclusiva, há notas e cartazes informativos sobre o funcionamento do serviço e sobre atividades oferecidas no local ou eventos externos e disponibilizam caixas de sugestões.

Os profissionais de um dos SAE que não possui espaço exclusivo comentam a necessidade de desenvolverem atividades específicas sobre HIV/Aids na sala de espera, mas referem que não há privacidade, pois o espaço é geral do ambulatório e os usuários poderiam ser identificados.

Eu acho que o espaço físico deixa a desejar, eu acho devia ter um local reservado pra esse tipo de atendimento. [...] Fazer uma sala de espera com orientação com vídeo, com folder, com alguma coisa relacionada ao HIV, aonde ele já vá vendo alguma coisa, já vá discutindo, já entre pro médico com outra visão, às vezes, por conta de uma coisa que ele viu, ou já tira uma dúvida. Eu acho que isso seria o ideal (Informação verbal)¹⁰.

Não há atividades organizadas no sentido de estimular a interação grupal em nenhum dos três SAE avaliados. Esta acaba ocorrendo espontaneamente entre os usuários na sala de espera, denotando uma comunicação espontânea que muitas vezes flui entre os pares (usuários e acompanhantes). Alguns usuários já se conhecem de atendimentos anteriores e costumam conversar enquanto aguardam o atendimento. É comum usuários com vínculos de amizade estabelecida no serviço, às vezes nas atividades grupais, se encontrarem na sala de espera. Sobre esses encontros, um profissional faz o seguinte comentário:

O grupo de adesão eu acho que é troca de experiência. Talvez isso eles não tenham. Mas, aí fora, minha filha, nessa sala de espera, eles trocam de tudo. De tudo, viu? (Informação verbal)¹¹.

5.2.1.2 As Atividades dos Profissionais

Para descrição das atividades dos profissionais será dado destaque ao trabalho desenvolvido pela equipe mínima, ou seja, pelos médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e farmacêuticos. A apresentação será feita de forma individualizada para cada categoria

¹⁰ Entrevista com T13.

¹¹ Entrevista com T5.

profissional, a partir das atividades próprias dos diversos trabalhos especializados. No entanto, é importante considerar que esses trabalhos não são independentes, pois guardam entre si uma relação de complementaridade.

No que tange ao trabalho do **Médico**, evidências apontam que a sua qualidade técnica depende da sua formação técnica e ética, do constante processo de atualização e do diálogo estabelecido de forma ampla e humana com o usuário. O médico representa o mais forte vínculo com o usuário e sua atuação é determinante no resultado do tratamento. É importante que o profissional busque ter uma compreensão biopsicossocial do usuário, pois desta forma poderá alcançar uma maior precisão do diagnóstico e conseqüentemente, uma maior efetividade da conduta (BRASIL, 2008g).

Espera-se que o médico possa oferecer orientações abrangentes aos usuários, envolvendo diversos aspectos clínicos e psicossociais. Salienta-se a importância da participação nas reuniões gerais da equipe, inclusive nas discussões de casos, a fim de ampliar a clínica e definir abordagens integradas com outros profissionais. Também é importante a sua participação no planejamento, treinamentos e ações multiprofissionais como atividades de adesão e acolhimento (BRASIL, 2008g).

Segundo o Manual Qualiaids, recomenda-se o atendimento de oito consultas para um período de quatro horas de trabalho do médico. Os casos novos necessitam um atendimento mais longo, para que se possa realizar uma investigação detalhada e criar condições para o estabelecimento de um vínculo duradouro. O retorno à consulta deve considerar um intervalo inferior a 30 dias (BRASIL, 2008g).

As consultas de usuários estáveis podem ser agendadas com um intervalo de 45 a 60 dias e sua duração deve possibilitar a avaliação da evolução clínica, a discussão sobre o uso da medicação, sobre o autocuidado e outros temas relevantes. Usuários que não usam TARV ou tenham contagem de CD4 alta e carga viral indetectável, podem ser agendados a cada quatro meses. atendimentos extra devem ser previstos para captação de usuários faltosos ou em abandono de tratamento, oferecendo-se uma atenção especial a fim de reintegrá-los ao acompanhamento regular (BRASIL, 2008g).

Apenas um dos SAE participantes do estudo atende exclusivamente usuários com HIV/Aids. Os outros incluem a assistência a usuários com DST. Em dois serviços a atividade do médico

é desenvolvida exclusivamente no ambulatório, enquanto que no terceiro serviço o médico também realiza interconsulta dos casos de HIV/Aids internados no hospital onde o SAE está inserido. A organização da atividade dos médicos diferencia-se a partir das necessidades e características do serviço.

Um problema considerado grave pelos três SAE, e que interfere na organização do serviço, é a insuficiência do número de médicos para atender à atual demanda. A questão é verbalizada por usuários, técnicos e gestores.

Para os usuários, embora o serviço seja considerado bom, a carência de profissionais médicos é recorrente e dificulta a organização dos serviços, considerando que a demanda por esse tipo de atendimento é crescente:

Eu queria saber também, se possível, por que aqui sai tanto médico? O que é que está faltando aqui? Talvez esteja faltando alguma coisa pros médicos [...] Não sei também se eles se habilitam, se eles querem, mas eu acho que eles trabalham com infectologia, acho que tá habilitado. Então, aqui na minha opinião é bom, mas tem essa falha que os médicos são poucos pra muitos pacientes (Informação verbal)¹².

Tá certo que aumentou o público, que não é como antigamente. Mas também é por falta de médico, porque se tivesse dois médicos... Porque antigamente tinha quatro médicos aqui, quando era pequeno, não é? O serviço era menor, os usuários era menor... Hoje em dia que dobrou, triplicou o número de usuários, diminuiu os médicos; que era quatro médicos, agora só tem dois! (Informação verbal)¹³.

Dentre os usuários, além da insuficiência de profissionais, também houve queixas relacionadas aos dias de atendimentos disponibilizados pelo serviço, conforme destaca a fala a seguir:

A demanda é muito grande e vai aumentar 3, 4, mil vezes mais. Então, até quando esse hospital vai conseguir atender toda essa demanda só trabalhando segunda e quarta? Só tendo duas ou três médicas pra atender? Que a coisa vai... ta desordenada e a tendência é crescer (Informação verbal)¹⁴.

Os técnicos verbalizam as dificuldades cotidianas para oferecer assistência, quando as agendas estão cheias. Sinalizam a diferença entre o desigual crescimento entre oferta dos serviços e o número de casos novos que chegam diariamente, como pode ser percebido nos seguintes relatos:

¹² Entrevista com U12.

¹³ Entrevista com U7.

¹⁴ Entrevista com U16.

Tem alguns pacientes que a gente sabe da necessidade de voltar com quinze dias e não tem... Quando vai agendar é daqui a sessenta dias que tem um agendamento; aí você iniciou um tratamento hoje, você tem que reavaliar esse paciente, ver que reação adversa ele pode está tendo, né? Pode ter reações até mais graves. Então você tem que ter... Aí o que é que a gente faz? Encaixe, encaixe, encaixe... Tem dia que quando as meninas dizem: “Doutora a senhora mandou cinco encaixes pra esse dia!” Aí eu digo: “Meu Deus do céu, o que é que eu vou fazer?” Não é? O que é que eu vou fazer com os pacientes? Vou fazer o que? Vou dizer: “Comece e daqui a dois meses você vem!” Eu não posso! Mas isso desgasta também a gente, não é? (Informação verbal)¹⁵.

Porque há um aumento do número de pessoas soropositivas e então, a oferta dos SAE é menor. Eu acredito que a velocidade do número de contaminados é maior do que a estrutura dos serviços. [...] Porque é claro que vai ter vaga. Vai ter vaga pro próximo ano, vai ter vaga pra janeiro, fevereiro, março... Mas aquela pessoa que tá angustiada, ela quer a vaga hoje. Então... Ontem, né? Então, o maior entrave que eu vejo... O que me angustia é dizer aquele paciente que ele vai ter que esperar a vaga em janeiro, fevereiro ou março. Isso falando por mim. Então... Que não era assim viu? Não era assim. Eu acho que isso vem com o aumento da demanda que tá sendo muito grande (Informação verbal)¹⁶.

Eu acho que a maior dificuldade, umas das grandes dificuldades... Primeiro: o serviço está crescendo muito, a gente não tá crescendo mais porque não tem espaço. Espaço que eu digo é o seguinte: Nós temos somente dois médicos atendendo no serviço onde a gente recebe paciente novo, pelo menos uns quatro a seis pacientes por semana, e a gente não tem como absorver isso, certo? Então eu acho que uma dificuldade é ter outras pessoas que participem que venham como médico pra trabalhar no SAE (Informação verbal)¹⁷.

Compartilhando dessa mesma opinião, os gestores também destacam a insuficiência do número de profissionais para atender à demanda dos SAE, como sendo um desafio importante a ser enfrentado no processo de organização desses serviços, considerando a ampliação da demanda com redução de profissionais, particularmente médicos.

A demanda está aumentando... Muito. E o quantitativo de médicos nossos é o mesmo desde 2007. [...] E precisamos de novos infectologistas. Já foi solicitado pela Secretaria, mas até agora não teve concurso. Teve até um concurso, acho que no ano passado, mas as pessoas, quando é pra cá, não querem vir, os médicos, alguns médicos. [...] Pra ter uma ideia, a demanda, as vagas pra paciente de primeira vez não tem mais. [...] Com o médico, o infectologista. [...] O paciente que chega pra gente, que precisa de uma consulta, a gente tenta mandar pra outro serviço que ainda esteja atendendo, que são poucos na rede (Informação verbal)¹⁸.

Hoje essa redução na equipe, hoje pra mim é a minha maior dificuldade! Esses profissionais que por questões de contrato, coisas administrativas mesmo, eles não puderam permanecer no serviço. [...] A estrutura que hoje eu tenho do SAE pra os casos novos não está sendo suficiente, com o número de equipe que eu tenho! Então, eu preciso aumentar a equipe pra melhorar a qualidade na assistência (Informação verbal)¹⁹.

¹⁵ Entrevista com T12.

¹⁶ Entrevista com T2.

¹⁷ Entrevista com T13.

¹⁸ Entrevista com G1.

¹⁹ Entrevista com G2.

Então o serviço, o serviço como o nosso ele precisa, pra crescer, precisa de médicos infectologistas, por que hoje, infelizmente, infelizmente a realidade é essa: nenhum clínico vai querer vir trabalhar com Aids. “Ah não! Tem os infectologistas!” Isso a gente perdeu muito. Eu acho que a gente perdeu muito (Informação verbal)²⁰.

Essa questão se torna mais grave ao se observar além da ampliação do corpo de profissionais para garantia de assistência adequada no âmbito dos SAE, não existem estratégias que possibilitem a sua fixação nesses serviços e há a necessidade de sua atualização sobre conhecimentos na área.

A principal dificuldade é recursos humanos, que é uma dificuldade na saúde como um todo. Você fica... O cobertor é sempre curto. Então quando a gente pede um profissional: “Ah! Porque não tem”. Ou porque fez concurso, mas não conseguiu lotar na rede; ou as pessoas não entraram no concurso; ou muita gente faz três, quatro concursos de uma vez só e aí opta por aquele que paga melhor, que tem as melhores condições. [...] Então, assim, é difícil. Esse é o principal problema. [...] Fixar o profissional no serviço e trazer o profissional... Trazer e fixar, quer dizer, que é o segundo momento (Informação verbal)²¹.

O principal (problema) realmente é recursos humanos, porque para estruturar a gente tem até recursos. A gente pode comprar equipamentos, [...] mas esbarra nos recursos humanos [...] Então eu acho que para o SUS, como um todo, é essa questão de recursos humanos e para a Aids é ainda mais agravante, porque tem que ser um recurso humano especializado e que você tem que atualizar, no mínimo, duas vezes por ano, porque se não perde o bonde. É uma coisa muita dinâmica... (Informação verbal)²².

Durante a observação de campo, um técnico falou sobre a falta de disponibilidade de tempo e da sobrecarga de tarefas. Comentou que ao chegar ao SAE vai direto ao consultório, atende muitos usuários e vai embora sem um contato maior com a equipe. Esta o procura no consultório, a partir das demandas surgidas. Além da referida sobrecarga de tarefas, observa-se que a estrutura física do ambulatório, no que diz respeito à posição das salas, não favorece as trocas entre os profissionais (Diário de Campo).

Observou-se que não havia reuniões sistemáticas de equipe em nenhum dos serviços, assim como não havia atividades grupais envolvendo os usuários. Desta forma, a atividade dos médicos girava em torno do atendimento individualizado aos usuários.

Durante a observação das atividades, foi possível acompanhar o atendimento médico em dois serviços. Apenas num dos serviços envolvidos no estudo, houve recusa pelo profissional, que fosse realizada a observação da consulta médica pela pesquisadora.

²⁰ Entrevista com G3.

²¹ Entrevista com G5.

²² Entrevista com G4.

A maioria dos atendimentos observados foram consultas de retorno. Quando o usuário está estável, a consulta médica ocorre a cada dois meses. Quando há indicação, o retorno pode ser agendado para um mês. Durante o atendimento um dos médicos observa os exames, escuta as queixas, esclarece as dúvidas dos usuários, buscando utilizar uma linguagem clara. Observa o prontuário, orientando os procedimentos, inclusive orientando o retorno para atendimento extra, caso ocorra alguma piora, solicita exames e agenda a próxima consulta. Apenas dois médicos de um dos serviços agendam o retorno pessoalmente. Os usuários dos demais médicos são orientados a buscarem a recepção para agendamento da próxima consulta.

Um dos médicos que faz o agendamento pessoalmente, não apenas para a próxima consulta, como para as subsequentes. Este afirmou que sua forma de acompanhamento e agendamento estimula o usuário à responsabilização em seu tratamento, havendo um compromisso dos dois lados. Ele tem o telefone dos usuários e estes têm o seu, para que possam comunicar as faltas pessoalmente (Diário de Campo).

Quando considera necessário, o médico examina o usuário e orienta os cuidados, registrando no prontuário. No caso de encaminhamento para outros profissionais, presentes no serviço no momento da consulta, alguns médicos buscam o profissional a fim de discutir o caso e solicitar o atendimento, tudo de maneira informal, a partir de conversas pessoais, sem reuniões pré-agendadas. Caso o profissional esteja ausente, ou seja de outro serviço, o encaminhamento é feito por escrito, sendo solicitado ao usuário que marque a consulta junto à recepção ou no setor de marcação.

Observa-se que cada médico imprime seu ritmo e forma de trabalho, mas, geralmente as consultas se dão de forma tranquila, organizada. Há médicos que têm maior facilidade no contato com outros profissionais. Buscam pessoalmente, discutem os casos, conversam. Outros atendem mais formalmente. Não saem de suas salas, os encaminhamentos são feitos através do prontuário.

Ao acompanhar a realização de consulta médica em um dos serviços, a médica mostrou-se atenciosa em relação ao usuário, buscando ajudá-lo em questões que vão além da saúde. Pediu suporte do serviço social, para orientar a solicitação da terceira via do Registro Geral (RG) e para ver a possibilidade de conseguir ajuda financeira para o trâmite. Também encaminhou ao serviço social um paciente que deverá fazer uma biópsia. Nesse caso, solicitou orientação sobre qual unidade de saúde deverá buscar. A troca entre as profissionais se deu a partir da demanda, informalmente. (Diário de Campo).

Os usuários respondem de forma positiva aos cuidados recebidos:

Ela (médica) passa meia hora, mas ela pergunta, ela olha você do pé à cabeça. Geralmente quando chega ela faz: “Está sentindo alguma coisa?” “Não!” “Tontura?” “Não.” Quer dizer, daí ela podia me liberar. Não! [...] Então ela vê minha pressão, vê minha temperatura, vê se ta saindo algum nódulo, alguma coisa. Então assim, a assistência é fantástica. [...] Ela atende como se... Eu nunca fui na clínica dela não [...] Mas assim, eu creio que do jeito que ela atende lá, ela deve atender aqui. Porque ela passa meia-hora. Demora? Demora, Mas ela vê tudo. Ela... Você sai sem dúvida nenhuma. O que você perguntar ela responde, é sincera e objetiva, é direta, não tem respaldo, não tem resguardo, ela diz o que ela pensa, o que ela acha. Tem gente que não gosta. Eu acho fantástico. [...] A hora que eu preciso eu tenho o telefone dela. [...] Então, eu não tenho do que reclamar (Informação verbal)²³.

Entretanto, nem sempre os usuários mostram-se satisfeitos com a assistência médica. Em alguns casos, eles identificam problemas na organização do serviço que dificultam a oferta de atendimentos satisfatórios, por conta da demanda excessiva para um número pequeno de profissionais.

Então eu acho que deveria, o estado, assim que sair um médico, providenciar outro, pra não carregar tanto o médico que ficou. Porque num determinado momento que estressa eles, carrega a gente também. Apesar de que eles não transferem, mas a gente sente que eles ficam muito cansados. Então, eu acho que deveria... Porque a Aids, pelas pesquisas, ta cada vez crescendo, cada mais crescendo. Então, eu acho que tem que trazer mais médicos pra essa área (Informação verbal)²⁴.

Em outros casos, a impossibilidade em estabelecer um vínculo terapêutico, pelas situações onde ocorrem as relações hierarquizadas, não-humanizadas, onde o médico assume uma postura de superioridade, é apontada como um aspecto desfavorável à resposta ao tratamento. Tais aspectos podem ser identificados no relato a seguir:

O que eu queria que mudasse seria o atendimento das doutoras. Se fosse mais... Uma amiga da pessoa. Mas, se elas não são... Porque tem doutora que acha que tem o diploma quer ser mais que o paciente. Assim, em termos de humanidade. Em termos de estudo com certeza! Ela tem uma bagagem muito grande. Mas assim, em termos de humanidade. Todo mundo é igual, eu acho assim! Até antes de eu vim pra cá hoje, eu liguei várias vezes pra cá, pra ver se tinha chegado a doutora novata. Mas não chegava... Passei um mês ligando. Ia chegar, ia chegar, não chegou! Aí eu tive que voltar pra ela, porque eu já não ia querer vim pra ela, queria ir pra outra. Pra ver se a outra era mais alegrezinha. Que a gente já vem nervosa pra esse tratamento... (Informação verbal)²⁵.

O **Psicólogo** desenvolve atividades fundamentais no cuidado às PVHA tais como: o acolhimento, informação, aconselhamento e desenvolvimento de ações educativas; acompanhamento e apoio psicológico e emocional nas várias etapas do tratamento e

²³ Entrevista com U16.

²⁴ Entrevista com U12

²⁵ Entrevista com U8.

relacionado à vivência da doença; promoção e coordenação de ações multiprofissionais, tais como grupo de adesão e outros; colaboração na identificação e no manejo dos aspectos subjetivos que comprometem o tratamento do paciente; desenvolvimento de ações dirigidas à educação continuada e permanente dos profissionais de saúde com o objetivo de capacitá-los em prevenção e aconselhamento em DST/Aids (BRASIL, 2008e).

Em um dos serviços estudados a equipe está sem psicólogo há aproximadamente dois anos. Aguardam a aquisição do profissional que, segundo a gerência do serviço, já foi solicitada. A ausência do profissional é referida pelos usuários como uma perda significativa para o serviço, já que anteriormente, esse profissional exercia um papel muito ativo, como se pode perceber na fala a seguir:

Eu acho que aqui está carente de psicóloga pra ajudar esse povo. Tem muita gente que está mal informada ainda! Que não quer aceitar, não se aceita, né? Não aceita que tem essa doença e que você pode viver com ela normalmente. Mas tem gente que não aceita e que está precisando de ajuda e que está abandonado por essa área daqui, psicologia. [...] Agora tem que colocar uma psicóloga aqui e uns profissionais bons mesmo que já tenha uma carga em cima deles que conheça os problemas das pessoas com HIV. Retomar o que as outras deixaram no meio do caminho, que ninguém retomou. Porque quem tem HIV... Muitos são muito fracos, muito fracos mesmo! [...] Eu mesmo controlo meus medicamentos, mas tem gente que nem toma, porque não tem quem incentive. Tinha antigamente, mas agora não tem mais como conversar, falar sobre os remédios que são poderosos, que deixa você com dor de cabeça, com ânsia de vômito (Informação verbal)²⁶.

Nos outros serviços, o psicólogo atende todos os pacientes novos que aceitem o encaminhamento. O usuário é apresentado ao serviço e é disponibilizado acompanhamento psicológico. É realizado atendimento de apoio à família e, caso um familiar necessite acompanhamento, os psicólogos podem atendê-los. Não é necessário encaminhamento, podendo ocorrer um atendimento por demanda espontânea. A fala de um técnico esclarece a questão:

A gente atende todos os pacientes novos. Normalmente, a pessoa quando vem marcar uma primeira consulta, ele é agendado uma consulta com o infectologista, com a enfermeira e com o psicólogo. Ele é apresentado ao serviço. É disponibilizado. Caso a gente perceba a necessidade, é colocado pra ele pra iniciar um acompanhamento. Às vezes a partir dessa consulta de primeira vez ele inicia um acompanhamento. Às vezes não é necessário naquele momento, ou ele não está nem em condição de fazer. Mas, em outro momento, quando ele necessitar, ele vai lembrar. Então fica aquele vínculo. Nós sempre procuramos ter esse vínculo, mas nem sempre ele vem. Vir ao psicólogo não é fácil (Informação verbal)²⁷.

²⁶ Entrevista com U6.

²⁷ Entrevista com T1.

Os encaminhamentos à psicologia realizados pela equipe podem ocorrer de forma indireta, sendo feito através de registro no prontuário ou direta, quando o profissional busca o psicólogo para repassar pessoalmente o caso e discuti-lo. Da mesma forma, os psicólogos costumam buscar outros profissionais para discutirem os casos que querem encaminhar. As discussões ocorrem informalmente (Diário de Campo).

Em um dos serviços, os psicólogos não são profissionais exclusivos do SAE. Dividem seu horário entre este serviço e a enfermaria. Atendem uma média de cinco usuários por turno no ambulatório. Realizam aconselhamento pré-teste, pós-teste, e o acompanhamento psicoterápico ao usuário. O atendimento é realizado duas vezes por semana, com hora marcada. O agendamento é feito na recepção e não há fila de espera, conforme o relato a seguir:

O paciente vai na recepção e agenda. Não é necessário que ele seja encaminhado pelo médico ou qualquer outro profissional da equipe. Ele pode vir pelo médico, enfermeiro, assistente social, terapia ocupacional. Mas ele pode também vir espontaneamente. Ele... Não é necessário o encaminhamento. Ele pode agendar a qualquer momento, com o psicólogo que ele quiser. No turno que for mais conveniente (Informação verbal)²⁸.

No outro serviço não há um fluxo definido em relação ao atendimento dos usuários pela psicologia. Assim, a psicóloga busca atender usuários que vêm ao serviço pela primeira vez, atende por encaminhamento dos outros profissionais ou por demanda espontânea. Seu horário é exclusivo do SAE, mas às vezes atende usuários internados, quando não há psicólogo na enfermaria.

Os técnicos comentam a inexistência de um fluxo estabelecido e o acolhimento não sistemático realizado pelo psicólogo no dia da consulta médica:

Existe muito... Assim, a gente até identifica, tenta tá passando pra psicóloga alguns casos, tá passando pra ela um novo atendimento, sugerindo ao usuário que tenha um atendimento psicológico. Mas que não existe pré-determinado o fluxo, não existe! (Informação verbal)²⁹.

Então, antes que aconteça a consulta, [...] eles passam pelo acolhimento. Aí nós registramos, preenchemos a ficha, fazemos todo o acolhimento e aí ele já vai pra consulta com o infectologista diante de algumas coisas já preparadas, por exemplo, quando ele passa a conhecer como funciona o serviço, quem são os profissionais, como é dia de marcação, com quem se dirigir, a quem, horário, enfim, essas coisas

²⁸ Entrevista com T1.

²⁹ Entrevista com T12.

informativas e aí a gente entra na parte específica de cada profissional (Informação verbal)³⁰.

O **Assistente Social** organiza o seu trabalho a partir das necessidades dos usuários, avaliando o impacto da questão social no processo saúde doença e buscando maneiras de superar as várias formas de discriminação e ampliar os espaços de participação dos usuários. Faz parte de suas atribuições junto aos usuários, familiares e comunidade acolher, informar, aconselhar e desenvolver ações educativas relacionadas à vida social, afetiva, e laboral, além das questões relacionadas ao tratamento. Também cabe orientar quanto aos recursos institucionais e comunitários, política de saúde e assistência social. Junto à equipe, o assistente social tem como atribuições discutir os casos, estimular a construção da rede de referência e contrarreferência e desenvolver ações de educação continuada voltadas para os profissionais de saúde (BRASIL, 2008e).

Um dos SAE envolvidos no estudo não conta com profissional do serviço social há aproximadamente dois anos. A equipe aguarda a lotação de um profissional e aponta a sua importância para o serviço. Verbaliza a seguir, o sentimento de sobrecarga, por não dar conta de questões que fazem parte das atribuições do assistente social:

E aquele que tem mais necessidades sociais e econômicas, que tem uma condição menos favorecida [...] Aí vem com a demanda pra assistente social: vale transporte, feira básica, aí vem tudo! Mas é realmente um usuário que tem muitas necessidades e a equipe, por estar tão incompleta, termina sobrecarregando a gente, que a gente não tem como entrar e suprir a falta do psicólogo, a falta da assistente social, dos outros técnicos. A gente não tem como suprir e a gente acaba tentando emendar e sabe que não consegue e fica sobrecarregado! (Informação verbal)³¹.

Nos outros serviços, as assistentes sociais não são profissionais exclusivas e dividem seu tempo entre atividades na enfermagem e no ambulatório. Os encaminhamentos ao serviço social ocorrem a partir da identificação pela equipe, de problemas específicos enfrentados por alguns usuários.

Na observação de campo foi identificado que faz parte do trabalho do serviço social o atendimento de usuários com problemas familiares, necessidade de orientação sobre benefícios sociais, dificuldade de transporte, inclusive de municípios do interior, necessidade de cestas básicas. Quando necessário, realizam encaminhamentos a outras instituições,

³⁰ Entrevista com T11.

³¹ Entrevista com T9.

contribuindo para o acesso dos usuários aos serviços. Também abordam a questão do HIV e os direitos a benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), assim como as sequelas de doenças oportunistas e os direitos a benefícios sociais.

Uma assistente social, durante a observação de campo, refere que outros temas abordados nos atendimentos do serviço social são: a valorização da pessoa, a importância da continuidade do tratamento, preconceitos, questões laborais, apoio da família, a comunicação do diagnóstico, o direito das pessoas envolvidas, a importância da adesão ao tratamento. Apesar da amplitude e importância dos temas abordados, não existe um fluxo definido de atendimento por esse profissional.

Técnicos relatam que, apesar da indefinição do fluxo, a assistente social busca cumprir o seu papel na assistência aos usuários, seja através de encaminhamento, seja pela tentativa de abordar a todos os usuários do serviço:

Já verifico quais os pacientes novos daquele dia, se não houve nenhum atendimento pelo serviço social, eu já tento abordá-los, ou solicito à médica que for atender, se tiverem algum caso novo que me encaminhe. Então, o fluxo normalmente é feito por mim mesmo. Não existe, assim, um fluxo pré-determinado, se vem primeiro, por quem passa primeiro, não! Eu já vou tentando formar, fazer esse fluxo pra não ta perdendo, pra que eu cubra o atendimento a maior parte dos pacientes do SAE. [...] A perspectiva seria essa, de atender senão 100%, o mais próximo disso, mas que todos esses que tenham o HIV confirmado pra gente ta fazendo esse atendimento, senão no primeiro momento, mas sempre ta acompanhando os que ainda não passaram pelo serviço social (Informação verbal)³².

Algumas vezes, a assistente social atende primeiro do que eu. Já veio, aí ela já antecipa, já faz o primeiro atendimento e ele vem no dia que tá marcado pra mim. Mas a gente não tem assim uma rotina. Dizer: primeiro vai ser atendido por esse, depois por esse, depois por esse. Não! [...] Como rotina, não! Eu assim, eu tenho a tendência de sempre encaminhar pra assistente social, mas é uma coisa que às vezes passa, entendeu? Não é uma coisa assim, que fica na minha cabeça já gravado. Como eu já trabalho muito próximo com ela, então me lembra mais. Mas não é uma rotina (Informação verbal)³³.

O **Enfermeiro** tem a responsabilidade por realizar as seguintes atividades: o acolhimento, a consulta de enfermagem, visita domiciliar, realização de grupos de adesão e de outros temas específicos, notificação epidemiológica e pré e pós-consulta médica para casos prioritários. São considerados casos prioritários usuários iniciando TARV, usuários com dificuldade de adesão ao tratamento ou com tuberculose e DST, usuários de drogas, pessoas com diminuição

³² Entrevista com T12.

³³ Entrevista com T13.

da compreensão, entre outros. O enfermeiro desenvolve ações educativas, atividades de adesão, redução de danos, controle e convocação de faltosos (BRASIL, 2008e).

Um dos serviços estudados não tem enfermeiro na equipe. Esse serviço, desde a sua implantação, organizou-se sem a presença desse profissional.

Nos outros serviços, o enfermeiro encontra-se presente e faz parte do seu trabalho a pré e a pós-consulta. Na consulta de primeira vez é feito o acolhimento, explica-se a organização do serviço, busca-se entender por que o usuário procurou o SAE e faz-se a solicitação dos exames de rotina, cujos resultados poderão ser avaliados na primeira consulta médica. Na pós-consulta reforça-se a consulta médica, revendo com o usuário todas as questões que ficaram dúvidas, com foco na adesão, principalmente a adesão ao antirretroviral.

Na observação de campo foi possível acompanhar o acolhimento de um usuário diante das dificuldades vivenciadas pelo serviço. O usuário buscava atendimento por um infectologista e a marcação só era possível para dois meses depois. O mesmo foi atendido na emergência, medicado por conta de uma infecção e encaminhado ao ambulatório. Foi atendido pela enfermeira, que buscou escutá-lo e tranquilizá-lo diante das queixas por não conseguir agendamento para consulta com o infectologista. Fez o seu cadastro, orientou sobre a marcação de consultas, medicação, cuidados e tratamento, adiantou a solicitação de exames de rotina e encaminhou ao dermatologista.

Durante a observação, uma enfermeira afirma que o profissional de enfermagem tem como função principal desenvolver o papel de educador, quando percebe o usuário carente de informação, realizando um trabalho de conscientização. Deve tentar fazer com que o usuário chegue com alguma noção sobre a sua doença ao atendimento médico, pois é importante que ele entenda o tratamento para que possa segui-lo corretamente.

Observou-se que usuários com dificuldade na adesão ao tratamento podem passar por atendimento com a enfermeira ou, dependendo do caso, com os psicólogos, de acordo com o encaminhamento dado pelo profissional que detectou o problema, que na maioria das vezes, é o médico assistente.

Foi acompanhado durante a observação de campo, o caso de um usuário que estava comparecendo apenas para buscar a medicação. Marcava por telefone, pegava a receita e ia à farmácia pegar a medicação. Não marcava consulta para comparecer ao serviço para a

reavaliação clínica. Ao preparar a receita, o médico identificou o problema e solicitou à enfermeira que intervisse. Ela colocou um aviso no prontuário e atendeu o usuário quando ele veio buscar a medicação. Escutou suas justificativas para tal atitude, tentando identificar o problema, orientando quanto à necessidade de vir às consultas periodicamente, solicitando os exames de monitoramento e o encaminhou à marcação.

Na observação dos casos atendidos pelas enfermeiras foi possível acompanhar momentos práticos de vivência das dificuldades enfrentadas por profissionais, usuários e familiares no tratamento. A questão da corresponsabilização é exercitada no cotidiano pelos profissionais e usuários. São atendidos usuários que abandonam tratamento, que se descuidam da medicação ou apresentam dúvidas sobre a administração ou mesmo sobre a indicação, usuários que faltam às consultas, que passam por internações.

Observou-se em um dos serviços estudados, o atendimento por uma enfermeira, de um usuário que não estava seguindo corretamente o tratamento. Antigo no serviço, ele estava iniciando um esquema terapêutico de resgate³⁴, após confirmação por exame de genotipagem. Acompanhado pela mãe, apresentava-se de boné, cabisbaixo, desconfiado, depressivo. A medicação para início do novo esquema antirretroviral a ser utilizado ainda não havia chegado do almoxarifado central. A enfermeira solicitou o telefone da mãe, para comunicar a chegada da medicação. Falou com o usuário sobre a importância da medicação e deste novo esquema, já que os outros falharam. Falou sobre a sua dificuldade em aderir a esquemas anteriores, já que uma das principais causas de falha terapêutica é a falha de adesão aos esquemas iniciais. O usuário manteve-se em silêncio. Não foi estimulado a se colocar (Diário de Campo).

As orientações prestadas pelo **Farmacêutico** envolvem uma atitude de escuta ativa e comunicação clara e objetiva, que favoreça o estabelecimento de uma relação de confiança. São informações importantes: o motivo da utilização da medicação, as consequências do abandono e não adesão, os efeitos adversos, as interações, cuidados no uso, a rotina de administração, orientação sobre esquecimento ou perda de doses, entre outras (BRASIL, 2010a).

A dispensação de medicação é fundamental para o êxito do tratamento, devendo basear-se num processo de informação e educação continuada. As informações prestadas podem

³⁴ Termo utilizado quando as terapias com esquemas convencionais de antirretrovirais começam a falhar e é necessário utilizar esquemas alternativos.

contribuir para conscientizar o usuário sobre a responsabilidade pela sua saúde, estimulando a aquisição de práticas saudáveis, possibilitando o uso correto dos medicamentos e colaborando para a adesão ao tratamento (BRASIL, 2010a).

Nos três serviços estudados, as farmácias não têm o farmacêutico exclusivo para o SAE. Os profissionais dividem sua carga horária com outros programas e não se envolvem de forma sistemática e direta na orientação aos usuários sobre a medicação antirretroviral. O atendimento aos usuários é realizado por atendentes de farmácia, que são profissionais de nível médio (Diário de Campo).

Durante a observação foi identificado que apenas uma das farmácias é exclusiva do SAE. As outras são farmácias de ambulatório geral. Todas estão inseridas no SICLOM, mas apenas na farmácia exclusiva a dispensação é registrada de imediato no sistema. Nas farmácias dos ambulatórios as informações sobre os antirretrovirais são digitadas posteriormente.

Observou-se que os usuários recebem a medicação mensalmente. Com receitas válidas para dois meses, a primeira parte da medicação é dispensada e o usuário recebe um impresso que indica o saldo de medicação, o qual deve ser apresentado no segundo mês. Usuários que estão iniciando a TARV recebem receita para um mês, devendo ser reavaliados pelo médico.

Uma atendente comentou que os usuários que residem no interior e têm dificuldade no acesso ao serviço recebem a medicação para dois meses. Caso necessitem viajar por mais tempo, os usuários podem ser autorizados a receber medicação para três meses, o que deverá ser justificado pelo médico.

Num dos serviços, a equipe queixa-se porque a farmácia nem sempre pode disponibilizar mais medicação:

[...] Que a gente já tem uma prescrição padronizada, se o paciente precisa levar mais medicamento ou não. E nem sempre a farmácia tem essa disponibilidade. Porque às vezes o paciente mora fora e tem dificuldade de voltar, tem dificuldade de passagem. Então, se a gente libera um pouco mais, pra ele passar um pouco mais de tempo sem vim pro serviço, isso às vezes garante uma adesão melhor, ele não vai ter falha, interrupção no tratamento, por que não pode vim; e nem sempre a farmácia tem essa disponibilidade (Informação verbal)³⁵.

Foi possível observar que os atendentes da farmácia não realizam um trabalho sistemático de orientação sobre a administração da medicação. Preenchem formulários, registram a

³⁵ Entrevista com T13.

dispensação, fazem a entrega. Caso o usuário tenha dúvidas sobre a administração da medicação, é orientado a buscar os profissionais do SAE, que fazem o trabalho de orientação. A interação dos profissionais da farmácia com a equipe do SAE se dá a partir das demandas surgidas. Em dois serviços, a orientação é dada pela enfermeira. No terceiro, em que não há profissionais da enfermagem na equipe do SAE, o médico dá a orientação necessária e os outros profissionais buscam oferecer um suporte maior.

A disponibilidade de medicação antirretroviral nos serviços não é motivo de queixas dos usuários ou dos profissionais. O mesmo não pode ser afirmado em relação às medicações para infecções oportunistas, cuja oferta não é tão regular.

Um atendente da farmácia afirmou que, quando falta uma parte da medicação, é dado uma espécie de vale, chamado por ele de “cheque” com o nome da medicação, a data e a assinatura do atendente, para que o usuário possa cobrar posteriormente. Comentou que há três meses estava faltando Fluconazol³⁶. Sobre o fato, durante conversa informal, o funcionário comentou: “quando está faltando medicamento, tanto a gente se estressa, como o paciente” (Diário de Campo).

Usuários que recebem a medicação na farmácia de um ambulatório que tem um fluxo intenso de atendimentos em diversas clínicas, queixam-se quanto à demora na fila. Referem que passam todo um turno esperando para receber a medicação, o que consideram um transtorno. Dizem que todos os meses é a mesma coisa e ainda é pior quanto necessitam solicitar receita médica, sem ter consulta marcada. As queixas são apresentadas nas falas abaixo:

Você chega na farmácia lá em cima pega uma ficha, é outra demora. Porque é muita gente e pouca gente pra atender a pessoa; demora outra vez um bocado. Chego em casa de que hora? Uma hora, uma e meia, duas horas... Porque a farmácia ali é difícil também! A ficha é muito alta. [...] Daqui que eu pegue essa receita, que vá pra farmácia, que espere a medicação, olha a demora! Vai dar dez horas, vê! Que horas eu vou sair daqui? Acho que lá pra meio dia, uma hora! Eu acho que isso! Demora muito, demora muito! (Informação verbal)³⁷.

Bom, é um pouquinho demorado! Porque também é muita gente! Agora mesmo está acontecendo a entrevista graças à fila... [...] Eu tenho cem números na frente! [...] Perder uma manhã inteira para pegar a medicação! [...] Aí sempre tem fila. E, meu Deus, quando eles ficam de greve é que é... [...] Aí quando saem da greve é muita gente! Mesmo que a última greve que teve, a gente teve prioridade de pegar os medicamentos...(Informação verbal)³⁸.

³⁶ Medicação antifúngica utilizada para tratamento de infecções oportunistas.

³⁷ Entrevista com U9.

³⁸ Entrevista com U10.

5.2.1.3 As Atividades Grupais

As intervenções em grupo permitem a troca de experiência entre usuários, favorecendo a formação de vínculo e apoio social entre os usuários e com o serviço. Tem caráter informativo, reflexivo e de suporte, fundamentando-se no diálogo. Trata-se de um ambiente de motivação, cuja finalidade é a busca de soluções para problemas individuais ou coletivos que dificultem a adesão ao tratamento. A abordagem grupal permite o acolhimento, o reforço à autoestima, o respeito às diferenças e o estímulo ao autocuidado (BRASIL, 2008c).

A condução das atividades grupais de forma interdisciplinar permite a inclusão de técnicas de dinâmica de grupo. Os profissionais devem estar qualificados para a condução do grupo para que possam manter a qualidade da intervenção e até evitarem prejuízo aos usuários. Não se trata de uma tarefa simples, pois exige planejamento e preparação dos encontros, devendo ter objetivos bem definidos (BRASIL, 2008c).

Alguns usuários negam-se a participar de atividades coletivas. A equipe deve estar atenta para a necessidade de pactuar o sigilo dos conteúdos trabalhados nos encontros. O convite deve respeitar o momento do usuário, buscando sensibilizá-lo para se engajar na atividade. Outro problema frequente é a pouca disponibilidade de tempo dos usuários, devendo haver flexibilidade da equipe para o planejamento do número e regularidade dos encontros. (BRASIL, 2008c).

Apesar de as equipes considerarem que o grupo de adesão é um instrumento importante para usuários que têm dificuldade de adesão ao tratamento, atualmente não há essa atividade em nenhum dos serviços envolvidos no estudo, embora em todos já tenha ocorrido, estando atualmente desativado. Os profissionais afirmam que o grupo de adesão é necessário, mas é difícil de manter, pois tem que ser um grupo muito dinâmico. Referem que a atividade é importante para que os usuários possam conversar, desabafar e tirar dúvidas, que nem sempre são tiradas durante a consulta médica. A adesão tem sido trabalhada nos atendimentos individuais em todos os SAE, apesar dos profissionais afirmarem que esse trabalho individualmente não é suficiente, já que não possibilita as trocas entre os usuários, como ocorre no trabalho em grupo.

A questão é abordada nas entrevistas com os usuários, que avaliam a atividade de forma positiva, inclusive apontando o grupo como fonte de apoio psicológico:

Ah! Muito bom! Eu achava bom! Porque cada um apoiava o outro: “Ah! Não te sintas assim. Eu passei por isso! É normal!”. Sobretudo pessoas que recebem a notícia, que é uma bomba. A mim eles apoiaram muito (Informação verbal)³⁹.

Se eu não precisei de apoio psicológico, mas o grupo serviu de um psicólogo pra mim. Porque, assim, quando você cai numa doença dessas, [...] acha que você é a última pessoa do mundo, e quando você vê que tem pessoas em situação bem pior, você sente... Você se sente até imune. [...] E naquele grupo, não é pior em sentido de doença, mas tem pessoas que não eram aceitas pela família [...] Então, assim, o grupo me ajudou a ver isso, que eu era, eu acho, daquele grupo todo, eu era o mais felizado (Informação verbal)⁴⁰.

Outros sujeitos criticaram a inexistência dos grupos e referiram sentir falta de não tê-los em atividade no momento atual, como se pode perceber nas falas a seguir:

Eu participei de grupo de adesão aqui, que era um grupo muito bom, muito bom! Não sei como é que acaba um grupo daquele. Porque me fortaleceu muito no grupo e muitas pessoas... A gente se sentia muito bem. [...] Participei muito tempo! (Informação verbal)⁴¹.

Eu sinto muita falta do grupo, porque pelo menos tem pessoas que têm o mesmo problema que você, outros que já têm problemas maiores que você, outros que... Assim, é uma troca de experiências. Pra gente é uma troca de experiências (Informação verbal)⁴².

Os técnicos também apontam o grupo de adesão como uma atividade que contribui na abordagem de dificuldades vivenciadas pelos usuários e que interferem na aceitação do tratamento. A fala a seguir destaca essas questões:

Eu acho que um grupo de adesão é uma coisa boa pra o paciente, sabe? Porque ele traz muito questionamento. Porque qual o objetivo do grupo de adesão? É exatamente isso, é aderir à medicação antirretroviral. Então, toda dificuldade que ele tá em aderir a essa medicação, que a gente sabe que envolve os componentes psicológicos, emocionais, físicos e tudo mais. Então, são abordados vários temas dentro desse grupo de adesão, inclusive as dificuldades deles. Eles têm um espaço para, se eles quiserem, falar da dificuldade de tomarem o remédio. Inclusive, versa também sobre a necessidade emocional mesmo, de aceitar a doença e de... não aceitando a doença, não aceitar a tomada da medicação (Informação verbal)⁴³.

Todos os serviços tiveram a experiência de organizarem grupos. Em um dos serviços o grupo durou quatro anos; no segundo serviço, durou dois anos; e no terceiro, um ano e meio. Em todos havia a participação de profissionais de várias formações.

³⁹ Entrevista com U10.

⁴⁰ Entrevista com U16.

⁴¹ Entrevista com U7.

⁴² Entrevista com U17.

⁴³ Entrevista com T2.

Participavam os pacientes soropositivos ou se precisasse trazer algum convidado, alguma coisa, era permitido. Era consultado o grupo sobre aquela visita porque era uma pessoa de fora. Muitas vezes a gente chamava um nutricionista, um farmacêutico... que a idéia era essa. Era unir o grupo, era o grupo de adesão, ia quem quisesse, e os temas eram levantados por eles (Informação verbal)⁴⁴.

Diversos motivos são apontados como responsáveis pela suspensão da atividade grupal. Entre esses motivos, são referidas a falta de espaço físico para as reuniões, a falta de profissionais para coordenação do trabalho, as dificuldades financeiras e falta de tempo dos usuários. Conforme as falas de gestores e técnicos a seguir:

Como a gente tem uma situação de escassez de profissional, a gente não tem a oportunidade de fazer outro tipo de atividades, que também possam reunir grupos. A gente viu um pouco se desestruturando, o nosso grupo de adesão (Informação verbal)⁴⁵.

Pra fazer o grupo de adesão a gente se deslocava pra ir pra outra sala que a gente pedia emprestada e levava nosso material de recurso: muitas vezes a gente levou televisão, levou vídeo, levou tudo pra lá (Informação verbal)⁴⁶.

Mas uma coisa que batia muito no nosso grupo de adesão era a dificuldade das pessoas virem. [...] É a questão sócio-econômica. [...] Eu participei um tempo do grupo de adesão. Nós dávamos a passagem e oferecíamos um lanche pra eles (Informação verbal)⁴⁷.

Algumas equipes têm discutido a possibilidade de retomada do grupo, pontuando que não se trata de um trabalho a ser realizado por um profissional isolado, mas é necessário o investimento de toda a equipe e o apoio da direção. Observa-se que existem outras atividades prioritárias na lista de afazeres dos profissionais e o trabalho em grupo de adesão é colocado em segundo plano, necessitando de força de vontade dos profissionais, associado ao apoio da gerência do serviço. Um técnico verbaliza a questão na seguinte fala:

Então, assim, é um investimento de uma equipe inteira, certo? E, principalmente, de ter uma pessoa responsável, que realmente invista naquele grupo e tenha o apoio da direção ou da administração, pra que aquele tempo investido não... Vamos dizer... Não atrapalhe a rotina de trabalho daquela pessoa. Porque muitas vezes, a pessoa tem que investir naquele grupo – isso aí a gente sentiu na pele – mas a gente tem que dar conta dos nossos pacientes, a gente tem que dar conta da enfermaria. Então, é preciso ter, realmente [...] vontade de que dê certo. Não só do paciente, mas principalmente da equipe e da direção (Informação verbal)⁴⁸.

Outras dificuldades vivenciadas pelas equipes são consideradas pelos profissionais como entraves para a organização dos grupos: a postura preconceituosa de alguns profissionais,

⁴⁴ Entrevista com T8.

⁴⁵ Entrevista com G3.

⁴⁶ Entrevista com T11.

⁴⁷ Entrevista com T1.

⁴⁸ Entrevista com T2.

levando a um julgamento de valores; a indefinição de um fluxo de encaminhamento e monitoramento conjunto; e a pouca interação da equipe, levando ao isolamento da atividade. Estes aspectos estão presentes nas seguintes falas:

E também tem que ser um grupo muito livre de preconceitos. Que é uma coisa que eu observei na minha experiência. [...] Por não entender o porquê que aquela pessoa tá resistindo a tomar a medicação, ele acha que é irresponsabilidade, muitas vezes acha que é descaso, quando existem muitas coisas, a nível emocional, que interferem nisso. [...] Então, às vezes, alguns profissionais tendem, tendem a... Não são todos... Mas, assim... A gente tem que ter muito cuidado pra não usar juízo de valor, né? Ou de preconceito (Informação verbal)⁴⁹.

Criamos também um tipo de um convite [...] No caso, esse convite ficaria também com a infectologista, porque aí ela via a necessidade desse paciente que estava junto com ela e a gente via também com o que a gente atendia, no caso, eu e a assistente social. Cada profissional poderia fazer essa seleção! [...] Então a gente trazia pro grupo, de todas as formas a gente faria esse convite. [...] Não deu não! Não deu muito certo não (Informação verbal)⁵⁰.

Eu nunca participei, nunca participei, eu sei apenas, tenho conhecimento de que aqui existe, ou já existiu um grupo de adesão feito com a psicóloga, mas confesso que eu não conheço e nem sei se isso tá em funcionamento ainda. Já tentei inclusive, encaminhar alguns pacientes, poucos, e ainda ia se formar um novo grupo, ainda tem, e não tive nenhum retorno (Informação verbal)⁵¹.

5.2.2 Mecanismos de Articulação e Acompanhamento da Equipe

Como mecanismos de articulação e acompanhamento da equipe foram considerados: as reuniões de equipe; os encaminhamentos de usuários entre os profissionais; o planejamento, avaliação e monitoramento do trabalho; a oferta de treinamentos e supervisões; o gerenciamento.

5.2.2.1 Reuniões de Equipe

O trabalho em equipe requer reuniões para a discussão e reflexão sobre o acompanhamento dos usuários. Encontros sistemáticos, agendados de acordo com a demanda e a

⁴⁹ Entrevista com T2

⁵⁰ Entrevista com T11.

⁵¹ Entrevista com T13.

disponibilidade dos profissionais contribuem para que a equipe possa trabalhar de forma interdisciplinar e integrada (BRASIL, 2008c).

As reuniões devem ter um caráter técnico administrativo, focalizando o conteúdo e organização do trabalho e permitindo a definição de estratégias de atuação e a identificação de problemas e dificuldades dos profissionais. Segundo o Manual Qualiaids do MS, é importante que seja reservado um espaço regular e exclusivo para esse fim, suspendendo-se os atendimentos nesse período e promovendo a participação de todos os profissionais da assistência e da gerência local (BRASIL, 2008g).

Atualmente, os três serviços envolvidos no estudo não realizam reuniões sistemáticas com a equipe. As questões são discutidas a partir dos casos surgidos e os encaminhamentos entre os profissionais ocorrem informalmente. Apesar da ausência de reuniões, os profissionais referem que as mesmas são necessárias para tentar melhorar o serviço, pois é nelas que a equipe procura unificar o discurso.

Os profissionais relatam experiências anteriores e reconhecem a importância das reuniões como um espaço de atualização e promoção da integração da equipe, conforme se observa nas falas abaixo:

Porque por mais que cada um trabalha dentro da sua área, as informações são comuns. Nós trabalhamos com a mesma patologia, os mesmos anseios dos pacientes, então seria interessante que a gente tivesse esse espaço pra atualização, pra troca de informações médicas que eles (usuários) nos pedem (Informação verbal)⁵².

Não está tendo! A gente tinha também, pelo menos de dois em dois meses, uma reunião nas terças, que era no dia que todos da equipe estavam, mas esse ano nem isso a gente teve. Porque não tem tempo. A gente não tem tempo nem de se falar, mal! De falar um com o outro (Informação verbal)⁵³.

As expressões dos profissionais nas entrevistas refletem a percepção da fragilidade da integração da equipe e da fragmentação do trabalho:

A gente não tem (reunião de equipe). Discute no dia a dia os casos surgidos. Foi uma coisa que a gente tentou fazer. Pelo menos ter a participação de um médico para a gente discutir, tirar dúvidas. [...] Se houvesse um momento pra a gente discutir... É uma vontade fraca. Às vezes as pessoas estão tão envolvidas... Tinha que ter alguma coisa pra dar uma sacudida (Informação verbal)⁵⁴.

⁵² Entrevista com T1.

⁵³ Entrevista com T9.

⁵⁴ Entrevista com T3.

Agora, me ressinto de reuniões, reuniões científicas pra estar debatendo coisas [...] No sentido de fazer uma maior integração. Porque a gente aqui realmente passa por situações muito difíceis em relação ao próprio paciente (Informação verbal)⁵⁵.

5.2.2.2 Encaminhamentos de Usuários entre os Profissionais

A responsabilidade em avaliar as necessidades dos usuários e conhecer as diferentes possibilidades de encaminhamento disponíveis no serviço ou em outras instituições é de todos os profissionais da equipe. A autonomia para realizar os encaminhamentos vai depender, entre outros fatores, da forma como a equipe se organiza e interage. Não deve haver preponderância de um profissional sobre o outro. Para tal, a equipe necessita conhecer as competências de cada profissional, os quais devem estar aptos para reconhecer as demandas dos usuários. À medida que a equipe consegue interagir e intensificar acordos, reduz-se a possibilidade do estabelecimento de conflitos (BRASIL, 2008g).

Na observação de campo, percebeu-se que, nos três serviços, os encaminhamentos entre os profissionais ocorrem rotineiramente, variando de acordo com a integração da equipe e a organização do trabalho. Há profissionais que se mantêm mais isolados, enquanto para outros, as trocas fazem parte da rotina de trabalho.

Observou-se que os encaminhamentos entre os profissionais, na sua maioria, ocorrem informalmente, a partir da identificação das necessidades dos usuários. Os profissionais buscam-se nos consultórios ou se encontram em espaços comuns, onde discutem casos, solicitam o atendimento, definem procedimentos e encaminhamentos, como evidenciado em algumas entrevistas com técnicos:

A gente conversa muito aqui nesse corredor. Quando a gente sai pra beber água, vai ao banheiro, aí a gente conversa, ou quando tem um caso. Muitas vezes eu to aqui, o médico bate, me chama e me apresenta paciente: “Olhe esse aqui ta precisando. Eu precisava que você desse uma palavrinha com ele”. Funciona muito dessa forma. Muitas vezes o paciente ta descompensado, diagnóstico do companheiro, qualquer coisa. Aí eles batem, pedem e a gente sempre arruma um horarizinho, pede pra pessoa esperar e atende. Ou algumas vezes a gente pede também pra eles (Informação verbal)⁵⁶.

⁵⁵ Entrevista com T6.

⁵⁶ Entrevista com T1.

São informais. A gente às vezes até numa conversa mesmo pede pra atender. [...] Não tem um encaminhamento formal com um relato da história do paciente, não. Aqui, geralmente, internamente, são encaminhamentos informais (Informação verbal)⁵⁷.

Outro instrumento de comunicação, destacado como facilitador das trocas entre a equipe, foi o prontuário. Diante da impossibilidade de contatos pessoais entre os profissionais, os encaminhamentos também ocorrem através do registro no prontuário, como relata um profissional:

A gente bota no prontuário a necessidade que a gente observou. [...] Então, quando a gente não consegue falar diretamente com o profissional, porque nem sempre isso é possível, realmente, dizer que a gente consegue entrar com contato com todos, não é uma realidade. [...] Mas existe um prontuário que é o nosso ponto de encontro e que, qualquer dúvida, a gente pode também, entrar em contato com aquele profissional. Mas em geral, como todos profissionais evoluem no prontuário, então a gente tem um retorno dele (Informação verbal)⁵⁸.

5.2.2.3 Planejamento, Avaliação e Monitoramento do Trabalho

O planejamento das atividades do serviço deve utilizar os dados epidemiológicos da região. Para assegurar o estabelecimento de prioridades coerentes com os problemas identificados e a disponibilidade de recursos financeiros, é importante contar com a participação da equipe, representantes dos usuários e de instâncias do controle social. A participação da equipe no planejamento ajuda a diminuir a resistência a mudanças e aumenta o compromisso dos profissionais com o desenvolvimento e resultados das ações. A participação dos usuários dá maior legitimidade ao plano e à definição de prioridades (BRASIL, 2008g).

Nos três serviços participantes do estudo, as equipes afirmam que não participam no planejamento ou avaliação das ações. Alguns profissionais referem que poucas mudanças ocorrem e apenas se repete o trabalho do dia a dia. Opinam que reuniões científicas, planejamento e avaliação poderiam motivar a equipe. Tais afirmações são expressas nos seguintes trechos de entrevistas com técnicos dos SAE:

⁵⁷ Entrevista com T11.

⁵⁸ Entrevista com T2.

Se existe, eu nunca fui convidada pra participar, pra planejar as ações desse ano [...] pro ambulatório. Não. Eu nunca participei. Nunca fui convidada (Informação verbal)⁵⁹.

Então a gente fez um planejamento há uns anos atrás e aí nesse planejamento... A gente repete esse planejamento. Só faz algumas mudanças. [...] A gente repete como forma habitual do dia-a-dia de trabalho nosso mesmo! (Informação verbal)⁶⁰.

Se tiver (planejamento), é entre a gerência e a direção. Talvez a gente precise de motivação. Planejamento, avaliação, reunião científica... (Informação verbal)⁶¹.

Outros profissionais afirmam que a equipe não participa da tomada de decisões, estas já vêm prontas e que raramente a comunicação é feita para a equipe entrar em acordo:

As coisas já vêm prontas. [...] Eles resolvem e já mandam muitas vezes pra aqui! Pronto. Às vezes a gente é comunicado, entra em acordo, “concordo ou não!”, mas teve pouquíssimo isso. Planejamento pra o ano próximo, essas coisas não temos participação não! (Informação verbal)⁶².

Com um discurso contradizendo o que referem os profissionais de um serviço, sobre a ausência de reuniões e de planejamento, um gestor apresenta o seguinte depoimento:

Porque o gestor ele não trabalha só. Têm decisões que devem ser tomadas independentes das, digamos assim, das visões, do entendimento da equipe. Têm coisas que não tem como ter flexibilidade. [...] Mas em termos de crescimento profissional, crescimento do serviço, os profissionais apoiando, cada um dando a sua opinião, cada um vendo o que é melhor. Porque cada um tem a sua visão, então, a minha visão como gestora jamais vai ser como a da enfermeira. [...] Então, é outra visão que a gente tem que ter. Então, sempre na reunião, a tomada de decisão sempre é em grupo! (Informação verbal)⁶³.

Um gestor comenta que as atividades realizadas no SAE seguem uma rotina que não é modificada com frequência. Considera que o planejamento no serviço está mais voltado para a organização do fluxo de atendimento, como colocado no relato abaixo:

(A equipe) Não participa de planejamento. Dentro do serviço não se tem muita coisa a planejar, vamos assim dizer! Pode parecer absurdo o que eu estou colocando, mas existe uma rotina estabelecida; quando a rotina muda, ou é necessário mudar, eles discutem entre si com a coordenadora [...] do SAE. É diferente de uma ação política como a nossa, que requer um planejamento que muda às vezes com frequência... É diferente! Lá a questão é de planejar fluxo, entende? (Informação verbal)⁶⁴.

Outro gestor aponta a necessidade do envolvimento de outras esferas da gestão no planejamento das ações do serviço, recomendando a utilização dos dados obtidos através dos

⁵⁹ Entrevista com T4.

⁶⁰ Entrevista com T11.

⁶¹ Entrevista com T3.

⁶² Entrevista com T10.

⁶³ Entrevista com G2.

⁶⁴ Entrevista com G5.

sistemas de informação como recurso de planejamento estratégico para a definição das necessidades de recursos humanos, para permitir adequação dos serviços às demandas. Afirma, então, que o planejamento e a ampliação não dependem apenas do serviço, como se pode evidenciar a seguir:

A necessidade de planejar e ampliar precisa ser vista e isso depende, eu disse, não só da decisão do serviço. Esse planejamento tem que ser da direção, como a própria direção viu a necessidade, ela tem que ter a necessidade de conhecimento da realidade e aí vai a própria coordenação estadual e a própria coordenação nacional. Tem que ter, tá certo? Porque ele tem esses instrumentos, esses dados, esses instrumentos gerenciais, que são os dados fornecidos através dos vários sistemas de informação, que permitam planejar e programar ampliação dos serviços juntos com os gestores municipais e estaduais pra lotação de recursos humanos (Informação verbal)⁶⁵.

5.2.2.4 Oferta de Treinamentos e Supervisões

O Manual Qualiaids recomenda que os SAE promovam a capacitação continuada de suas equipes, envolvendo todas as categorias profissionais, inclusive de nível médio. As características dinâmicas de evolução da epidemia e a contínua inovação científica requerem constantes atualizações dos profissionais, em função da qualidade técnica da assistência (BRASIL, 2008g).

Os profissionais dos três serviços investigados referem que a equipe participa de eventos de capacitação promovidos pela Coordenação Nacional de DST e Aids e alguns cursos de aperfeiçoamento e atualização promovidos pela Coordenação Estadual e pela Municipal. Referem também que às vezes acontece de o profissional não poder participar, porque o convite não ocorre com a antecedência necessária para que o mesmo possa programar-se e desvencilhar-se de outros compromissos ou das consultas agendadas no próprio serviço. Alguns profissionais comentam que, nos últimos anos, houve uma redução do número de capacitações e treinamentos oferecidos, como afirma o profissional abaixo:

Treinamento, também, muito pouco. Já teve mais. HIV foi muito novidade. Agora perdeu muito a novidade. Então, nunca mais teve oficinas, treinamento fora (Informação verbal)⁶⁶.

⁶⁵ Entrevista com G3.

⁶⁶ Entrevista com T1

Segundo um gestor, a pouca frequência com que são realizados treinamentos se dá muitas vezes por entraves de outros setores, incluindo administrativo e financeiro, conforme se observa no relato abaixo:

A gente tem uma série de capacitações que são feitas anualmente: em testagem rápida, em controle de transmissão vertical, em abordagem sindrômica, em aconselhamento, seminários, cursos, muita coisa, certo? E a gente faz, consegue fazer e a rede chega junto. Só que por essa dificuldade burocrática e de falta de entendimento do gestor da ocasião, do financeiro, da sua equipe, toda essa dificuldade às vezes de orçamento, não ter orçamento, ter o financeiro, mas não ter orçamento, toda essa dificuldade que é de uma outra área da saúde, emperra pra gente fazer com a frequência que deveria. [...] Existe, há disponibilidade, há interesse, temos condições de fazer. São os fatores externos a ele que às vezes impedem e que entra na burocracia mais uma vez, nos aspectos da burocracia, que impedem que a gente realize, a contento e com a frequência necessária! (Informação verbal)⁶⁷.

Segundo os profissionais, os próprios SAE não promovem treinamentos. A capacitação e treinamento da equipe no serviço ocorrem em momentos informais. Há uma busca pessoal de alguns profissionais, como quando ocorrem congressos. Nesses casos, o profissional é liberado a participar, mas não é oferecida ajuda de custo, conseguindo-se às vezes, apoio financeiro dos laboratórios. É o que se pode demonstrar nos trechos de entrevistas abaixo:

É uma coisa muito, muito pessoal na verdade! Não é uma coisa que é disponibilizada pelo serviço. Mas assim, de que o serviço está oferecendo isso. [...] Nós participamos praticamente de todos os eventos que tem, relacionados à infectologia e HIV/Aids: congresso, curso promovido pela secretaria, mas isso é uma busca particular (Informação verbal)⁶⁸.

Ser liberado a gente tem direito, então o que é que a gente faz? Ou a gente mesmo paga, ou se a gente tiver algum patrocínio, alguma coisa, a gente vai e pede só a liberação dos dias. Mas custeio a gente não tem; porque a gente sabe que não tem, que vai ser negado (Informação verbal)⁶⁹.

Em um dos serviços houve uma tentativa frustrada da equipe em conseguir financiamento para uma capacitação pelo estado. Um profissional comenta que essas questões desanimam e desmotivam a equipe. Fala da necessidade de incentivo às capacitações:

Agora mesmo tentamos... Eu levantei essa bandeira de tentar ver se a gente conseguia capacitação em saúde pública, que é uma coisa que tá dentro dessa realidade aqui. [...] E, aí, a gente fez, e a direção deu todo o apoio. A gente fez todo um documento pedindo, solicitando que a equipe fosse capacitada em saúde pública. [...] Mas, quando foi na vez da gente, não foi autorizado. Não sei por que exatamente, mas não foi autorizado. Então, assim... Aí dá uma certa desanimada,

⁶⁷ Entrevista com G5.

⁶⁸ Entrevista com T13

⁶⁹ Entrevista com T9

uma desmotivada. Porque com o salário que a gente ganha, não dá pra pagar uma capacitação hoje em dia (Informação verbal)⁷⁰.

Apenas um dos serviços referiu que houve um trabalho de suporte à equipe, desenvolvido por psicólogas externas ao serviço. Os profissionais relatam que eram trabalhadas questões relacionadas ao envolvimento destes com a assistência às PVHA. Consideram que foi um momento necessário para a equipe se auto-avaliar. Falam da oportunidade, como muito positiva para o serviço, onde a equipe podia refletir e compartilhar as dificuldades do trabalho no SAE.

Era um atendimento do grupo por dois ou três psicólogos fora daqui. Esse resultado foi muito bom nesse grupo, muito bom! O pessoal gostou muito e era bom porque a gente precisa trabalhar a gente também. Um momento da gente (Informação verbal)⁷¹.

5.2.2.5 Gerenciamento

Uma assistência de boa qualidade em HIV e Aids requer um gerenciamento específico, que inclua atividades de avaliação, planejamento, monitoramento e supervisão das atividades profissionais e outras atividades do serviço. O gerenciamento deve ser efetivamente técnico e orientado pelas diretrizes clínicas, éticas e epidemiológicas do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e do SUS. A formação técnica e a experiência do gerente é um recurso básico para o serviço (BRASIL, 2008g).

O cuidado integral às PVHA exige compromisso e responsabilidade dos profissionais. A utilização de mecanismos gerenciais de controle não dispensa as pactuações participativas com os profissionais, de forma a garantir a transparência e democracia do processo. A articulação entre o técnico e o administrativo deve ser mantida na condução do trabalho assistencial pela gerência (BRASIL, 2008g).

Nos três serviços envolvidos no estudo, os profissionais afirmam que gerenciar é uma atividade difícil. Apontam questões cruciais, como a gestão de pessoas e a pouca autonomia dos serviços para a resolução de problemas, como entraves que justificam essa percepção, como pode ser identificado nos trechos das entrevistas:

⁷⁰ Entrevista com T2

⁷¹ Entrevista com T8

Nós tivemos, assim, muita troca de gerente aqui no ambulatório. O que... O que eu observo... Atualmente as pessoas não querem mais gerenciar. É uma dificuldade muito grande encontrar alguém que queira gerenciar. As pessoas sempre dizem que é muito difícil... Gerenciar pessoas. E o grande problema da falta de resolutividade que se tem. Você tem um serviço aqui que é subordinado à Secretaria de Saúde. Tudo agora é via licitação, concorrência... Então as coisas são muito lentas. [...] São esses entraves burocráticos. Porque as unidades não são autônomas. Nós somos subordinados. Então, isso atrapalha. A gente sabe que tudo isso existe pra evitar a questão do suborno, superfaturamento e tudo, mas que atrapalha, atrapalha (Informação verbal)⁷².

Gerenciar não é fácil não. É difícil. Não é nem difícil, é complicado porque nem sempre uma coisa que a gente quer ou planeja, que a gente precisa, ela pode acontecer, porque depende de outros fatores que são externos ao serviço. [...] Talvez nosso serviço seja pequeno ainda e a gente não percebe que há um gerenciamento, que a gente trabalha de uma forma tão... Participa tão igual, que não há [...] não há um papel (Informação verbal)⁷³.

Os gerentes dos três serviços não exercem exclusivamente a função de coordenação, desenvolvendo atividades assistenciais. No que diz respeito à formação para atividade de gestão, apenas em um dos serviços, o coordenador possui uma especialização específica. Nos demais serviços, os gerentes tiveram sua formação em gestão a partir da experiência prática.

Alguns profissionais opinam que o gerente do SAE deveria desenvolver exclusivamente essa função, pois não consideram adequado fazer duas coisas ao mesmo tempo. Afirmam que o gerente tem o papel de articular com outros serviços, com os profissionais, para que haja integração. Sobre essa questão, destaca-se o comentário de um profissional:

E ter um gerenciamento realmente, uma pessoa que venha gerenciar. [...] Você não pode fazer duas coisas, você não vai fazer as duas coisas bem feitas. [...] Quem tá ali para orientar, tá pra articular, tá pra ir numa unidade, tá pra fazer um convênio, entre outras, juntar um pneumologista com o neurologista. [...] No sentido de que, havendo aquele problema, haja a referência e a contrarreferência, haja integração (Informação verbal)⁷⁴.

Uma questão apresentada como entrave nos três serviços foi a gestão de pessoas. Foram apontadas dificuldades como a insuficiência de recursos humanos e as diferenças estabelecidas nos serviços entre as categorias profissionais que integram a equipe do SAE. Essas questões podem ser identificadas na fala a seguir:

Gerenciar médicos, pior ainda. [...] O médico sempre, a vida inteira se achou o bom [...]. E que ele deveria ter tratamento diferenciado, regalias. E acho que isso dificulta muito. E acho que é diferenciado. [...] E isso torna a gerência difícil. Como gerenciar, não é? Então, muitas vezes nós, aqui, que não somos médicos, nós sentimos muito isso. O médico acaba atendendo os pacientes dele e vai embora.

⁷² Entrevista com T1

⁷³ Entrevista com T11

⁷⁴ Entrevista com T6.

Psicólogo, assistente social tem que cumprir o horário. [...] Mas os médicos têm conseguido um piso salarial bem melhor. [...] Uma boa remuneração. Então, acho que se precisa também ficar mais tempo, dar mais assistência. [...] Mas isso cabe também aos profissionais [...] ocuparem esse espaço. Mostrarem a importância de todos os profissionais. Inclusive dentro de uma visão interdisciplinar (Informação verbal)⁷⁵.

Consonante à opinião dos técnicos, os gestores afirmam que a gestão de pessoas é um ponto difícil do seu trabalho e também comentam as dificuldades em coordenar o trabalho dos profissionais médicos, como se observa nos seguintes trechos de entrevistas:

A gestão de pessoas no sistema de saúde é muito difícil, esse é o maior entrave. A gestão burocrática dos recursos é uma coisa, pelo menos quando ligada ao HIV/Aids, [...] isso não é o problema. Isso é tudo bem verticalizado. Agora, a questão da gestão de pessoas... E aí não é só no serviço de HIV/Aids. Eu acho que a gestão de pessoas no Sistema Único de Saúde, pelo menos no tocante ao que a gente tem, à realidade do nosso estado, da nossa secretaria de saúde, é muito difícil (Informação verbal)⁷⁶.

E principalmente o profissional médico! Estou dizendo principalmente porque eu acho que é de onde a gente mais se ressent, mas isso é o todo. Então, [...] torcemos pra que ele dê as quatro horas, porque também não é muito comum, quatro horas naquele dia. Atende: “Tchau, pronto. Fiz meu papel, está aqui o prontuário, pronto, acabou!” Ele não quer saber se [...] a psicologia do serviço está em crise. Só vai se queixar depois que [...] o usuário está dando trabalho e não tem um psicólogo [...] pra dar suporte quando ele precisar! Mas se ele não precisar, não vai saber; não vai se preocupar com isso (Informação verbal)⁷⁷

E gerenciar um ambulatório... Assim... É diferente, porque as atividades são diferentes. [...] Com outros profissionais pra você também gerenciar, que não só a enfermagem. E outros profissionais de nível superior, principalmente médicos. Que é complicado médico ter uma gerência que não é ‘colega’, que não seja médica. E fica muito mais complicado (Informação verbal)⁷⁸.

A relação do gerente do serviço com a equipe apresenta uma grande diversidade nos três serviços, sendo marcada por aspectos que podem influenciar a forma como o SAE se organiza. Em algumas situações, a comunicação entre a gerência e a equipe ocorre sem maiores dificuldades, como destacado na fala de um profissional durante a entrevista:

[Nome omitido] tem um perfil de coordenação. Ela consegue direitinho com a recepção e até com os médicos. No tocante à gerência, o acompanhamento dos médicos é complicado. Mas, ela tem jogo de cintura (Informação verbal)⁷⁹.

⁷⁵ Entrevista com T1.

⁷⁶ Entrevista com G3

⁷⁷ Entrevista com G5.

⁷⁸ Entrevista com G1

⁷⁹ Entrevista com T3.

Em outros momentos, evidenciou-se, tanto durante a observação de campo, quanto nas entrevistas, a insatisfação dos profissionais com a coordenação dos serviços, como se destaca nos seguintes trechos das entrevistas:

Realmente a minha expectativa é que tivesse uma atuação maior, a coordenação tivesse mais, trouxesse mais estímulo realmente pra equipe. Eu acho que a ausência das reuniões, a questão das discussões de caso [...] Eu acho que seria muito importante. Eu acho que ta faltando isso, realmente ta faltando (Informação verbal)⁸⁰.

Eu já não diria que o nosso... que a coordenadora é... faça, exatamente, um trabalho de uma coordenação. É um déficit muito grande que tem no nosso serviço. É importante que um coordenador precisa coordenar no serviço! Precisa se fazer presente! Do jeito que eu tenho carga horária no trabalho a cumprir, o coordenador também tem (Informação verbal)⁸¹.

Outro ponto de insatisfação em relação à gerência do SAE, diz respeito às cobranças sofridas pelos profissionais no serviço e à falta de um espaço para que sejam ouvidos:

Agora em relação a aqui, como um todo... Eu acho que a cobrança é muito grande, em termos exigência [...] de horário, de presença. Então, eu acho que a gente podia ser melhor escutado, sabe? Eu acho que deveria se abrir mais espaço pra equipe falar... A nível de direção, a nível de coordenação. Eu acho que poderia melhorar nessa coisa do espaço de dizer também quais são as nossas necessidades, enquanto profissionais (Informação verbal)⁸².

5.2.3 Articulação com Outros Serviços

Os profissionais de saúde devem buscar estabelecer parcerias com instituições ou com outros setores, de forma que sejam acolhidas as demandas das PVHA, reduzindo suas vulnerabilidades. Além da participação de familiares, amigos, grupos religiosos, o suporte social pode ser ofertado por instituições, serviços de saúde e Organizações da Sociedade Civil (OSC). As parcerias entre os serviços de saúde e OSC têm se mostrado de grande valia na melhoria da adesão ao tratamento e da qualidade de vida, favorecendo o empoderamento das PVHA (BRASIL, 2008c).

O processo de planejamento e programação de ações para melhoria da resposta brasileira à epidemia da Aids inclui a construção do Plano de Ações e Metas (PAM), que é um

⁸⁰ Entrevista com T12.

⁸¹ Entrevista com T7.

⁸² Entrevista com T2.

instrumento que sintetiza o processo local de definição de prioridades de cada estado e município (BRASIL, 2009c).

O PAM 2010 propõe quatro áreas de atuação, sendo uma delas as *Parcerias com OSC*. Outra área de atuação proposta, *Diagnóstico, Tratamento e Assistência*, prioriza ações amplas, que incluem entre outras propostas, a organização do sistema de referência e contrarreferência, com ênfase na articulação de parcerias junto à rede credenciada; a formação de redes de apoio, incluindo as OSC para promoção e acompanhamento da adesão junto aos usuários (BRASIL, 2009c).

Usuários acompanhados nos SAE muitas vezes apresentam intercorrências clínicas graves que não podem ser atendidas adequadamente nesses serviços. Torna-se necessário assegurar acordos entre os serviços, de forma a garantir um fluxo regular para as especialidades médicas mais necessárias, assim como o atendimento de emergência para pronto socorro ou pronto atendimento (BRASIL, 2008g).

Casos de maior gravidade e urgências clínicas devem ser avaliados rigorosamente e quando considerados prioritários, os responsáveis pelo gerenciamento dos serviços devem buscar assegurar um fluxo diferenciado, que considere critérios de atendimento que superem a ordem de chegada dos encaminhamentos (BRASIL, 2008g).

A realização de exames exige a indicação correta e manutenção do tempo adequado para entrega dos resultados. Quando a coleta de exames é realizada no próprio serviço, facilita o acesso e o vínculo do usuário àquele serviço. Para a realização de exames não disponíveis no local, devem ser estabelecidos acordos com a rede de serviços da região e os usuários devem ser encaminhados às outras unidades de posse das informações e impressos necessários, de forma a assegurar que a entrega dos resultados possa apoiar a decisão clínica (BRASIL, 2008g).

5.2.3.1 Articulando a Rede de Saúde

Em relação à articulação dos SAE com outras unidades da rede de saúde, os serviços contam com acordos estabelecidos para realização de consultas com especialistas e alguns tipos de

exames, inclusive exames complexos, em outras unidades da rede pública ou unidades privadas conveniadas ao SUS, mas as equipes consideram que a articulação é falha:

A gente precisa ter uma integração. O paciente não pode sair daqui com uma determinada intercorrência clínica e não ter um lugar para onde seja referenciado (Informação verbal)⁸³.

A partir da demanda, a gente faz encaminhamento por escrito, ou mantém contato telefônico com outros colegas, questão de vacina, de teste de mantoux, exame ginecológico, exame de vista, a gente tem tido um desses. Quando surge a necessidade a gente vai mantendo esse contato, mas não existe uma coisa oficializada não (Informação verbal)⁸⁴.

Em muitos casos, o contato com outros serviços praticamente inexistente ou ocorre informalmente, através de relações pessoais, a partir do encaminhamento dos casos por escrito ou por contato telefônico. Ou seja, na maioria dos casos, não existe uma articulação oficializada. Nas falas a seguir, os profissionais comentam a fragilidade das articulações dos serviços:

Carente, carente de integração com outras instituições e carente de integração inter-profissional. [...] Tudo na base da personificação. [...] A coisa está correndo melhor em tal setor porque graças a Deus tem fulano de tal que não é igual aos outros e faz mais alguma coisa. Não pode ser assim! Tem que ser um sistema igual pra todo mundo [...] pra que ele possa, então, fornecer melhor qualidade e também essa integração. Não é somente ter paladinos. A gente viveu muito aqui de paladinos, do dono do problema. [...] Isso não é característica nossa, não. É característica de todos os serviços. A maioria dos serviços públicos (Informação verbal)⁸⁵.

Se eu precisar de alguma coisa, de algum atendimento da tisiologia, da pneumo, da clínica médica, eu tenho como fazer isso, mas eu tenho como fazer isso não por encaminhamento. Não. Por uma relação pessoal, falando diretamente com quem eu precisar atender, certo? Mas eu tenho dificuldade de, por exemplo, de mandar esse paciente pro setor de marcação, pedir pra mandar pra marcar pro gastro e ser marcado, pedir pra mandar pra dermatologia e ser marcado; isso eu não consigo. Eu não consigo (Informação verbal)⁸⁶.

Alguns profissionais comentam que há maior facilidade de conseguir exames mais complexos, para os quais já se estabeleceram alguns acordos, que conseguir exames simples e seus resultados em tempo hábil. Os seguintes comentários feitos por profissionais abordam a questão:

Mas já tem outros exames até bem mais simples como exames parasitológicos de fezes, de boa qualidade... Você tem exames para diagnosticar outras doenças, de boa qualidade, chegando a tempo! Então tem muita coisa. Não é só ter o exame, é: “quando é que ele chega?”. [...] É a demora! Essa máquina pra engrenar de tal forma

⁸³ Entrevista com T6

⁸⁴ Entrevista com T12

⁸⁵ Entrevista com T6.

⁸⁶ Entrevista com T13

que o paciente venha a se beneficiar no total é mais difícil de conseguir! (Informação verbal)⁸⁷.

Nós temos uma facilidade de ter tomografia e ressonância, que são exames de alta complexidade. Caros, né? Mas que nós temos pra fazer, uma facilidade que é o convênio da Secretaria, pra gente fazer, hoje, ainda, se precisar ou amanhã. A gente marca. Enquanto que um ultrassom, que não é um custo tão alto quanto ressonância e tomo, e a gente não tem mais como marcar esse ano (Informação verbal)⁸⁸.

Nos três serviços estudados, os principais exames de monitoramento, contagem de linfócitos T CD4⁺⁸⁹ e quantificação da carga viral⁹⁰, têm um fluxo bem definido: são agendados no próprio SAE, colhidos nos laboratórios das unidades onde estão inseridos e enviados para análise no Laboratório Central do Estado (LACEN). Cada serviço tem dias da semana agendados para a coleta e a Secretaria Estadual de Saúde se encarrega do transporte das amostras até o LACEN para realização dos exames.

A marcação de consultas para outras especialidades e exames que não estão disponíveis no SAE ou nos ambulatórios onde estes se situam é realizada pela recepção ou, em alguns casos, é dado o encaminhamento ao usuário, o qual se encarrega de marcar a consulta na rede.

Em um dos SAE estudados, o encaminhamento a outras especialidades médicas necessárias aos usuários é facilitado, pela composição da equipe, que conta com a presença de médicos de várias especialidades, que prestam assistência no mesmo serviço. Outro SAE, situado num ambulatório geral, oferece facilidade de acesso às especialidades presentes naquele ambulatório. No entanto, num dos serviços estudados, os usuários do SAE são direcionados a outras unidades de saúde quando necessitam de consultas com outras especialidades. Nessa unidade são abertas exceções quanto ao acesso de usuários do SAE a especialidades frequentemente necessárias, como pneumologia, urologia, neurologia e psiquiatria.

A organização dos serviços em relação ao internamento hospitalar dos usuários do SAE difere de acordo com a unidade de saúde onde o serviço está inserido. Assim, os serviços inseridos em hospitais articulam as internações dos seus usuários nas próprias unidades, apenas encaminhando a outros hospitais quando não há vagas.

⁸⁷ Entrevista com T6.

⁸⁸ Entrevista com G1.

⁸⁹ Exame primordial para avaliar o comprometimento do sistema imunológico e o estágio da doença no caso de infecção pelo HIV/Aids.

⁹⁰ Exame que permite quantificar o número de cópias de vírus por ml existente no sangue do indivíduo infectado pelo HIV, possibilitando monitorar a resposta à terapia antirretroviral.

O SAE inserido numa policlínica tem como referência para internamento o hospital especializado, também articulando com outros hospitais da rede, caso o hospital de referência não tenha vagas. Esta situação é bastante comum, já que o número de leitos de internamento em hospitais de referência em HIV/Aids está aquém do número necessário para a demanda, levando a situações onde os usuários necessitam com frequência procurar as emergências gerais para receber atendimento.

Os profissionais de um dos SAE apontam alguns entraves nas relações entre o serviço ambulatorial e o hospitalar e apontam a necessidade de um maior contato entre os serviços, para que as dificuldades sejam superadas. Essas questões são verbalizadas nas seguintes falas:

Então o que eu acho é que deveria estar havendo uma integração maior do SAE, com a parte hospitalar. Não que pudesse estar absorvendo todos os pacientes que estão internados, porque é impraticável com o número de médicos que se tem, mas que fosse feito um intercâmbio maior com a parte do hospital mesmo (Informação verbal)⁹¹.

Eu tenho dificuldade, por exemplo, de internar um paciente. Isso é um complicador, porque todo paciente que entra, vai pra emergência e de lá é que vai ser redistribuído. Então nem sempre eu consigo isso. O meu paciente é um paciente especial, [...] primeiro porque, nem todo mundo quer tratar, [...] segundo porque não é um paciente que tem uma única patologia, [...] é um paciente que surge com várias coisas diferentes. Então isso dificulta o internamento dele (Informação verbal)⁹².

Um gestor identifica como alternativa para melhorar a atenção aos usuários soropositivos internados, a capacitação dos profissionais dos diversos setores envolvidos na assistência. A questão é expressa no seguinte trecho de entrevista:

Por exemplo: você está numa clínica da cirurgia geral, o médico cirurgião geral vai lá e pede o exame, quando você vê, você tem lá um HIV positivo. [...] Se a equipe interdisciplinar tiver capacitação pra naquele momento saber que aquele paciente precisa de uma intervenção, [...] antes mesmo de chegar num infectologista, [...] você já faz a diferença. Então, não é preciso que seja acionado aquele profissional [...] que está na assistência a pacientes com HIV/Aids (Informação verbal)⁹³.

⁹¹ Entrevista com T12

⁹² Entrevista com T13

⁹³ Entrevista com G3

5.2.3.2 Buscando Suporte Social

No que diz respeito à articulação dos SAE com outros setores e instituições da sociedade civil, os serviços apresentam fragilidades e desenvolvem ações esporádicas. Os profissionais relatam algumas articulações realizadas, conforme os relatos a seguir:

A gente também pode recorrer a uma ONG pra solicitar uma assistência jurídica de apoio. Isso a gente tem feito na medida do possível, não com o profissional adequado, que seria o assistente social. Então, a gente mesmo liga, enfim, tenta solucionar o problema, tenta articular! (Informação verbal)⁹⁴.

A gente encaminhava pro IASC (Instituto de Assistência Social e Cidadania), mas também chegavam cestas básicas pra aqui! E aí isso, de acordo com essas mudanças de gestões, foi deixado de ser feito! E aí era uma das coisas que eu gostaria de retomar (Informação verbal)⁹⁵.

Outros profissionais comentam iniciativas que não tiveram êxito e a ausência de equipamentos da rede social que possam oferecer apoio aos usuários que enfrentam precárias situações sociais:

Até que tentamos (contato com ONGs). Tentamos, mas... Chegamos a ir conhecer duas instituições não governamentais, mas que ficaram de nos receber e mandar esse retorno e até hoje não foi feito. [...] Mas a gente não conseguiu porque... Assim, a gente sentiu que não houve interesse da parte de lá de fazer esse contato, então ficou de nos dar a resposta e a gente ligou várias vezes e não houve (Informação verbal)⁹⁶.

A questão da situação sócio econômica do usuário [...] E da falta de apoio que a gente tem de redes. De redes sociais, ONGs. Não tem. Nós às vezes precisamos assim, de um abrigo... Não tem. Paciente de rua. Conseguir que ele adira ao tratamento, sem ter onde morar é complicado, né? [...] Nós não contamos com essa rede de apoio e isso atrapalha (Informação verbal)⁹⁷.

Um gestor afirma que algumas atividades propostas ao SAE são desenvolvidas pela rede social e sugere que o SAE, ao invés de desenvolver tais atividades, atue como uma ponte entre o serviço de saúde e a rede social. Ou seja, orientar os usuários quanto às alternativas já existentes fora do SAE, conforme evidenciado na seguinte fala:

A rede social ta ofertando muito bem esse papel; ela já criou os espaços e já criou a abordagem correta a essas questões ligadas ao preconceito, a busca das necessidades, das conquistas sociais desta população, e estas redes sociais continuam fazendo essas ações. [...] Qual seria a maior importância para este

⁹⁴ Entrevista com T8

⁹⁵ Entrevista com G2.

⁹⁶ Entrevista com T1.

⁹⁷ Entrevista com T11

paciente? Disponibilizar uma ponte entre o serviço e a rede social? Ou a gente ter esse serviço dentro do serviço de assistência à saúde? (Informação verbal)⁹⁸.

Os usuários dos SAE apontam a falta de alternativas que tem havido em relação às instituições que ofereciam suporte social e abrigavam pacientes portadores de HIV/Aids, conforme demonstrado nas informações verbais colhidas durante as entrevistas com usuários a seguir:

Fecharam a Casa Verde, fecharam a Da Vinci, fechou a ASAS (Associação de Ação Solidária), então a gente hoje tá, em setor para tratamento do HIV, tá muito crítico. Só temos o SAE, que não tem mais o grupo que também fechou o grupo, por que aqui a gente tinha um grupo (Informação verbal)⁹⁹.

Bem, foi através daqui, por que aqui eu conheci pessoas no grupo de adesão que já faziam parte da ASAS. Aí me convidaram pra ir pra lá e eu fui. Passei muito tempo, mas infelizmente fechou! Foi uma perda grande também pra gente! (Informação verbal)¹⁰⁰.

5.3 A Integralidade da Atenção nos SAE-HIV/Aids: A Percepção dos Atores

A percepção dos atores do estudo - usuários, técnicos e gestores - sobre a integralidade da assistência será abordada a partir de três aspectos: o primeiro diz respeito à percepção sobre a própria integralidade da atenção; o segundo abordará a percepção sobre quem é o usuário do SAE, quais as suas necessidades, os aspectos que motivam o tratamento e a forma como tem sido possível lidar com essas questões no serviço; e a terceira diz respeito ao trabalho em equipe e aos aspectos que motivam os profissionais ao trabalho no SAE.

Parte-se do princípio que a resposta a essas questões reflete a forma como as equipes organizam o processo de trabalho, visando à oferta de uma atenção integral aos usuários do SAE.

⁹⁸ Entrevista com G3.

⁹⁹ Entrevista com U11.

¹⁰⁰ Entrevista com U7.

5.3.1 Integralidade da Atenção

A política de atenção às PVHA busca promover a atenção integral à saúde, agregando a qualidade de vida como um dos objetivos centrais do cuidado. Assim, as ações devem se voltar para a saúde e não apenas para a doença, incluindo a prevenção, assistência, direitos humanos e participação social aos aspectos clínicos, psicossociais, econômicos e epidemiológicos, a fim de favorecer o atendimento das necessidades do usuário (BRASIL, 2010b).

Os serviços devem estimular a presença ativa das PVHA, oferecendo um ambiente de confiança e sigilo, onde a equipe adote uma postura de acolhimento e respeito ao usuário, evitando a emissão de juízo de valor, compartilhando informações claras, contribuindo para a sua autonomia e autocuidado (BRASIL, 2010b).

A complexidade da atenção às pessoas com HIV exige o estabelecimento de estratégias para a integração e funcionamento interdisciplinar da equipe. A abordagem interdisciplinar deve superar o atendimento compartimentalizado, centrado apenas no enfoque médico-clínico. A realização de reuniões regulares com todos os profissionais, os encaminhamentos e discussão de casos clínicos são momentos que propiciam a integração da equipe, viabilizando o acompanhamento médico e psicossocial (BRASIL, 2008c).

Segundo a maioria dos profissionais entrevistados nos serviços estudados, o usuário com HIV não deve ser visto de forma fragmentada, mas como um todo. Não deve ser visto como um doente, mas como uma pessoa que necessita de assistência. Consideram que dentro do modelo atual, a assistência é fragmentada, pois os profissionais trabalham de forma individualizada, conforme se observou nos seguintes trechos de entrevistas:

Só que o paciente, não somente HIV, como qualquer outro, ele também não pode ser como quem está numa montagem de automóvel. Não dá pra um acender um páralama [...] e outro ver o pneu e o outro ver o volante. É tudo junto, entendeu? É um todo! Se tem uma coisa que médico que acompanha HIV, qualquer profissional, tem que perceber é que ele é constituído de corpo, mente e alma. Se ele não tiver essa visão ele não vai conduzir a coisa muito bem! (Informação verbal)¹⁰¹.

Ela (integralidade) fica um pouco partida. Ela acontece. Ele tem a assistência do médico, do psicólogo, do assistente social, do nutricionista, mas cada um do seu jeito. Poderia ser melhor se a gente trabalhasse junto. Assim, seria uma coisa mais

¹⁰¹ Entrevista com T6.

integral. Seria o ideal. Mas até agora nós não conseguimos. Dentro desse modelo que a gente trabalha aqui, ainda não (Informação verbal)¹⁰².

Profissionais opinam que não existe integração na equipe e falta muito para isso: falta contato, reunião, discussão de caso. Afirmam que seriam necessárias reuniões contínuas, planejamento conjunto e a equipe deveria dedicar mais tempo a isso. Opinam que o ideal é que a equipe trabalhe de forma articulada, pois o trabalho conjunto é um fator de motivação, não permitindo que o profissional se sinta isolado. Essas questões são destacadas nos relatos abaixo:

Tá faltando esse contato, essa reunião, essa discussão de caso, eu acho que a integralidade existe em profissionais, mas acho que profissionais cada um tentando fazer o seu; não está aquela coisa muito de elo não, acho que falta muito ainda pra isso (Informação verbal)¹⁰³.

É a gente não se sentir solto, fazendo um trabalho sozinho, abandonado, sem ter um retorno dos outros. E, então, como a gente tem esse retorno da equipe, isso também é uma das coisas que me motiva, aqui dentro (Informação verbal)¹⁰⁴.

Do ponto de vista da integralidade, profissionais de um dos SAE afirmam que, atualmente, as atividades oferecidas no serviço não atendem às necessidades dos usuários. Referem que a equipe está incompleta e o serviço está precário, pois os Recursos Humanos (RH) estão reduzidos à metade. Apontam ainda que, para se alcançar a integralidade, se faz necessária a adequação dos recursos humanos, formando uma equipe interdisciplinar; e o apoio dos gestores, que devem valorizar a importância do trabalho em conjunto. Sobre os problemas identificados, os profissionais expressam o seguinte:

Totalmente defasada (a equipe). E em relação ao que é o espírito de um SAE, o que é realmente uma equipe interdisciplinar. São vários profissionais trabalhando numa mesma intenção e está totalmente desfalcada. Já existiu um SAE aqui, mais ou menos doze a quinze pessoas, [...] a equipe. E hoje somos três. [...] Está precário demais! (Informação verbal)¹⁰⁵.

Eu acho que os SAE [...] tem que ser fortalecidos, que tem que ter um olhar dos gestores sobre a importância, porque muitas vezes [...] não é só atender, receitar e entregar o remédio! Tem muitas outras particularidades do paciente HIV/Aids que tem que ser visto [...] Se o gestor não entende a importância da presença da equipe [...] jamais ele vai entender por qual o motivo que o SAE tem que ter um psicólogo, um assistente social e outros profissionais presentes; qual o motivo, porque esse profissional é importante (Informação verbal)¹⁰⁶.

¹⁰² Entrevista com T1.

¹⁰³ Entrevista com T12.

¹⁰⁴ Entrevista com T2.

¹⁰⁵ Entrevista com T10.

¹⁰⁶ Entrevista com T8.

Em outro serviço, alguns dos profissionais entrevistados afirmam que é oferecida uma assistência que responde bem às necessidades dos usuários, embora ponderem que existem pontos que precisam ser melhorados. Porém, no geral, consideram que o serviço atende ao princípio da integralidade. Os seguintes trechos de entrevistas referem-se a essa questão:

A gente não tem só o infecto. Não tem só o psicólogo. Eu acredito que ele (SAE) deve tá cobertinho do que, realmente, aquele usuário precisa a nível clínico. Social, a gente tem o serviço social. Mas é claro que a gente reconhece que sempre poderia ser melhor. Que deveria ser melhor. [...] Eu vejo esse serviço, assim, mais completinho. [...] Nesse sentido, eu acredito que a concepção da integralidade, ele tá realmente chegando lá (Informação verbal)¹⁰⁷.

Em relação à integralidade, eu acho que dentro da necessidade... Assim, da disponibilidade do serviço público, eu acho que atende bem. Os pacientes saem daqui satisfeitos, eu vejo (Informação verbal)¹⁰⁸.

Um aspecto comentado pelos gestores, diz respeito à descentralização da assistência. Assim, um gestor defende a criação de uma estrutura ampliada de atendimento no município, onde se possa contar com outras unidades de saúde, para atendimento de casos de menor complexidade, sem diminuir a importância do SAE, como unidade de referência, principalmente para a assistência de PVHA em situações mais complexas:

A descentralização não significa a inexistência de um serviço de referência. Na realidade, no meu entender, parte do princípio do que se fala do sistema de referência e contrarreferência um pouco diferenciado. [...] É como se você criasse uma estrutura ampliada de atendimento, de acolhimento. [...] É uma idéia de ampliar com base de que o número de pessoas tem aumentando, a sobrevivência dessas pessoas também, a gente está detectando precocemente [...] e a gente dentro dessa realidade precisa expandir a rede. Assim, eu advogo pela descentralização contínua... gradual e contínua. [...] Não é a tentativa de deixar que o SAE exista! O SAE é importantíssimo, é fundamental na dispensação de medicamentos, no acompanhamento da adesão na terapia antirretroviral, de casos mais graves, de surgimento da Aids. Mas, casos assintomáticos e infecções oportunistas de fácil tratamento, elas poderiam, no meu entender, ser acompanhadas e tratadas em uma unidade de saúde, uma policlínica devidamente capacitada pra tal, espalhadas pelo Recife (Informação verbal)¹⁰⁹.

Ainda sobre a descentralização da assistência, outro gestor aponta para a necessidade de capacitação de profissionais que não trabalhem exclusivamente com PVHA, mais possam dar conta de resolver nas unidades básicas de saúde situações de menor gravidade, deixando-se os encaminhamentos para o especialista apenas em situações de maior complexidade. Este olhar pode ser percebido na seguinte fala:

¹⁰⁷Entrevista com T4.

¹⁰⁸Entrevista com T5.

¹⁰⁹Entrevista com G5.

Eu acredito que a gente tem que ter profissionais, tem que ter a capacidade de olhar o paciente com HIV/Aids, atender o paciente HIV/Aids do mesmo jeito que ele atende outro paciente que tenha qualquer outro tipo de patologia. O nosso paciente não é um paciente especial! [...] Quer dizer, ele não tem que ser exclusivo pra atender o paciente HIV/Aids. [...] Mandar o paciente buscar os direitos trabalhistas dele, qualquer profissional pode. Assistir o paciente na hora em que ele está sofrendo uma perda, qualquer profissional de psicologia pode. Tratar uma diarreia num paciente com HIV/Aids, todo mundo pode. Agora, realmente ninguém vai poder, na hora em que o paciente tiver uma falha virológica a um antirretroviral, que ele já estiver no segundo ou no terceiro esquema, ele vai precisar de um infectologista. Porque o infectologista é quem estuda a terapia de antirretroviral de alta potência e que sabe mexer isso aí. Mas salvar um doente?! (Informação verbal)¹¹⁰.

No que diz respeito à integralidade da assistência, os atores percebem que há um caminho a ser trilhado para que esta seja alcançada. Os entrevistados fazem uma crítica ao trabalho desenvolvido, identificando as necessidades dos serviços, apontando a fragilidade da atual organização do processo de trabalho e suas possíveis causas, assim como apontam algumas estratégias de enfrentamento.

5.3.2 O Usuário do SAE: Características, Necessidades e Motivação para o Tratamento.

Os profissionais e usuários participantes do estudo comentaram as transformações ocorridas ao longo dos anos, no perfil do usuário que busca os serviços. Em relação aos aspectos epidemiológicos, consideram que as mudanças são compatíveis com o que aconteceu no restante do país. Afirmaram também que ocorreram mudanças nas relações entre os usuários e os profissionais, principalmente a partir do uso da medicação antirretroviral potente, ou seja, a partir da possibilidade de aumento da sobrevivência dos usuários. Ademais, fizeram considerações sobre questões sócio-econômicas que afetam o tratamento e sobre as amplas demandas apresentadas pelos usuários.

Segundo os profissionais dos três serviços avaliados, no início os usuários eram pessoas com um poder aquisitivo e escolaridade melhor, havia muitos homossexuais. Afirmam que, seguindo a tendência observada no país, houve uma interiorização, pauperização e feminilização da epidemia. Atualmente, observa-se nos serviços um aumento do número de

¹¹⁰ Entrevista com G3.

heterossexuais e mulheres casadas, mulheres com parceiros fixos, assim como um aumento do número de pessoas com mais de 50 anos.

Entre os usuários predominam pessoas com nível socioeconômico mais baixo, muitos com baixa escolaridade. São pessoas carentes de formação e trabalho para que possam se manter. Há moradores de rua e muitos não têm família ou têm uma situação familiar precária. Um profissional comenta essas questões no seguinte trecho de entrevista, referindo-se aos usuários:

Ele se interna, sai todo organizado, ganha peso, sem infecção. E daqui a pouco ele volta. Porque não teve uma alimentação suficiente, não teve uma boa qualidade de vida. Então, a característica que tem dificultado mais o nosso acompanhamento, é a questão sócio-econômica (Informação verbal)¹¹¹.

Quanto ao local de residência, são atendidos nos SAE usuários da região metropolitana e do interior de todo o estado. Frequentemente, usuários do interior, que têm uma situação econômica precária, têm dificuldades no acesso à assistência. Muitas vezes torna-se necessário atrelar o dia de buscar a medicação ao dia da consulta. São usuários que não têm renda e, portanto, não têm dinheiro para o transporte, como se observou na seguinte fala de um profissional:

As pessoas do interior se queixam muito da dificuldade que têm de transporte, de um certo apoio financeiro das prefeituras pra que elas se desloquem. Existe muito essa dificuldade, as pessoas que moram na área rural (Informação verbal)¹¹².

A equipe observa que muitos usuários não se apropriam das informações oferecidas pelos programas de prevenção. Muitos necessitam de informações sobre o HIV e orientação para prevenção de outras doenças transmissíveis. Há usuários coinfectados com tuberculose e também pessoas que necessitam assistência de outras especialidades médicas.

Um profissional refere que os usuários são pessoas vulneráveis diante das cobranças da sociedade e da família sobre a sexualidade. Muitos têm medo do preconceito sofrido quando são identificados como pessoas em acompanhamento num serviço especializado em HIV/Aids. Em alguns casos, mesmo tendo opção de atendimento em um SAE mais próximo à sua residência, o usuário prefere deslocar-se à outra cidade, com medo de ser identificado, como evidenciado na fala de um gestor:

¹¹¹ Entrevista com T1.

¹¹² Entrevista com T11.

E o paciente que a gente tem que é de interior. Muitas vezes, que a gente tenta fazer com que ele volte mais próximo, pro interior dele, quando tem um SAE de referência próxima, mas muitas vezes [...] ele não quer. Porque ele sabe que é preocupante pra ele que alguém dali, naquele SAE, que é numa cidade vizinha, possa reconhecê-lo. Ou ter outras pessoas da própria cidade dele, que lá vai reconhecê-lo. [...] Ele quer ficar aqui, mesmo que ele passe duas horas na estrada, três horas na estrada (Informação verbal)¹¹³.

Os usuários afirmam que as PVHA não têm apenas o HIV, mas um conjunto de problemas. Em um dos serviços, comentam as necessidades apresentadas por essas pessoas e criticam a limitação do serviço no sentido de respondê-las, como evidenciado no seguinte registro:

Precisamos de assistente social, de psicologia e também de outros serviços, que a gente não disponibiliza... Aqui a gente tem só infectologista. Se a gente quiser marcar uma outra especialidade é a maior dificuldade; não querem marcar pra gente. Eu acho que o serviço deveria ser mais completo, porque uma pessoa que vive com HIV/Aids, não precisa só de infectologista, não é? (Informação verbal)¹¹⁴.

Os profissionais concordam que as necessidades das PVHA vão muito além da assistência clínica e da medicação. São carentes de apoio psicológico, acompanhamento, orientação, assim como de uma boa alimentação, repouso, apoio e incentivo. Alguns necessitam de assistência social e em muitos casos buscam orientações sobre os benefícios sociais, conforme se observa na fala do profissional:

Quem é o nosso usuário? É o pobre mesmo. É aquele que tá procurando o serviço social como uma forma de angariar alguma coisa, entendeu? Que seja um abrigo, que seja uma cesta básica, que seja um vale transporte, que seja o transporte do seu interior prá vir pra cá... Então, um paciente que seja organizado financeiramente, dificilmente ele vem pro serviço social. Até vem [...] mais a título de orientação. [...] Mas, realmente, a maioria dos que a gente atende são aqueles que tão precisando de uma ajuda do Estado para que possam se reerguer (Informação verbal)¹¹⁵.

A importância de o usuário ser acolhido pelos profissionais do SAE, de forma a estabelecerem uma relação de confiança, é apontada por um gestor, o qual comenta a existência de preconceitos que vão de encontro à necessidade dos usuários serem aceitos e inseridos socialmente.

E o paciente, ele tem uma particularidade muito grande, que é que ele precisa, de todos os pacientes que confiam no profissional, esses são os que mais têm que adquirir segurança. Porque é único, é uma situação diferenciada, é o tabu e o preconceito que ainda existem (Informação verbal)¹¹⁶.

¹¹³Entrevista com G1.

¹¹⁴Entrevista com U7.

¹¹⁵Entrevista com T4.

¹¹⁶Entrevista com G2.

Os usuários afirmam suas necessidades de cuidado e tratamento para que possam ter uma maior sobrevida e destacam a sua motivação para o tratamento por diversos propósitos, sendo o maior deles, o desejo de viver, como se pode observar nos relatos a seguir:

Viver. Eu gosto de viver. Então, eu vou me motivar por conta disso. E eu sei que vou fazer a viagem. Se é com o HIV ou não com o HIV, eu vou. Eu perdi quatro irmãos. Nenhum deles tinha HIV. [...] E todos achavam que eu ia morrer primeiro do que eles. [...] Eles foram embora e eu to aqui ainda resistindo. Mas, eu sei que vou fazer. [...] Eu vim e sei que vou. E não tenho receio nenhum disso, não. [...] A única certeza é que vim e vou partir (Informação verbal)¹¹⁷.

O que me dá força é eu viver mais uns anos de vida pra poder ver meus filhos rapaz e moça, porque eles são muito crianças ainda pra ficar jogados. Porque eles só me têm, por enquanto. Se perder a mãe... Pronto (Informação verbal)¹¹⁸.

Eu era uma pessoa antes do HIV e eu sou outra pessoa depois do HIV. [...] A doença me incentivou em que? [...] É irônico dizer isso, mas eu vejo com um energético. Me fez abrir a visão em 360 graus, [...] que eu não sou a pessoa única da terra. [...] Então assim, o que me incentiva a buscar esse tratamento é que... você pode morrer amanhã, tudo bem! Mas você também pode morrer amanhã e você não ter HIV. [...] Eu vou ter que, como se não tivesse HIV, lutar pra sobreviver. [...] Será que meu vizinho, sabendo que eu tenho HIV, [...] vai me dar espaço como se fosse uma pessoa sadia? Aí eu vou ter que me desdobrar [...] Não por ser uma pessoa doente, mas por ter um espaço, com a doença. [...] Então é isso que me incentiva a buscar o tratamento: por eu estar vivo lutar junto com eles. Nem ser pior, nem ser melhor, mas ser igual a eles (Informação verbal)¹¹⁹.

Alguns usuários se mostraram céticos quanto à cura da Aids, destacando a importância de se manter em tratamento, uma vez que uma das principais causas de morte decorre das infecções oportunistas, conforme relatos a seguir:

Em primeiro plano eu venho porque eu preciso do tratamento, preciso da medicação. Se isso fosse vendido eu acho que eu estava morto porque é muito caro e eu não tenho condições de comprar. [...] Eu não acredito em cura, eu acredito em tratamento. Eu acho que se aparecer a cura da Aids... Eu não acredito mais. Pra mim... Oh! Demorou tanto que eu não acredito (Informação verbal)¹²⁰.

Quando eu decaí, que eu doeí as minhas roupas, os meus livros [...] que eu pensei que eu ia morrer. E eu não morri. [...] E eu sei agora, que ninguém morre de Aids, morre das doenças oportunistas. Então, é só se cuidar. Então o meu motivo... Eu quero viver um pouco mais! (Informação verbal)¹²¹.

Profissionais e usuários apresentaram, através dos relatos nas entrevistas, percepções e sentimentos a cerca das amplas necessidades trazidas pelas PVHA que buscam tratamento nos SAE. Também comentaram as transformações ocorridas em mais de duas décadas de

¹¹⁷ Entrevista com U2.

¹¹⁸ Entrevista com U14.

¹¹⁹ Entrevista com U16.

¹²⁰ Entrevista com U5.

¹²¹ Entrevista com U12.

evolução da epidemia da Aids, revelando alguns conhecimentos adquiridos e suas expectativas em relação ao futuro.

5.3.3 Interação Usuário - Serviço: Trocas e Corresponsabilização

Os profissionais comentam que no início da epidemia atendia-se por pena, por caridade, pois não se sabia qual seria o futuro da infecção. Atualmente, com o surgimento dos esquemas antirretrovirais potentes, a doença é considerada um problema crônico, sem correlação direta com risco de morte iminente, sendo possível manter esperanças e uma boa qualidade de vida. Para isso, é necessário que o usuário compreenda e aceite a sua situação.

A gente não podia dar uma esperança falsa, mas também a gente não podia tirar a esperança daquela pessoa. [...] Eu ficava muito naquela expectativa de que tipo de esperança eu ia dar aquele paciente e eu procurava ser o mais fiel possível. Em relação a mim como profissional e em respeito a ele como ser humano. Mas, à medida [...] que novas drogas foram surgindo e que eu fui vendo [...] o retorno do paciente com uma qualidade de vida boa, ele voltando a trabalhar, ele casando, ele até optando em ter filhos. Então, aí, sim. A partir desses exemplos, foi que eu pude ter [...] bastante convicção, pra passar pra outros pacientes que a qualidade de vida é possível. Mas que não é a troca de nada. É a troca de um bom investimento na sua saúde, no seu equilíbrio físico, emocional e a gente procura mostrar que isso é um conjunto de coisas (Informação verbal)¹²².

As trocas entre a equipe e os usuários são importantes para estimular a adesão ao tratamento. Quando o profissional dá uma resposta ao usuário, contribui para sua melhora. Por outro lado, os profissionais referem que nos diversos momentos de interação, aprende-se muito com os usuários, ocorrendo uma troca de aprendizado entre as partes. Os usuários necessitam escuta e quando existe abertura para trocas, sentem-se acolhidos, esclarecidos e apoiados. O convívio informal aproxima e mantém o vínculo entre profissionais e usuários, que é muito importante no tratamento. É o que se evidencia nos comentários de alguns profissionais:

Eu sempre digo pra eles: “todas as vezes que vocês forem lá, batam lá na minha sala, pra dizer como é que estão”. Porque isso você mantém o vínculo com ele. Você tá vendo como ele tá. Às vezes nessa batida, você olha e vê que ele não tá bem, emagreceu. “E aí, como é que tá?” Aí você pode puxá-lo. Às vezes abandona o tratamento, às vezes tá voltando. [...] Então, com esse convívio, muitas vezes informal, sem uma hora marcada, sem uma sessão. Mas você tá fazendo um acompanhamento e tá mantendo um vínculo (Informação verbal)¹²³.

¹²² Entrevista com T2.

¹²³ Entrevista com T1.

Pode haver dificuldade de a equipe interagir com o usuário, quando não está capacitada para isso. Também há dificuldades quando o número de usuários é desproporcional ao número de técnicos. É importante para os usuários, que a equipe disponha de tempo e não ocorra sobrecarga no número de usuários a serem atendidos por cada profissional para possibilitar uma escuta adequada das necessidades destes usuários. Com um número reduzido de profissionais, a equipe acaba ouvindo apenas a queixa principal.

Profissionais afirmaram que as PVHA respondem bem ao tratamento. Mesmo os usuários ditos mais “trabalhosos” respondem ao tratamento. No atendimento a estes usuários, a equipe deve se unir para buscar solucionar os problemas.

A equipe falou sobre a sua responsabilidade e sobre a importância do acolhimento para que o usuário sintasse bem no serviço. O acolhimento é considerado essencial, pois o usuário que é acolhido adquire confiança e pode aderir melhor ao tratamento. Para alguns técnicos, o acolhimento é um espaço para escuta, que permite a abordagem sobre importância do tratamento, sobre qualidade de vida, uso de TARV e adesão ao tratamento.

Os usuários afirmaram que é necessário que tenham a oportunidade de serem ouvidos, pois os profissionais não os conhecem na sua totalidade. Há usuários com quem já se tem um vínculo há muitos anos. Alguns consideram que o vínculo estabelecido com os técnicos com os quais têm maior afinidade, os “prendem” ao serviço. Falam da importância da “paciência” do médico na sua aceitação e adesão ao tratamento.

Eu fui resistente ao Fuseon¹²⁴, que é uma coisa como uma insulina. Eu só tive resistência [...] porque eu não queria me furar. Porque eu não suporto sentir essas dores. [...] Enquanto você tá ingerindo aquela medicação, tá bom. Quando você passa a se furar... Eu não queria me machucar com aquela agulha. Ter essa obrigação. Eu to com hematomas. A gente fica com hematomas. Às vezes dói. Aí, isso machuca não só a pessoa, como machuca a alma. [...] Então, há dois anos que eu estou tentando me manter. Tentando conseguir fazer esse tratamento. [...] Então ele (médico) pediu pra eu ir pra psicólogo. Pediu que eu pensasse. Mandou eu ir pra casa. Eu continuei tomando a mesma medicação. Ele foi super paciente comigo. Então, eu não tenho do que me queixar do meu médico. [...] Graças ao médico ter paciência comigo... Hoje eu to bem por conta dele (Informação verbal)¹²⁵.

Para os usuários, é muito importante a escuta realizada pelo profissional, os esclarecimentos às questões de saúde, as orientações dadas, a tranquilidade na abordagem e a confiança que passam a depositar no profissional quando este tipo de atendimento se estabelece. Consideram

¹²⁴ Droga antirretroviral, classificada como inibidor de fusão, utilizada em esquemas de resgate, com administração injetável subcutânea, semelhante á insulina.

¹²⁵ Entrevista com U2.

positivo o fato de existir espaço para escuta e afirmam que esses aspectos do atendimento os fazem sentir bem recebidos e acolhidos nas suas necessidades.

Quando eu converso com ela (médica) sobre o que eu estou sentindo, ou então do que eu já tive, ela vai e me escuta direitinho. Ela fala, conversa direitinho! Tem o espaço de escutar a gente. E é muito bom a gente encontrar uma pessoa que a gente possa conversar e passar coisas boas pra gente (Informação verbal)¹²⁶.

Ela (médica) é muito clara. Ela explica, assim, tem esse remédio assim, ela diz: “Olhe a reação que vai acontecer é assim, assim e assim. Que não se preocupe qualquer coisa. Que na próxima consulta você fala comigo. Não fique tímido que é bom você falar”. Ela é uma pessoa excelente (Informação verbal)¹²⁷.

Segundo os técnicos de um dos serviços, quando ocorreram muitas perdas de profissionais da equipe, os usuários demonstraram medo de perder os profissionais que permaneceram. Usuários que tiveram que mudar do médico com quem tinham um bom vínculo para outro, sofreram o impacto por terem que recomeçar a relação. Às vezes o usuário não se identifica com o profissional, ou ocorre o inverso, e isso deve ser trabalhado. Essas questões são apontadas nas seguintes falas dos profissionais:

É uma insegurança quando a gente vai tirar férias. Eu queria tirar férias de surpresa, porque eu sei como é. Se um paciente souber, espalha pra todo mundo que a gente vai tirar férias; fica um desespero, uma insegurança. Todos querem ser atendidos antes de a gente sair de férias. Ai eu digo: “Minha gente, eu vou tirar férias, mas eu volto!” [...] Mas é por quê? Porque tantos que já foram... Tantas perdas que ficam pensando que a gente diz que vai tirar férias, mas não volta mais (Informação verbal)¹²⁸.

Às vezes dá certo com a outra pessoa que a gente encaminhou. Então, assim, depende muito da disponibilidade do profissional e também depende da necessidade daquela pessoa. Às vezes a pessoa, realmente, é muito carente, quer um tipo de atenção diferenciada e aquele profissional não tem tempo. Ou não é o objetivo dele, ou naquele dia não bate. Então, eu procuro sempre mostrar ao paciente que é uma experiência que pode acontecer em qualquer lugar e que, do mesmo jeito que ele gostou de outro e não gostou de fulano, sicrano, existem outros. Então, sempre se ajusta. Você termina achando um profissional que se dá bem com aquela necessidade (Informação verbal)¹²⁹.

A corresponsabilização com o tratamento é um ponto importante no trabalho desenvolvido pelo SAE. Os profissionais afirmaram que o serviço presta assistência, oferece a medicação, oferece as informações necessárias. Ao usuário cabe cumprir a sua parte: cuidar-se e responsabilizar-se por sua saúde e pelo tratamento.

¹²⁶ Entrevista com U15.

¹²⁷ Entrevista com U13.

¹²⁸ Entrevista com T9.

¹²⁹ Entrevista com T2.

Eu costumo muito conversar com pacientes e dizer assim: todos nós temos as nossas atribuições, mas a saúde é dele. Então, a responsabilidade com a saúde dele é dele. A minha responsabilidade enquanto gestor ou enquanto [profissional] na assistência é de passar pra ele e dar pra ele toda a segurança e todas as informações necessárias, tirando todas as dúvidas que eu possa tirar e as que eu não puder, encaminhar para quem possa fazer. [...] A gente divide as tarefas: até aqui eu posso fazer, a partir daqui é você! Então, é você que tem que ter responsabilidade com a sua saúde, é você que tem que se cuidar (Informação verbal)¹³⁰.

Eu deixo o paciente responsável pelo tratamento dele. Eu acho assim: Eu não posso assumir responsabilidade pelo tratamento dele. O que eu faço é tentar facilitar. [...] Imagine se eu me sentir responsável por mil pacientes que eu acompanho. Então, eu vou endoiar. É uma carga pesada, entendeu? [...] Eu sou uma facilitadora. [...] É o que eu digo a eles: “Eu não to em casa pra dar pra você o remédio. Quem vai tomar é você. Então, você tem que ser responsável por seu tratamento” (Informação verbal)¹³¹.

A equipe destacou a importância da aceitação e da adesão ao tratamento. Considera que, para que o usuário possa assumir a responsabilidade de cuidar-se, é fundamental que compreenda e aceite o tratamento. Trabalha questões como o manuseio de medicamentos, o conhecimento de reações adversas, a importância do comparecimento às consultas e da realização dos exames, o uso de álcool e outras drogas e outras questões que dificultam a adesão ao tratamento, conforme se observa nos seguintes depoimentos de profissionais:

Antes de começar a tomar a medicação, nós sempre trabalhamos muito com ele, se ele realmente quer. Se ele sabe e é conscientizado de que a medicação que ele vai tomar, por enquanto, é pelo resto da vida dele e que, uma vez iniciada, ele não vai poder parar. E trabalha-se muito isso com eles: a importância e a responsabilidade dele, que o tratamento é dele. [...] Ele tem que saber o que ele tem, pra que ele possa se tratar. Entender porque ele tá tomando aquele remédio e se cuidar. [...] E saiba da sua responsabilidade de participação no tratamento, que é fundamental (Informação verbal)¹³².

No nosso atendimento nós tentamos reforçar pra ele que, não adianta ele tá procurando o serviço, passar por um serviço social, passar por um psicólogo, passar por um infectologista, [...] Então, a aceitação dele, a adesão dele ao tratamento é fundamental. [...] Isso é muito importante, como ele tá levando isso a sério. [...] Não adianta ele só ouvir e ele não aceitar, não acatar (Informação verbal)¹³³.

Segundo os profissionais, usuários assintomáticos necessitam acompanhamento como qualquer doença crônica. No entanto, por se sentirem bem, muitas vezes acham que não necessitam acompanhamento. Os usuários que usam medicação têm uma responsabilidade maior: necessitam vir à consulta, tomar a medicação.

¹³⁰ Entrevista com G2.

¹³¹ Entrevista com T5.

¹³² Entrevista com T1.

¹³³ Entrevista com T12.

A conscientização buscada pela equipe para que o usuário possa aderir ao tratamento nem sempre acontece. O sucesso de alguns usuários e as dificuldades de outros, são influenciados por problemas emocionais, familiares e pela impossibilidade de assimilar a experiência uns dos outros. Sobre essa questão, um profissional comentou:

A gente vê tanta gente com sucesso no tratamento. [...] Mas, aí a gente vê que os problemas emocionais, problemas familiares interferem e aí, muitas vezes o tratamento desanda. Eles abandonam o tratamento. Então a gente sente que eles poderiam ter um caminho, vamos dizer, com menos sofrimento e aí eles não calculam. [...] Eles não conseguem visualizar que lá na frente eles vão ter esse sofrimento. E a gente também não pode passar isso pra eles, porque a experiência da gente nem sempre serve pro outro (Informação verbal)¹³⁴.

Para alguns profissionais é difícil compreender a não adesão de usuários que verbalizam planos para o futuro. Um profissional referiu não compreender o que leva as pessoas a não aderirem ao tratamento. Refletiu sobre o que acontece em algumas situações e expressou seu ponto de vista da seguinte forma:

Eu não entendo como é que uma mãe, com três filhos pequenos e que tá internada e que diz: “Eu quero viver prá criar meus filhos. Eu quero ver meus filhos crescerem. Se eu morrer, meus filhos não têm com quem ficar...” Eu não entendo como é que essa pessoa deixa de tomar o remédio. Se ela é orientada a tal ponto, de realmente se fazer entender de que se não tomar, vai morrer, então tá discordante o discurso. Eu acho assim, uma interrogação muito grande nessa questão da adesão ao tratamento. Eu, realmente, até agora, não entendo (Informação verbal)¹³⁵.

A dificuldade da equipe em lidar com essa questão também foi apontada por outro profissional, como sendo principalmente de profissionais que não são da área da psicologia, conforme pode ser observado na fala a seguir:

Muitas vezes, outro tipo de profissional, que não seja psicologia, por não entender o porquê que aquela pessoa tá resistindo a tomar a medicação, ele acha que é irresponsabilidade, muitas vezes acha que é descaso, quando existem muitas coisas, a nível emocional, que interferem nisso. Então, pra a gente da psicologia, fica muito fácil de entender, mas pras outras áreas não fica (Informação verbal)¹³⁶.

Os usuários também destacam a importância da compreensão e aceitação do tratamento. Afirmam que é importante acreditar nas coisas para poder fazer e ter bons resultados, conforme se destaca abaixo:

¹³⁴ Entrevista com T2.

¹³⁵ Entrevista com T4.

¹³⁶ Entrevista com T2.

Meu médico [...] me fez uma pergunta: [...] o que é que eu achava do HIV. [...] “Olhe doutor, eu acho que o HIV é um bichinho que tá dentro da gente que entrou sem pedir licença, mal-educado, invocado e que ele quer botar moral. Agora em mim ele não vai botar não! Por que em vez de ele dá trabalho pra mim, eu vou dar trabalho pra ele”. [...] Pô! O vírus ta no teu organismo e você tem o controle. Deus te dá o poder de você se gostar, se amar, se respeitar e porque não se cuidar? E porque não mandar no que é seu? Mandar em você, antes que outras pessoas mandem! (Informação verbal)¹³⁷.

Uma vez eu estava conversando com ela (médica), não em relação a mim, ela disse: “O que é que a gente vai fazer pra esse pessoal tomar o remédio direitinho? [...]”. Eu disse: “Doutora, infelizmente a senhora faz a sua parte em nos atender, o Estado faz a parte dele em dar o remédio, em dar o medicamento. Agora, cabe a gente tomar ou não. Não tem o livre arbítrio?” [...] Agora, o paciente também tem que fazer. É difícil no início, mas com o tempo a gente se acostuma (Informação verbal)¹³⁸.

A equipe de um dos serviços refere que atualmente está com dificuldades em disponibilizar tempo para trabalhar sobre a importância da adesão ao tratamento e a corresponsabilização, junto ao usuário. A equipe tem discutido a corresponsabilização no tratamento nos atendimentos individuais. O trabalho que era realizado em grupo está suspenso. Aponta como entrave, a redução de recursos humanos no serviço, conforme se pode observar nos seguintes trechos de entrevistas:

A gente tem uma lacuna agora por questão de recursos humanos; a gente não está podendo usar tanto tempo da gente pra questão da adesão, que seria um trabalho mais de perto. Com o usuário atualmente a gente não está podendo fazer isso! Mas no momento que a gente consegue trabalhar mais com o paciente, essas partes são passadas, quais são os direitos e quais são os deveres do usuário perante a equipe (Informação verbal)¹³⁹.

Só diante da consulta! Eu e o paciente. [...] Mas em grupo e com o restante do SAE, a gente não tem feito porque não tem condições. Vai trabalhar como? Cada um na sua sala, com a demanda já alta. Não tem como trabalhar. Agora, perante o paciente, aí sim! (Informação verbal)¹⁴⁰.

Os trechos de fala apresentados demonstram a riqueza que permeia as relações entre os profissionais da equipe e entre profissionais e usuários. São saberes diversos, identificados nos momentos de troca, refletindo a compreensão do outro e o seu reconhecimento e destacando as possibilidades de uma prática comunicativa.

¹³⁷ Entrevista com U5.

¹³⁸ Entrevista com U12.

¹³⁹ Entrevista com T8

¹⁴⁰ Entrevista com T10

5.3.4 O Trabalho em Equipe

Ao abordarem a questão do trabalho em equipe no SAE, profissionais dos três serviços e gestores visualizam avanços e entraves, enquanto falam sobre a sua percepção a respeito do trabalho desenvolvido e da experiência quanto às trocas entre os diversos componentes das equipes.

Os profissionais afirmam que a equipe é consciente da necessidade das PVHA em serem assistidas por vários campos disciplinares. Portanto, a equipe compreende que tem que se integrar em torno do usuário e entre seus próprios membros, buscando compartilhar, trocar e possibilitar a interação entre os profissionais. Os profissionais reconhecem que se trata de uma prática difícil de conseguir, que poderia haver mais trocas e se estabelecer um melhor fluxo para o usuário. Percebem que todos estão no mesmo campo, que há um percurso em comum, mesmo que ainda segmentado.

Na opinião de gestores, o trabalho em equipe no SAE hoje é falho por falta de RH e por falta de “cultura”, que favorece uma visão da saúde ainda fragmentada, considerando difícil introduzir e manter o trabalho em equipe multiprofissional. Não há uma visão do todo, que possibilitaria a realização de uma ação mais ampliada, como colocado nos seguintes trechos de entrevistas:

Eu já vi várias discussões [...] tipo: “Ah! Isso aqui eu faço. A minha parte eu estou fazendo!” Com se ele não fizesse parte, ou essa pessoa não faz parte de um todo e que a parte dele não se limita só aquela função; a parte dele também é contribuir pra qualidade e o funcionamento do todo; e eu percebo que isso, e acho que isso é comum a outros serviços; [...] eu não estou só falando do SAE, mas é como a saúde é vista: compartimentada! (Informação verbal)¹⁴¹.

Eu acho que teria que ser muito estimulado essa cultura da equipe, do trabalho em equipe, do trabalho em equipe multiprofissional. [...] Principalmente o médico é aquela história: chega, atende e vai embora. Acabou o paciente, vai embora! [...] É muito difícil! Até que se resolva o problema de recursos humanos no SUS, principalmente pro médico, é meio complicado isso! (Informação verbal)¹⁴².

A equipe afirmou que a atual estrutura do SAE não dá conta da proposta, pois a demanda é maior do que a oferta. A equipe está fracionada e com muitas atribuições. As trocas são

¹⁴¹ Entrevista com G5.

¹⁴² Entrevista com G4.

prejudicadas pela falta de tempo para a equipe se encontrar e organizar, conforme se observou no seguinte discurso:

A gente não tem discussão dos casos, a gente não tem mais grupo de adesão. O que a gente consegue é que no momentinho... que por mais que esteja apertado o tempo, a gente ainda se reúne pelo menos na hora do cafezinho pra discutir algum caso (Informação verbal)¹⁴³.

As equipes apontaram que há necessidade de uma maior interação, que favoreça o planejamento e a oferta de uma assistência mais ampliada. Consideram que, na maioria das vezes, o trabalho dos profissionais é realizado de forma paralela, não interdisciplinar, tratando-se de uma grande falha dos serviços. É necessária uma maior integração entre os profissionais, não apenas fazendo críticas, mas procurando compreender as dificuldades e oferecer sugestões.

Na opinião da equipe de um dos serviços avaliados, cada profissional tem a sua qualificação e os olhares dos vários profissionais são diferentes, um não podendo substituir o olhar do outro. Quando um profissional tem dificuldade na abordagem de um usuário, a equipe pode abordar junto, para compreender melhor esse usuário. Atualmente as equipes estão incompletas e os profissionais consideram que a ausência de profissionais de algumas categorias, compromete a qualidade da assistência, como se destaca nos relatos abaixo:

Até pode estar sendo visto, mas não pelos profissionais adequados. [...] A gente enxerga essas necessidades. Só que a gente não está podendo direcionar pra o profissional indicado pela ausência do mesmo no serviço! Não que ele não esteja sendo visto, ele está sendo visto... [...] Tem determinadas peculiaridades do psicólogo e do assistente social que o enfermeiro não resolve (Informação verbal)¹⁴⁴.

Tinha a psicóloga atendendo, a assistente social também cuidando dessas outras demandas. [...] Agora não, a gente é que tem que estar fazendo isso, não é? O paciente pede e a gente tem que fazer porque também sabe da necessidade dele. É muito difícil (Informação verbal)¹⁴⁵.

A articulação entre os profissionais é vista como falha pelas equipes dos três serviços estudados e um dos motivos para que isso aconteça é o excesso de demanda, a sobrecarga de usuários que o profissional tem que atender. Alguns profissionais, ao observarem a necessidade de articulação, buscam o outro profissional para solicitar um atendimento. Outros encaminham o usuário para marcação de consultas. A questão é evidenciada nas seguintes falas:

¹⁴³Entrevista com T8.

¹⁴⁴Entrevista com T8.

¹⁴⁵Entrevista com T9.

O trabalho em equipe não tem muito problema, porque a gente faz informalmente. Assim: quando se precisa a gente busca o colega e faz. Não é [...] uma coisa feita e formada. A equipe de profissionais existe, mas é mais quando surge a demanda. Vamos dizer assim... Quando surge a necessidade. Aí a gente vai, chama o colega, chama o outro, combina, vê o que precisa fazer, mas, a forma de trabalhar é muito assim (Informação verbal)¹⁴⁶.

O contato da equipe é muito difícil, muito pequeno. Porque cada um tem seu horário, cada um tá cheio de paciente pra atender, de coisa pra fazer. Fica complicado. Muitas vezes eu entro aqui e fecho essa porta às duas horas, entram todos por ali, e eu só abro essa porta de novo, que é quando eu tenho contato com os profissionais, às seis horas. E fica difícil, não é? (Informação verbal)¹⁴⁷.

Os profissionais ressentem-se da falta de reuniões para discussão de casos clínicos. Afirmaram nas entrevistas que o trabalho em equipe acontece porque as pessoas buscam, mas deixa muito a desejar, pois poderia haver uma maior interação. Referiram que é necessário fazer reuniões clínicas, onde se considere a experiência de cada um. Afirmaram também que a gerência do serviço poderia favorecer as trocas, através da definição de fluxos e reuniões em um horário específico.

Não existe interdisciplinaridade aqui no ambulatório. Existe, assim: tem um caso, então eu acho que posso trocar figurinhas com a enfermeira [...] Vou atrás dela, vou atrás do médico. [...] Isso pra mim, eu não considero realmente um trabalho interdisciplinar. A gente não tem reunião, a gente não discute mesmo, caso. Então, de eu dizer: [...] “Tem uma reunião por mês com todos os profissionais”. Não. Isso a gente não faz. [...] Agora existe esse miudinho. Se alguns profissionais consideram esse miudinho interdisciplinar... Eu, sinceramente, não considero (Informação verbal)¹⁴⁸.

Eu acho que realmente, pra gente ta fazendo essa troca de informações eu acho que ta faltando realmente, eu acho que mais a coordenação mesmo, tá atuando, ela ta definindo essas reuniões, esses encontros, esses fluxos, acho que tudo isso seria tema de discussão, acho que precisaríamos ter um horário extra, um horário que não fosse o horário do atendimento comum pra se discutir esses tipos de coisas (Informação verbal)¹⁴⁹.

Em um dos serviços, observou-se que há divergências entre o pensamento do gestor e o pensamento da equipe sobre a forma de funcionamento do SAE, ficando evidente a dificuldade de comunicação existente, inclusive o desconhecimento da equipe sobre a opinião do gestor. Assim, o gestor verbaliza que não é necessário ter uma estrutura física e uma equipe exclusiva para trabalhar com HIV/Aids, conforme se destaca no trecho de fala a seguir:

¹⁴⁶ Entrevista com G1.

¹⁴⁷ Entrevista com T1.

¹⁴⁸ Entrevista com T4.

¹⁴⁹ Entrevista com T12.

Você não precisa ter profissionais exclusivos; e eu acho que na medida em que você cria essas ilhas de atendimento pra serviços exclusivos pra os pacientes HIV/Aids a gente está sendo excludente com o restante da população; porque não existe serviços especializados pra atendimento de pacientes portadores de patologias X, Y, Z... O que é que esta população tem de diferente em relação à característica a assistência em relação ao restante da população? Tem características próprias da condução da doença; então, ela pode ser atendida dentro de um hospital geral? Pode e deve, ta certo? Respeitado as características da patologia, com pessoas que tenham capacidade, por pessoas que tenham uma capacitação, que consigam ter a visão de conduzir os problemas relacionados à patologia dentro daquilo ali. [...] É isso que eu quero dizer, não que essa população não mereça, merece tanto quanto a população geral. Tem que ter profissional capacitado? Tem. Agora exclusividade eu acho que é muito difícil. [...] A estrutura de gestão tem que existir pra que possa cumprir todas as prerrogativas que você tem que ter pra você ter acesso aos insumos disponibilizados pelo Programa Nacional de DST/Aids, mas você não tem necessidade de ter uma estrutura física, nem uma estrutura organizacional de um serviço de atenção a pacientes com HIV/Aids (Informação verbal)¹⁵⁰.

Com uma percepção divergente, os profissionais apontam para a necessidade de ter uma estrutura física definida; de articulação da equipe mínima, estreitando-se o contato através de reuniões e da necessidade de construção de um fluxo comum:

Eu acho que o serviço tem muito a melhorar, eu acho que a gente tem algumas coisas pra mudar, pra fazer melhor, e a gente precisa sentar e se reunir e conversar sobre isso. Eu acho que isso é uma falha grande, [...] porque a gente sozinho não consegue trabalhar. Não consegue levar a coisa adiante. [...] Eu acho que o espaço físico deixa a desejar, eu acho que devia ter um local reservado pra esse tipo de atendimento. [...] Então, eu acho que esse trabalho mais intensivo voltado pra eles, não tem como a gente fazer aqui (Informação verbal)¹⁵¹.

Eles (usuários) sabem que o serviço é especializado, tem uma forma diferenciada de atenção. Você tem um profissional que faça um acolhimento, que esteja conhecendo tua família, que esteja ligando pra sua casa, procurando saber por que não veio, porque veio... e procurando saber qual a dificuldade, o que é que está precisando ali mesmo. Então, isso é a essência mesmo desse serviço (Informação verbal)¹⁵².

Em relação à motivação para o trabalho no SAE, mesmo diante dos entraves encontrados no cotidiano das equipes, todos os profissionais verbalizam que gostam do que fazem. Alguns referem que se realizam profissionalmente no trabalho com as PVHA. Outros afirmam que é possível fazer um bom trabalho, pois é possível acompanhar o percurso dos usuários no tratamento e contribuir com a sua recuperação e a melhoria da qualidade de vida e que se trata de um usuário que responde de forma positiva ao trabalho realizado. Essas questões se destacam nos relatos abaixo:

¹⁵⁰ Entrevista com G3.

¹⁵¹ Entrevista com T13.

¹⁵² Entrevista com T11.

A gratidão que ele (usuário) tem a partir do momento que ele passa a conhecer o que é a doença, como é que ela funciona, que ele não vai morrer amanhã como ele ta pensando, é muito grande. Então, são pacientes que nos deixam felizes de trabalhar com eles. [...] Os próprios médicos são muito preconceituosos com isso, então quando eu digo que eu trabalho com HIV, muita gente me olha torto. E eu acho que isso talvez me deixe mais animada, porque eu faço uma coisa diferente (Informação verbal)¹⁵³.

Gosto de trabalhar. Gosto de escutar. A satisfação de vê-los bem. O que eu acho interessante no HIV é que você acompanha todo o percurso da doença (Informação verbal)¹⁵⁴.

A gente recebe um paciente desorganizado e a gente consegue, pouco a pouco, que ele vá se organizando emocionalmente, [...] que ele vá vendo as saídas dele. Então, esse retorno que ele me dá, é o que me motiva. É o próprio paciente, mesmo (Informação verbal)¹⁵⁵.

O que me motiva é ver um (usuário) chegar, feito a gente vê muitas vezes: grave, vindo de uma internação E a gente poder atender e conseguir recuperar esse usuário e ver depois de seis meses, um ano, ele bem, com oitenta quilos, trabalhando, produzindo e feliz (Informação verbal)¹⁵⁶.

Alguns membros da equipe ressaltam que é preciso gostar para trabalhar nesta área, pois o desgaste físico e emocional é muito grande. Um profissional afirma que aprende muito com os usuários e que essa relação de trocas que se estabelece é um estímulo para crescer como pessoa.

O que me motiva sou eu como pessoa, é a minha personalidade. A profissão que escolhi e gosto de fazer isso, sei fazer, faço o máximo pra fazer o melhor, é o que realmente eu sei e gosto. Porque aqui só fica quem gosta, porque a carga é pesada (Informação verbal)¹⁵⁷.

Eu acho que foi quem mais me ajudou a crescer como pessoa foram os meus pacientes. Eles me ensinaram muito, eu pude dar muito... eu dei muito de mim a eles e eles me deram muita coisa... e, com certeza, hoje eu sou uma pessoa muito melhor graças a eles. Então, fazer... atender integralmente essas pessoas é o que me realiza profissionalmente! (Informação verbal)¹⁵⁸.

No que se refere ao trabalho em equipe, os atores entrevistados demonstraram estar atentos à forma como o trabalho em equipe é realizado. Apresentaram conhecimento sobre as falhas existentes nos serviços e apontaram as estratégias para superá-las. Nos serviços esboçam-se tentativas de integração das intervenções, mas não se trata de uma prática sistemática, prevalecendo a fragmentação das ações e o trabalho individualizado.

¹⁵³ Entrevista com T13.

¹⁵⁴ Entrevista com T1.

¹⁵⁵ Entrevista com T2.

¹⁵⁶ Entrevista com T9.

¹⁵⁷ Entrevista com T10.

¹⁵⁸ Entrevista com G3.

6 DISCUSSÃO

A atual assistência ambulatorial às PVHA é uma proposta inovadora que busca encontrar alternativas e tecnologias que respondam também às demandas sociais. Trata-se de um modelo de transição, que vai de encontro ao modelo hegemônico, centrado na atividade médica e na execução de procedimentos, ao reconhecer a insuficiência do apoio técnico-científico e propor a atuação através de uma equipe multiprofissional, apontando para a contribuição que pode ser dada pelos saberes e técnicas de várias disciplinas (CASTANHEIRA, 2002).

Os modelos de operação dos serviços de saúde são desenvolvidos para serem executados no cenário da produção da saúde, no lugar de encontro entre serviços e usuários. É nesse cenário que o cuidado de fato acontece, a partir do protagonismo de cada sujeito. Quem define o modelo tecnoassistencial não é a norma instituída virtualmente; é o agir cotidiano dos trabalhadores de saúde, nas relações que estabelecem entre si, com os usuários e com as tecnologias de cuidado. Portanto, para alcançar mudanças nos processos produtivos é necessário intervir nesse lugar (MERHY; FRANCO, 2009).

Foi a partir desse lugar, onde o encontro entre profissionais e usuários acontece, que este estudo se propôs a investigar a forma como o modelo de transição proposto para assistência ambulatorial às PVHA tem sido operacionalizado nos SAE-HIV/Aids. Em relação à análise da integralidade da atenção, foi considerada a relevância do cenário e do protagonismo dos sujeitos que constituem os serviços.

No que diz respeito à **caracterização dos serviços**, o processo de trabalho nos SAE é norteado pelas diferentes necessidades e condições apresentadas em cada lugar. Assim, temos ao longo do país, serviços com a mesma denominação, mas com arranjos organizacionais os mais diversos. Recife, como outros municípios brasileiros, é exemplo dessa heterogeneidade, a qual pode ser observada na maneira como os três SAE incluídos neste estudo organizam-se, guiados pelas mesmas diretrizes nacionais, para ofertar a atenção integral à saúde das PVHA.

Apesar da diversidade na organização, os três serviços atendem a grande parte das recomendações encontradas no Manual Qualiaids em relação à infraestrutura básica. Assim, os SAE apresentam um acesso geográfico aceitável e atendem à recomendação que diz

respeito à dispensação de medicação, já que os três serviços são unidades dispensadoras de antirretrovirais. Apenas um dos serviços apresenta um maior número de queixas em relação às instalações físicas, por não ter uma estrutura exclusiva.

A inexistência de um espaço físico para realização de atividades coletivas sejam reuniões da equipe, sejam atendimentos grupais aos usuários, identificada nos três SAE no período de observação, foi um ponto comum que fala a favor de um modelo de atenção que tem priorizado atendimentos individualizados e não favorece a interação em equipe. Expressa, portanto, um distanciamento do modelo de transição, gerando dificuldades na operacionalização das atividades relacionais e mecanismos de articulação da equipe.

Pensar a estrutura apropriada para atender às necessidades do projeto tecnoassistencial dos SAE, inclui relacionar o espaço físico às atividades propostas, levando em consideração a importância da adaptação do ambiente para a otimização do funcionamento do serviço. Este aspecto do planejamento pode favorecer a integralidade do cuidado à saúde e promover o bem estar dos usuários e da equipe de saúde.

No que se refere aos recursos humanos, nenhum dos serviços, no período do trabalho de campo, apresentava a constituição da equipe mínima satisfatória. A escassez de profissionais e também a impossibilidade de dedicação exclusiva ao SAE foi uma questão identificada como causa de diversas dificuldades enfrentadas pelas equipes para organização do processo de trabalho.

Em relação à **organização do trabalho em equipe nos serviços estudados, identificando sua relação com a integralidade da atenção**, destaca-se que a partir da caracterização das atividades dos profissionais dos SAE envolvidos no estudo, foi possível identificar problemas vivenciados pelas equipes, distinguir as ações realizadas no cotidiano de cada integrante da equipe, assim como o movimento feito pelos profissionais no sentido de articular estas ações. Profissionais e gestores destacaram a necessidade das trocas entre seus integrantes, mas reconheceram a fragmentação do trabalho cotidiano e a dificuldade de sistematização de uma prática interdisciplinar.

Como observado por Matos (2009), quando a organização do trabalho ocorre de forma fragmentada e os profissionais realizam parcelas do trabalho sem uma interligação com as

demais áreas, surgem dificuldades na oferta de um trabalho mais integrado e de melhor qualidade, tanto para aqueles que o realizam, quanto para os usuários do serviço.

A simples presença de profissionais de várias categorias não garante o direcionamento do trabalho em equipe no sentido da integralidade. As atividades podem ser realizadas de forma isolada e justaposta, sem articulação e comunicação. Faz-se necessário conectar os diferentes processos de trabalho, o que requer o conhecimento do trabalho do outro, o reconhecimento de sua importância, de forma que essa interação permita a construção de um projeto comum, no que se refere às necessidades de saúde dos usuários (SCHRAIBER, 1999).

Segundo Peduzzi (2007), há duas noções sobre equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A equipe no sentido de agrupamento é caracterizada pela fragmentação, ocorrendo a justaposição das ações e a simples junção dos profissionais, com uma tendência ao distanciamento dos trabalhadores entre si e com o trabalho que executam, incluindo a relação com os usuários. Já a equipe no sentido de integração é caracterizada pela articulação das ações, prevalecendo a prática comunicativa entre os profissionais e destes com os usuários, na busca do entendimento mútuo e construção de um projeto comum de trabalho.

Através da análise de documentos oficiais (BRASIL, 2008f, 2008g, 2008c, 2009c, 2010b) das questões identificadas nas entrevistas e da observação realizada no trabalho de campo, houve um esclarecimento da forma como as equipes dos serviços envolvidos no estudo organizam-se para operacionalizar as atividades que compõem o trabalho nos SAE.

A organização do trabalho foi apresentada a partir da construção do fluxograma de atendimento e da descrição de atividades comuns e atividades específicas dos profissionais da equipe mínima. A partir do fluxograma, é possível identificar a composição das equipes multiprofissionais, além de perceber que o processo de articulação e sistematização das ações ainda é incipiente, principalmente no que diz respeito às funções dos profissionais não médicos.

Franco (2006), referindo-se à forma como as equipes se articulam, afirma que os espaços relacionais que os trabalhadores de saúde abrem entre si, permitem momentos de fala e escuta, vão mediando o processo de trabalho e formando ações assistenciais e redes onde uns encontram potência nos outros. Afirma também que nenhum trabalhador sozinho, consegue

ter uma resolutividade para responder às necessidades dos usuários. O trabalho centrado nas tecnologias mais relacionais é complexo e exige uma grande energia no seu processo, pois articula o saber-fazer de vários profissionais, exigindo uma operacionalização em rede.

Na realidade dos SAE estudados, esta articulação não ocorre a contento. Poucos têm sido os espaços relacionais organizados para construção do trabalho em rede. Houve queixas em todos os serviços estudados em relação à ausência ou insuficiência de profissionais de várias categorias, dificultando o trabalho em equipe e a execução da desejada integralidade. O problema é apontado por alguns atores como um entrave na organização das atividades propostas para o funcionamento dos SAE.

A organização das rotinas contribui para uma resposta mais ágil às questões trazidas pelos usuários e evita problemas no cotidiano. Observa-se que os usuários respondem de forma positiva à atenção recebida e à organização do serviço ou se ressentem dos transtornos causados pela falta de organização. Segundo os profissionais, as falhas de comunicação dentro da própria equipe e entre o SAE e outros setores ou serviços dificultam a organização do trabalho.

A escassez de RH, apontada por usuários, técnicos e gestores como um grande entrave para o desenvolvimento do trabalho nos SAE, está presente em relação a todas as categorias profissionais que compõem a equipe mínima, mas é sinalizada principalmente em relação aos médicos. Entre os principais problemas, é referida a sobrecarga de atendimentos e a falta de espaço para comunicação entre os técnicos. Na busca por uma forma de contato entre os seus integrantes, dentro das equipes, as trocas entre os profissionais têm ocorrido informalmente, a partir da identificação das necessidades dos usuários e através dos encaminhamentos para atendimento por outros profissionais.

A interação da equipe no cotidiano dos serviços é fundamental para que se alcance a integralidade da assistência à saúde, evidenciando-se a importância da comunicação e da articulação das ações. Como afirma Peduzzi (2007), as ações de saúde não se articulam automaticamente, apenas porque a equipe compartilha uma situação comum, com a mesma clientela e no mesmo espaço físico. É necessário o reconhecimento das conexões existentes entre as intervenções realizadas pelos diversos profissionais, o entendimento do papel e das funções de cada um, assim como das responsabilidades dos demais integrantes da equipe.

Trabalhar em equipe não significa abolir as especificidades próprias a cada categoria profissional, pois as diferenças técnicas contribuem para a melhoria da assistência prestada, à medida que permite a introdução de outras abordagens às necessidades que surgem. No entanto, ao mesmo tempo que os profissionais realizam atividades específicas, também executam atividades comuns, independentemente dos campos de atuação, como a recepção, o acolhimento, as atividades grupais, entre outras (PEDUZZI, 2001).

Foi possível perceber neste estudo que, além da ausência de algumas categorias, a não exclusividade de alguns profissionais no SAE, os quais têm que dividir a carga horária com outros setores da unidade de saúde onde estão lotados, tem contribuído para dificultar o envolvimento dos profissionais com a organização do processo de trabalho. Nesse caso, o profissional apesar de cumprir as tarefas a ele designadas, muitas vezes, se vê impossibilitado de participar de outras atividades comuns do serviço como por exemplo, o investimento em atividades coletivas e mecanismos de articulação da equipe. A impossibilidade de o profissional compartilhar tais atividades é um limite a ser ultrapassado quando se almeja o desenvolvimento de um trabalho em equipe genuíno.

A questão referida acima pode ser exemplificada pela participação do farmacêutico nas equipes. Nos serviços estudados, esses profissionais não são exclusivos e as suas ações são voltadas prioritariamente para atividades administrativas, não havendo o envolvimento sistemático no atendimento direto ao usuário. Quando há necessidade de uma maior orientação sobre a medicação, o usuário é encaminhado pelos atendentes da farmácia a outros profissionais da equipe. Considerando-se as recomendações do Manual Qualiaids e do Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids, destaca-se a importância da integração do farmacêutico ao trabalho em equipe, enfatizando a possibilidade de participação em atividades individuais e coletivas junto aos usuários (BRASIL, 2008g, 2010a).

Para Peduzzi (2007, p. 168), “a prática comunicativa pode-se constituir como princípio organizador do trabalho em equipe e promover a integração da equipe e a recomposição dos trabalhos especializados”. Assim, os mecanismos de articulação e acompanhamento da equipe podem representar espaços de negociação e de reflexão, criados para favorecer a interação entre os profissionais e possibilitar a discussão sobre a dinâmica cotidiana do trabalho.

Os mecanismos de articulação de equipe são vistos pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais como estratégias para alcançar a integralidade da assistência e a melhoria da

qualidade dos serviços. Neste estudo, foram considerados como mecanismos de articulação: as reuniões de equipe; os encaminhamentos de usuários entre os profissionais; a avaliação, planejamento e monitoramento do trabalho; os treinamentos e supervisões; e também o gerenciamento, pela importância do papel exercido pelo gerente enquanto articulador das ações e do trabalho em equipe.

Nos serviços estudados, esses mecanismos têm sido utilizados de forma parcial. Durante o trabalho de campo, observou-se a ausência de reuniões de equipe; a indeterminação do fluxo de atendimento aos usuários e a pouca definição dos encaminhamentos dos usuários entre os profissionais; a inexistência de espaços formais para discussão dos casos clínicos; a não participação dos profissionais na avaliação do serviço, no planejamento das ações e monitoramento dos resultados; o pouco investimento dos SAE na educação continuada da equipe e na formação específica da gerência dos serviços; e a necessidade de um maior investimento por parte dos gerentes dos serviços no papel de articulador do trabalho em equipe.

Segundo Pinheiro e Luz (2005), pode haver uma renovação das práticas de saúde através da promoção de atividades interdisciplinares, as quais permitem horizontalizar os saberes. Esta seria uma forma, sob a perspectiva da integralidade, de a gestão em saúde democratizar o processo de trabalho na organização de serviços. Sobre essa questão, Mattos (2003) sinaliza que a construção da integralidade se dá no campo das práticas do cotidiano dos serviços, seja através das relações que se estabelecem entre os sujeitos, seja na formulação e gestão das políticas de saúde.

Peduzzi (2001) afirma que a comunicação entre os profissionais, por meio da linguagem, é o denominador comum do trabalho em equipe, favorecendo a articulação das ações, a integração dos saberes e a interação entre os profissionais. Sinaliza, entretanto, que a comunicação pode ocorrer de três formas. Na primeira, a comunicação não é exercida, ou ocorre apenas como recurso de instrumentalização da técnica. Na segunda, apesar de haver certa forma de comunicação, esta é estritamente de caráter pessoal. E na terceira, a comunicação é praticada como dimensão intrínseca ao trabalho de equipe, destacando-se a construção de um projeto assistencial comum, elaborado a partir da execução de intervenção técnica e da comunicação entre os profissionais. Nos serviços estudados, esta comunicação ainda se faz de forma incipiente, restrita e pessoal, necessitando de uma execução no sentido mais amplo, mais integral.

A realização de reuniões sistemáticas com a equipe é recomendada para estruturação de um trabalho integrado, por documentos oficiais do Ministério da Saúde, elaborados pela equipe Qualiaids. No trabalho de campo realizado nos três serviços, foi identificado que, naquele momento, nenhum dos serviços contava com reuniões sistemáticas de equipe. A atividade ocorria de forma esporádica, a partir do surgimento de algum problema ou situação a ser discutida. No discurso de profissionais e gestores, foi possível identificar por um lado, a valorização dessa atividade e por outro lado, a justificativa da não realização, baseada na sobrecarga de tarefas que são priorizadas em detrimento das atividades coletivas. Observa-se o descompasso entre o conhecimento de um funcionamento considerado ideal e uma prática impregnada pelas dificuldades e limitações cotidianas.

A participação da equipe do SAE no planejamento das ações também é recomendada pelos documentos oficiais como uma forma de aumentar o compromisso dos profissionais com o resultado dessas ações, diminuir a resistência a mudanças e estabelecer prioridades coerentes com os problemas identificados (BRASIL, 2008g).

Poder contribuir com a organização do serviço, através do planejamento das ações, pode se constituir um estímulo no sentido da corresponsabilização dos profissionais com o funcionamento do serviço. A responsabilização no trabalho leva o profissional ao compromisso com a missão institucional e, conseqüentemente, com as necessidades dos usuários. Para isto, torna-se fundamental o desenvolvimento de posturas inovadoras no gerenciamento dos serviços, no intuito de superar a alienação dos profissionais, através de uma participação consciente no processo de trabalho (SANTANA, 2001).

Nos três serviços envolvidos no estudo, os profissionais afirmam que não participam do planejamento, mas acreditam que se houvesse maior envolvimento, a equipe teria maior motivação. Esta participação poderia constituir-se um estímulo à transformação do modelo tecnoassistencial, favorecendo o trabalho em equipe, através da participação ativa nas decisões do processo e organização do trabalho.

Para manter a qualidade técnica da assistência, recomenda-se que a equipe busque atualizar-se. As equipes dos três serviços falaram sobre a participação nos treinamentos e atualizações promovidos pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, pela Coordenação Estadual e Municipal, além de congressos, e comentaram que o número desses eventos tem diminuído.

Afirmaram que é necessário mais incentivo às capacitações, por se tratar de uma forma de manter a equipe motivada.

A oferta de treinamentos e atualizações é referida como atividade externa aos SAE, momentos em que ocorre o distanciamento da equipe do serviço para obtenção de um conhecimento formal. A aquisição desse conhecimento pode ser potencializada no cotidiano dos serviços, pela sua articulação com a prática. Para isso, é necessário o investimento do serviço em atividades de educação continuada, realizadas internamente. Neste sentido, as discussões de caso pela equipe dão uma contribuição ímpar, ao favorecer a definição de condutas da equipe diante de casos específicos e, ao mesmo tempo, esclarecer a contribuição que pode ser dada pelos diversos profissionais, dentro de suas especificidades.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), o campo das práticas e o da formação profissional estão interligados. Desta forma, a possibilidade de mudanças em relação aos conceitos e às práticas de saúde, no sentido de orientar o processo para a compreensão e execução de ações voltadas à integralidade da atenção à saúde, requer o compromisso dos vários atores envolvidos no processo de formação. O atual modelo pedagógico de ensino ao fragmentar os indivíduos em especialidades, de maneira compartimentada e isolada, perpetua modelos tradicionais de prática em saúde já ultrapassados. Essa inadequação da formação inicial dos profissionais de saúde é um aspecto de grande relevância ante as necessidades de conferir aos profissionais a potencialidade de ofertar às pessoas uma abordagem integral à saúde.

Melchior *et al.* (2006) consideram que tão importante quanto a formação dos profissionais, é o gerenciamento técnico do trabalho, citando a manutenção de fluxogramas e rotinas, o monitoramento dos processos e resultados e o papel de contribuir com a melhoria da comunicação da equipe, como atividades a serem desenvolvidas pela gerência.

Sobre o gerenciamento dos SAE, o Manual Qualiaids recomenda que seja efetivamente técnico e orientado pelas diretrizes clínicas, éticas e epidemiológicas do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e do SUS. Ademais, a condução do trabalho deve considerar a inclusão de pactuações participativas com os profissionais, estimulando o compromisso e a responsabilidade com o cuidado integral às PVHA e garantindo a democracia do processo.

Heckert e Neves (2007) apontam para a dissociação entre modelos de gestão e modelos de atenção, segundo os quais há aqueles que planejam e pensam, enquanto há os que executam o

planejamento formulado. Os referidos autores afirmam que políticas de formação pautadas nesse modelo dicotômico de gestão acabam instituindo processos de formação dissociados dos modos de cuidar e de gerir.

Segundo Dussault (1992), o tipo de gestão mais adequado para as organizações de saúde é o consensual, colegiado. Essa gestão busca envolver os profissionais na tomada de decisão, estimulando o trabalho não por meio da imposição da autoridade, mas pela responsabilização. Desta forma, é possível a criação de um ambiente propício ao trabalho multiprofissional, estimulando também a participação dos usuários nesse processo. Como os gestores não produzem os serviços, nem desenvolvem os programas pessoalmente e necessitam de profissionais com capacidade para trabalhar em equipe, torna-se necessário que selecionem bons colaboradores e busquem contribuir para a sua formação e crescimento profissional.

Nos serviços participantes do estudo, profissionais e gestores concordam que gerenciar não é uma tarefa fácil. Referem dificuldades em relação ao fato de alguns gerentes também desenvolverem atividades assistenciais; de a gestão de pessoas ser uma atividade complexa; de os serviços terem pouca autonomia, ficando na dependência de outros níveis de gestão para encaminhar as resoluções dos seus problemas.

Percebeu-se, tanto na observação de campo, quanto nas entrevistas, que a relação entre gerentes e profissionais não flui de forma harmoniosa, principalmente em dois serviços, o que seguramente é um entrave à condução do trabalho. O fato dificulta a mobilização da equipe para a construção de um projeto comum. Como desenvolver o papel de articulador da equipe quando o distanciamento e as discordâncias entre o gerente e os profissionais impedem a interação, prevalecendo o desconhecimento da percepção do outro sobre o funcionamento do serviço? Mais uma vez, destaca-se a importância da formação e da habilitação dos profissionais e gestores no sentido de compreenderem a relevância de uma gestão mais participativa e consensual, como possibilidade para avançar na construção do modelo de atenção integral.

Os serviços de saúde têm características que geram exigências específicas, em termos de organização e de gestão. Pela complexidade dos problemas e natureza dos serviços a produzir, a gestão no setor saúde não pode ser reduzida a técnicas e receitas. As peculiaridades de cada serviço, cada vez mais, exigem um trabalho multiprofissional, tornando prioritário aos gestores o objetivo de criar condições para o desenvolvimento desse trabalho. Assim, tornam-

se necessárias ações como a definição de mecanismos de coordenação, de tomada de decisões, da criação de um ambiente de confiança e estabilidade para as equipes, além de estratégias para passar do trabalho individual ao trabalho em equipe (DUSSAULT, 1992).

Em relação ao contato dos SAE com outros serviços, observou-se a necessidade de melhorar tanto a articulação com a rede de saúde, quanto com outros setores e instituições da sociedade civil. Os serviços têm algumas parcerias e convênios estabelecidos com outras unidades de saúde, porém usuários, profissionais e gestores apontam falhas a serem superadas. Entre elas, a informalidade dos contatos, que muitas vezes são estabelecidos a partir de relacionamentos pessoais, sem a oficialização necessária para garantir o estabelecimento do fluxo regular de referência e contrarreferência. Ainda mais incipiente tem sido a articulação com a rede de suporte social. Os contatos têm ocorrido de forma esporádica, a partir da identificação de necessidades individuais dos usuários.

No que se refere à articulação com outros serviços e setores, Cecílio (2001), afirma que a integralidade do cuidado não se realiza em um único serviço, portanto, não é uma responsabilidade individual, mas do sistema de saúde, da rede de serviços, a qual tem múltiplas entradas, múltiplos fluxos. Portanto, a integralidade depende da articulação entre os serviços, onde cada um busca cumprir o seu papel, ao que o autor denomina integralidade focalizada; mas não o limitando às demandas pontuais que chegam ao serviço. É necessário pensar numa integralidade ampliada, pensada em rede, que se constroi através de uma relação articulada, complementar, entre a potencialidade de cada serviço de saúde e saberes e práticas de outros serviços e setores.

Sobre a **percepção dos atores do estudo, em relação à integralidade da assistência prestada** nos três serviços participantes, profissionais e gestores entrevistados afirmam a importância da integralidade da assistência e abordam o assunto sob diferentes ângulos: verbalizam que o trabalho que vem sendo desenvolvido nos serviços é fragmentado, apesar do atendimento por equipes multiprofissionais; apontam a necessidade de ver o usuário como um todo e também de a equipe trabalhar de forma articulada; e há referências sobre a descentralização da assistência, incluindo unidades básicas de saúde na atenção às PVHA, como uma forma de criar uma estrutura ampliada de atendimento, em seus diversos níveis de complexidade.

Quanto à descentralização da assistência, envolvendo a participação de diversos níveis de complexidade, não se trata de uma questão consensual. Diante da complexidade da atenção à saúde das PVHA não há dúvidas sobre a necessidade de um trabalho em rede e é desta forma que a assistência tem sido organizada. Está claro que um único serviço de saúde e até um único setor, não pode responder às necessidades apresentadas pelos usuários. Contudo, a dificuldade na implementação de um trabalho em rede tem feito parte do cotidiano dos serviços. As articulações e a definição de papéis e limites de atuação são pontos nevrálgicos que desafiam todos os atores envolvidos e exigem o empenho constante para que se possa lograr alguma transformação.

O trabalho em rede é factível, mas é preciso investimento para a sua implementação no cotidiano dos serviços. As experiências exitosas têm sido possíveis, alavancadas por pessoas que se permitem vivenciar pensamentos e desafios anteriormente apenas expressos no papel. Afinal, o discurso sobre o ideal só ganha sentido quando se torna prática. A afirmação de Merhy e Franco (2009) de que as mudanças nos processos produtivos ocorrem no cenário da produção de saúde, reitera o papel dos trabalhadores de saúde na operacionalização do discurso sobre o ideal. Portanto, a formação desses profissionais, a sua compreensão sobre o modelo de atenção à saúde a ser executado, assim como as condições oferecidas para que possam atender a essa expectativa, são pontos a serem valorizados.

No que se refere à percepção dos profissionais e gestores sobre o sentido da integralidade, observa-se que não há um sentido único na sua compreensão. A diversidade de ideias que se apresentam, vão ao encontro da proposta de Ayres (2009) em relação aos eixos que norteiam a compreensão desse princípio. Assim, é possível identificar a referência dos atores entrevistados aos vários eixos trazidos por Ayres: o eixo das necessidades, que diz respeito à resposta às demandas de atenção à saúde; o eixo das articulações que se refere aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares e intersetoriais; e o eixo das interações, que se refere às interações intersubjetivas que permeiam as práticas de cuidado. Da mesma forma, observa-se no cotidiano dos serviços, a interdependência dos eixos, os quais surgem, nos diversos momentos da atenção à saúde, nas ações que guiam a construção dos processos de trabalho.

A partir das características dos usuários e necessidades identificadas, os serviços estruturam o processo de trabalho, norteados pelas diretrizes propostas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais para funcionamento dos SAE. Observa-se que, apesar de todos os serviços

atuarem através de uma equipe multiprofissional, ainda há uma forte influência do modelo hegemônico, centrado na atividade médica e na execução de procedimentos. Assim, muitas das atividades inovadoras, de caráter mais relacional, propostas para ir de encontro ao atual modelo e viabilizar a transição tecnológica da saúde, ficam no plano do ideal, com grande dificuldade de operacionalização no cotidiano dos serviços.

Segundo Merhy e Franco (2009), na transição tecnológica, a organização do processo de trabalho se daria pela inversão das tecnologias de cuidado, tendo sua ação voltada para as necessidades dos usuários. Isto significa operar na assistência com um novo padrão de produção de cuidado.

Apesar da percepção verbalizada por usuários, profissionais e gestores sobre o valor das interações entre os profissionais e entre estes e os usuários, para organização do serviço e para responder às necessidades das PVHA, as atividades relacionais são deixadas em segundo plano. As equipes sentem-se sobrecarregadas e direcionadas a manterem a hegemonia de um modelo que não atende às complexas demandas da população assistida nos SAE-HIV/Aids.

A importância da interação entre usuários e profissionais é destacada diante de questões como a necessidade de corresponsabilização. Esta se mostra primordial quando se dirige o olhar para a adesão ao tratamento. Ser reconhecido pela equipe como protagonista de sua própria vida e saúde é um passo que apenas é possível quando esta equipe é capaz de tirar o usuário da posição de objeto e percebê-lo como sujeito ativo, coparticipante das decisões do seu próprio tratamento.

Merhy e Franco (2003) referem que um processo de trabalho centrado em abordagens mais relacionais considera o usuário como um sujeito da produção de saúde, protagonista do cuidado que gera autonomia. O encontro entre trabalhador e usuário, que ocorre sob implicação mútua, onde estão presentes a relação de acolhimento, a responsabilização e o vínculo, os tornam sujeitos do cuidado.

Usuários e técnicos destacam a importância da compreensão e aceitação do tratamento pelo usuário. Sinalizam a valorização da atitude de acolhimento e respeito, possível em todas as atividades, sejam individuais ou coletivas, onde a troca de saberes pode ser a linha de condução do trabalho, tornando o encontro entre usuários e profissionais uma fonte de conhecimento para ambos.

Segundo Ayres (2009), a sabedoria no cuidar está guardada em encontros sábios, que propiciam um diálogo autêntico entre dois sujeitos. O profissional de saúde tem um conjunto de saberes técnicos e científicos, estando seu papel definido em um trabalho, com regras e finalidades bem delimitadas. O usuário chega de modo diverso, trazendo algum tipo de sofrimento ou preocupação, alguma fragilização e isso faz a diferença. Ele traz ainda saberes não especializados, mas que têm a marca da experiência, da vivência daquilo que é o motivo central do encontro. No entanto, há uma clara assimetria de poder entre os papéis de profissional e de usuário, a este cabendo muitas vezes um lugar de subordinado.

Para o autor, é preciso trabalhar os arranjos tecnológicos para reverter essa situação. Torna-se necessário fundir os saberes técnicos do profissional e os saberes dos usuários, a fim de que surjam boas escolhas sobre o quê e como fazer nas situações de cuidado. Os usuários, que vivem a realidade que é estudada, devem ser considerados em seus saberes cotidianos, pois são eles que, de forma bem ou mal sucedida, lidam com tal realidade.

Pensar em mudar a realidade encontrada hoje nos serviços, a fim de viabilizar a transição tecnológica da saúde, implica em convidar usuários, profissionais e gestores, a ocuparem o lugar de protagonistas do cuidado. Neste sentido, identificam-se as faces de um mesmo movimento: a primeira fala da necessidade de ver o usuário como um todo, sujeito do seu tratamento e de sua vida; a segunda fala da necessidade de o profissional trabalhar de forma articulada, interdisciplinar e intersetorial, como sujeito da organização do processo de trabalho; e a terceira refere-se à condução do trabalho pelo gestor, a qual requer uma postura inovadora, que valorize a prática comunicativa e a articulação das ações, propiciando a conexão entre as intervenções dos diferentes profissionais e permitindo a construção pela equipe, de um projeto assistencial comum. É através da implicação desses sujeitos - usuários, profissionais e gestores - que se pode transformar o cotidiano dos serviços, buscando alcançar a integralidade da atenção à saúde das PVHA.

7 CONCLUSÕES

- a) Os SAE estudados apresentam estrutura físico-funcional compatível com o que é preconizado nos documentos oficiais. No entanto, as deficiências identificadas no estudo em relação à estrutura físico-funcional podem ser consideradas como um aspecto que interfere na interdisciplinaridade e integralidade da assistência, ao dificultar o compartilhamento de tarefas, a interação entre os profissionais e entre estes e os usuários.
- b) A escassez de recursos humanos, identificada como um problema que não é exclusivo dos SAE, mas que tem perpassado por toda a rede do SUS, é apontada por usuários, profissionais e gestores como uma grave limitação para a operacionalização do modelo de atenção à saúde integral. No entanto, a minimização desta, através da contratação de novos profissionais para os SAE, não depende exclusivamente do gerenciamento das unidades.
- c) As ações desenvolvidas pelos SAE e o discurso dos atores que os compõem revelam consonâncias e divergências em relação ao modelo de atenção à saúde integral proposto para desenvolver formas de cuidado que respondam às amplas necessidades das PVHA, através de uma equipe multiprofissional.
- d) Os técnicos compreendem a importância do trabalho em equipe para garantir a integralidade. Entretanto, o processo de trabalho ainda está organizado de forma fragmentada, com fragilidade de articulações, seja no seio das equipes, seja em relação a outros serviços e setores. Há uma tendência a se seguir um modelo centrado na individualização das ações, dificultando o reconhecimento do usuário como sujeito de sua vida e corresponsável pelo seu tratamento.
- e) As equipes revelam características de equipes agrupamento, observando-se, por parte dos profissionais, frágeis movimentos de articulação, os quais não encontram ressonância na forma como o processo de trabalho está organizado. Não há espaços definidos para as atividades relacionais, representadas pelos mecanismos de articulação, fundamentais para a compreensão do modelo proposto e para a organização de um processo de trabalho que favoreça o cuidado integral.

- f) A participação da equipe no planejamento das ações não é uma prática frequente nos serviços. Desconsidera-se desta forma, o conhecimento dos atores responsáveis pela operacionalização do trabalho, estabelecendo-se uma dicotomia entre os que planejam e os que executam. Perde-se, portanto, a oportunidade de integrar as equipes, motivando-as à corresponsabilização pela construção das práticas que definirão o cuidado a ser ofertado pelo serviço.
- g) A pouca autonomia dos SAE, que ficam na dependência de outros níveis de gestão para solucionarem alguns problemas, e as dificuldades na gestão de pessoas são considerados entraves no desenvolvimento das atividades dos gerentes das unidades.
- h) Há pouca valorização do papel de articulador da equipe que cabe ao gerente dos serviços. Esta importante função tem sido relegada a um segundo plano. Envolvido com outras atribuições, sejam administrativas ou assistenciais, os gerentes não têm conseguido incluir os mecanismos de articulação interna e também externa, como parte do cotidiano dos serviços.
- i) A percepção dos atores em relação à integralidade da assistência apresenta compreensões que variam desde o sentido de integralidade enquanto resposta às demandas de atenção à saúde das PVHA; a valorização das interações intersubjetivas presentes nas práticas de cuidado; e a importância das articulações interdisciplinares e intersetoriais.
- j) Há um reconhecimento por parte dos usuários do SAE, quanto à adequação dos cuidados ofertados por esses serviços. A importância do acolhimento e do vínculo estabelecido entre profissional e usuário é um aspecto evidenciado no discurso de ambos, ratificando a valorização destas interrelações.

8 RECOMENDAÇÕES

Baseado no que foi evidenciado neste estudo e apontado como obstáculos a serem vencidos na busca dos SAE pela verdadeira integralidade na assistência às PVHA, podem-se enumerar as seguintes recomendações para a melhoria dos serviços:

- a) Os SAE devem apresentar estrutura físico-funcional que favoreça uma maior interação da equipe e integralidade da atenção. Alguns SAE requerem reformas na estrutura físico-funcional ou ampliação de espaços coletivos, a fim de possibilitar o desenvolvimento adequado das atividades relacionais envolvendo a equipe e os usuários, de acordo com as diretrizes programáticas da política de assistência à PVHA.
- b) É preciso estabelecer um diálogo com a gestão do trabalho em saúde, de forma que esta possa compreender as necessidades e especificidades da assistência a PVHA, e responder à demanda por ampliação do corpo de profissionais para atuarem nos SAE de maneira interdisciplinar, integral e pautados pelo cuidado à saúde.
- c) Viabilizar a realização de atividades relacionais como reuniões sistemáticas, onde se possam discutir casos, participar do planejamento e da avaliação das ações desenvolvidas no serviço, bem como definir fluxos de atendimento. A criação de espaços de fala e escuta para a equipe é uma estratégia que favorece a transformação das práticas e a definição de ações que contribuam para a integralidade da assistência.
- d) É fundamental o investimento na formação/atualização dos profissionais de saúde, seja pela proposta de educação continuada no próprio serviço, seja pelo estabelecimento de parcerias entre as instituições de ensino e o SAE. É através da oferta de qualificação profissional, que as equipes e profissionais em formação podem refletir sobre novas tecnologias de cuidado, que permitam avançar no sentido da apropriação do modelo de transição.
- e) É necessário aprimorar o gerenciamento do SAE, inclusive considerando a necessidade de aperfeiçoamento profissional da gerência, com ênfase na incorporação de tecnologias de gestão adequadas ao desenvolvimento do papel de articulador da

equipe de assistência, buscando motivar a corresponsabilização na organização do processo de trabalho para a integração de suas práticas cotidianas.

- f) Fortalecimento das articulações entre os SAE e outros serviços de saúde ou outros setores, visando ao desenvolvimento de um trabalho verdadeiramente em rede, que viabilize a construção de um fluxo de referência e contrarreferência.

REFERÊNCIAS

ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Britto. **Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV e Aids no Sistema Único de Saúde: a situação no Maranhão.** 2003. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS e DST. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 6, n.1, 2010.

BOLETIM INFORMATIVO DST/AIDS. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, ano 7, n. 1, 2007.

BOLETIM INFORMATIVO DST/AIDS. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, ano 9, n. 1, 2009.

BONALDI, Cristiana *et al.* O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: Experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo; BARROS, Maria Elizabeth Barros (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.** Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2007. p. 53-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico: Programa Nacional de DST e Aids 2005.** Brasília, DF, 2005a.

_____. **Aids Vinte Anos: Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro.** Brasília, DF, 2005b. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>>. Acesso em: 8 mar. 2009.

_____. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids.** Brasília, DF: PN-DST/Aids, 2007.

_____. **Sistema Qualiaids.** Disponível em:

<<http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/default.asp>>. Acesso em: 6 dez. 2008a.

_____. **A Assistência e as Alternativas - Serviço de Assistência Especializada (SAE).** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_anexo2.htm>. Acesso em: 06 set. 2008b.

_____. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids.** Brasília, DF, 2008c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Manuais, n. 84).

_____. **Alternativas Assistenciais à Aids no Brasil:** as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviço de Assistência Especializada. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/udtv/bolepide/alternativas.htm>>. Acesso em: 7 out. 2008d.

_____. **Cuidados Paliativos.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISED23ADBCPTBRIE.htm>> Acesso em 6 dez. 2008e.

_____. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV.** 7. ed. Brasília, DF, 2008f.

_____. **Qualiaids:** avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS. Brasília, DF, 2008g. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/Aids:** Qualiaids Relatório 2007/2008. Brasília, DF, 2008h.

_____. **Sobre o SAE.** Brasília, DF: PN-DST/Aids. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/main.asp?Team={AF6CCC0D-6B05-4BB2-97BA-20E64C5F5B64}>> Acesso em: 29 jan. 2009a.

_____. **Integralidade da Atenção à Saúde.** Brasília, DF: Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc>>. Acesso em: 7 fev. 2009b.

_____. **Política de Incentivo no âmbito do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais:** Orientações para elaboração do Plano de Ações e Metas 2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: <www.aids.gov.br/...Pam/2010/Orientacoes_2010_Final.doc>. Acesso em: 11 abr. 2010.

_____. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids:** recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids UNGASS – HIV/Aids: Resposta Brasileira 2008-2009: Relatório de Progresso do País.** Brasília, DF, 2010b.

BRITES, Carlos. **A importância de tratar o paciente como um todo.** São Paulo: Elsevier, 2007.

CAMARGO Jr., K. R. Um Ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. In: PINHEIRO Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO, 2003. p. 35-44.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: Revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. **Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/Aids em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho.** 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2001. p. 113-126.

DOURADO, Inês *et al.* Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia antirretroviral. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, supl., p. 9-17, 2006.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

FILGUEIRAS, S. L.; FERNANDEZ, N. M.; GONÇALVES, J. E. M. Aconselhamento em DST e HIV/Aids: Diretrizes e Procedimentos Básicos. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niteroi, v.10, n. 3 p. 21–29. 1998.

FRANCO, Túlio Batista. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, IMS, UERJ, 2006. p. 459-474.

FRANCO, Túlio Batista. A integralidade é uma diretriz que traz em si o significado ético-político do 'cuidado cuidador'. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, n. 287, 2 fev. 2009. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_tema_capa&Itemid=23&task=detalhe&id=647>. Acesso em: 07 fev. 2009.

FURTADO, Juvêncio José Duailibe. Prefácio. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Manual Boas Práticas de Adesão HIV/Aids**. Prefácio. São Paulo, 2005. p. 5-6.

GRINSZTEJN, Beatriz. Qualidade de vida e aspectos clínicos. In: RAXACH, Juan Carlos (Org.). **Qualidade de Vida para pessoas vivendo com HIV/Aids: aspectos políticos, socioculturais e clínicos**. Rio de Janeiro: ABIA, 2004. p. 38-42.

GURGEL, Idê Gomes Dantas. **A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores**. 2007. Tese (Doutorado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. E. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo. In: MATTOS, R. A.; BARROS, M.E.B.; PINHEIRO, R. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2007. p.145-160.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e Patologias do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LOUZADA, Ana Paula Figueiredo *et al.* Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo; BARROS, Maria Elizabeth Barros (org.) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2007. p. 37-52.

MAIA, Leonardo. A importância do afeto, da troca e da igualdade. In RAXACH, Juan Carlos (Org.). **Reflexões sobre assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade**. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. p. 16-18.

MALTA, Mônica *et al.* Aderência a terapia antirretroviral: um estudo qualitativo com médicos no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1424-1432, 2005.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p. 863-869, 2009.

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2001. p. 39-64.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade e a formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2003. p. 45-59.

MELCHIOR, Regina *et al.* Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 143-151, 2006.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez., 2003.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde**. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos>> Acesso em: 07/02/2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMEZ, Carlos Minayo. Dífceis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. In: GOLDENBERG, Paulete; GOMES, Mara Helena de Andréa; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni (Org.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 117-142.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

NEMES, Maria Ines Battistella *et al.* Avaliação da qualidade da assistência no programa de Aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl.2, p. S310-S321, 2004.

OLIVEIRA, Luzia Aparecida *et al.* Humanização e Cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 689-698, 2005.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro, IMS, UERJ, 2007. p. 161-177.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Relação dos serviços de assistência especializada**: SAE de Pernambuco. Recife, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **História do Hospital Correia Picanço**. Recife, 2009.

PINHEIRO, Roseni. A importância do SUS: o político, o social e as questões a superar. In: RAXACH, Juan Carlos (Org.). **Reflexões sobre assistência à Aids**: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. p. 59-61.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.) **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2005. p. 7-34.

RICHARDSON, Roberto Jarry *et al.* **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

SANTANA, José Paranaguá. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 219-233.

SCHRAIBER, Lilia Blima; *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 221-242, 1999.

SOUZA, Marcus Vinícius Nora de; ALMEIDA, Mauro Vieira de. Drogas anti-VIH: passado, presente e perspectivas futuras. **Química Nova**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 366-372, 2003. Disponível em: <<http://quimicanova.sbq.org.br/qn/qnol/2003/vol26n3/13.pdf>> Acesso em: 7 mai. 2009.

VÁZQUEZ, Maria Luisa; *et al.* **Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud**. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2005. (Série Graal).

VELOSO, Valdiléia. Avanços e dificuldades de uma questão de mobilização social, profissional e governamental. In: RAXACH, Juan Carlos (Org.). **Reflexões sobre assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade**. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. p. 52-57.

VILELLA, Wilza. A Aids como objeto complexo e desafiador, e a exigência de construção de um campo de saber interdisciplinar. In: RAXACH, Juan Carlos (Org.). **Reflexões sobre assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade**. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. p. 26-30.

WEINSTEIN, Ana Lúcia. Obstáculos e desafios da interdisciplinaridade: As integrações. In: RAXACH, Juan Carlos (Org.). **Reflexões sobre assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade**. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. p. 32-33.

Apêndice A - Roteiro para Observação de Campo

- Estrutura física dos serviços
 1. Localização
 - Bairro
 - Facilidade de acesso
 - Proximidade com outros serviços
 2. Equipamento de saúde onde está inserido o SAE
 3. Espaço físico
 - Número de salas
 - Ocupação
 - Tamanho
 - Privacidade
- Formação da equipe
 1. Número de profissionais
 2. Especialidades
- Recepção:
 1. Acolhimento
 2. Organização
 3. Orientação
 4. Encaminhamentos
- Sala de espera:
 1. Acolhimento
 2. Orientação
 3. Atividades
 4. Atendimento preferencial
 5. Interação entre usuários
- Atividades realizadas:
 1. Principais conteúdos
 2. Interação com usuários
 3. Encaminhamentos
 4. Registros
- Farmácia:
 1. Profissionais responsáveis
 2. Articulação com a equipe
 3. Interação com os usuários
 4. Orientação
 5. Registros
 6. Controle
- Atividades de grupo:
 1. Tipos de grupo
 2. Relação com outras atividades
 3. Frequência da atividade
 4. Forma de convite
 5. Frequência dos usuários
 6. Temas
 7. Profissionais envolvidos

8. Relação profissional/usuário
 9. Orientações
 10. Registros
 11. Planejamento, avaliação e monitoramento de rotinas
- Reuniões da equipe:
 1. Forma de convocação
 2. Profissionais convidados
 3. Frequência
 4. Principais conteúdos
 5. Trocas entre os profissionais
 6. Registros
 - Acompanhamento da equipe:
 1. Oferta de capacitação
 2. Treinamentos
 3. Supervisões da equipe

Apêndice B – Roteiro para Entrevista com Gerentes das Unidades

- Formação profissional;
- Experiência de trabalhar com PVHA e gestão;
- Por que se tornou coordenador
- Objetivos enquanto coordenador
- Apoio/dificuldades com a diretoria da instituição
- Função no serviço
 1. Tempo de serviço
 2. Tempo dedicado ao SAE
 3. Acúmulo de funções
 - Coordenação
 - Atividades assistenciais
- Histórico do serviço:
 1. Equipamento de saúde onde está inserido o SAE
 2. Implantação
 3. Tempo de funcionamento
 4. Formação da equipe
- Recursos humanos:
 1. Número de profissionais
 2. Especialidades
- Projeto terapêutico institucional:
 1. Responsáveis pela elaboração
 2. Objetivos
 3. Diretrizes de funcionamento
- Relação serviço/usuário:
 1. Características dos usuários da unidade
 2. Necessidades apresentadas pelos usuários
 3. Acolhimento
 4. Tempo disponibilizado para escuta
 5. Respeito à privacidade
 6. Corresponsabilização
 7. Dificuldades no contato e estratégias de enfrentamento
- Organização da assistência:
 1. Atividades e fluxo do atendimento ao usuário:
 - Chegada dos usuários ao serviço
 - Forma como se organizam
 - Recepção:
 - Acolhimento
 - Organização
 - Orientação
 - Encaminhamentos
 - Sala de espera:
 - Acolhimento
 - Orientação
 - Atividades
 - Atendimento preferencial

- Interação entre usuários
- Trabalho dos profissionais:
 - Atividades realizadas
 - Principais conteúdos
 - Interação com usuários
 - Encaminhamentos
- Farmácia:
 - Articulação com a equipe
 - Interação com os usuários
 - Orientação
 - Controle
- Atividades de grupo:
 - Tipos de grupo
 - Relação com outras atividades
 - Frequência da atividade
 - Forma de convite
 - Frequência dos usuários
 - Temas
 - Profissionais envolvidos
 - Relação profissional/usuário
 - Orientações

2. Trabalho em equipe:

- Características do trabalho de equipe;
 - Objetivos comuns da equipe
 - Fatores que facilitam e dificultam as trocas entre os profissionais
 - Articulação existente entre as atividades da unidade
 - Mecanismos para o encaminhamento entre os profissionais
-
- Registros
 - Percepção sobre a integralidade da assistência ofertada;
 - Papel do gerenciamento na articulação do trabalho:
 - Reuniões, mecanismos de articulação e acompanhamento da equipe;
 - Oferta de treinamentos e supervisões;
 - Planejamento, avaliação e monitoramento do trabalho:
 1. Mecanismos;
 2. Contribuição da equipe;
 - Articulação com outros serviços
 - Dificuldades gerenciais e estratégias de enfrentamento;
 - Aspectos que motivam o seu trabalho no serviço.

Apêndice C – Roteiro para Entrevista com Técnicos

- Formação profissional;
- Experiência de trabalho com PVHA;
- Função no serviço:
 1. Tempo
 2. Atividades assistenciais
- Relação serviço/usuário:
 1. Características dos usuários da unidade
 2. Necessidades apresentadas pelos usuários
 3. Acolhimento
 4. Tempo disponibilizado para escuta
 5. Respeito à privacidade
 6. Corresponsabilização
 7. Dificuldades no contato e estratégias de enfrentamento
- Organização da assistência:
 1. Trabalho em equipe:
 - Objetivos comuns da equipe
 - Fatores que facilitam e dificultam as trocas entre os profissionais
 - Articulação existente entre as atividades da unidade
 - Mecanismos para o encaminhamento entre os profissionais
 - Responsabilidade no planejamento das ações do serviço
 - Dificuldades no serviço e estratégias de enfrentamento
 - Contribuição do profissional para o trabalho da equipe
 2. Atividades e fluxo do atendimento ao usuário:
 - Chegada dos usuários ao serviço:
 - Forma como se organizam
 - Recepção:
 - Acolhimento
 - Organização
 - Orientação
 - Encaminhamentos
 - Sala de espera:
 - Acolhimento
 - Orientação
 - Atividades
 - Atendimento preferencial
 - Interação entre usuários
 - Trabalho dos profissionais:
 - Atividades realizadas
 - Principais conteúdos
 - Interação com usuários
 - Encaminhamentos
 - Farmácia:
 - Articulação com a equipe
 - Interação com os usuários
 - Orientação

- Controle
 - Atividades de grupo:
 - Tipos de grupo
 - Relação com outras atividades
 - Frequência da atividade
 - Forma de convite
 - Frequência dos usuários
 - Temas
 - Profissionais envolvidos
 - Relação profissional/usuário
 - Orientações
- 3. Registros
- 4. Reuniões:
 - Forma de convocação
 - Profissionais convidados
 - Frequência
 - Principais conteúdos
 - Trocas entre os profissionais
- Papel do gerenciamento na articulação do trabalho
 1. Acompanhamento da equipe:
 2. Oferta de treinamentos e supervisões;
 3. Planejamento, avaliação e monitoramento do trabalho;
 4. Articulação com outros serviços
- Percepção sobre a integralidade da assistência ofertada;
- Aspectos que motivam o seu trabalho no serviço.

Apêndice D – Roteiro para Entrevista com Usuários

- O que é um SAE e o que deve oferecer ao usuário
- Vivência do tratamento:
 1. Tempo do diagnóstico
 2. Tempo de acompanhamento no serviço
 3. Uso de medicações antirretrovirais
- Percepção sobre a organização e a qualidade da assistência do SAE onde é acompanhado:
 1. Estrutura física do SAE
 2. Marcação de consultas:
 - Tempo de espera;
 - Atendimentos não agendados
 3. Tempo de espera no atendimento
 4. Intervalo entre consultas
 5. Profissionais que o atendem
 6. Atendimento individual
 7. Atividades educativas
 8. Atividades grupais
 9. Momentos de atendimento por mais de um profissional
- Relação serviço/usuário:
 1. Acolhimento
 2. Tempo disponibilizado para escuta
 3. Respeito à privacidade
 4. Corresponsabilização
- Dificuldades no serviço e estratégias de enfrentamento;
- Aspectos do serviço que motivam o tratamento.

Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar como voluntário do projeto de pesquisa de título “Integralidade da Atenção à Saúde das Pessoas Vivendo com HIV/Aids: Uma Avaliação de Serviços de Assistência Especializada”. Para tal, você deverá responder a uma entrevista que têm por objetivo: identificar a sua opinião sobre a atenção à saúde oferecida no Serviço de Assistência Especializada em HIV e Aids (SAE-HIV/Aids) e sobre a sua participação nas ações desenvolvidas.

Os benefícios do estudo estendem-se a todos os envolvidos e espera-se contribuir para avaliação do funcionamento e das atividades do serviço, buscando dessa forma, identificar o que pode ser melhorado na assistência a pessoas portadoras de HIV.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados apenas em meios de publicação científica, sem expor o nome das pessoas, respeitando o sigilo das informações que você fornecer. As entrevistas acontecerão em local reservado e você pode não responder às perguntas que não desejar. O seu depoimento será gravado em equipamento de áudio e você poderá solicitar a escuta ao final da entrevista, estando permitida a retirada ou o acréscimo de informações.

Você tem o direito de aceitar ou não participar da pesquisa e poderá desistir ou anular o seu consentimento em qualquer fase da entrevista. Esta recusa não trará prejuízo no seu atendimento ou no desenvolvimento de atividade profissional no serviço. Ao concordar em participar desta pesquisa, este termo deverá ser assinado em duas vias: uma ficará com você e a outra será arquivada pela pesquisadora responsável.

Caso tenha dúvidas ou ocorra algum problema durante este estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (81)9936-4258 ou pelo e-mail jucineideborges@hotmail.com.

Assinatura do participante

Maria Jucineide Lopes Borges