

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Gabriel Velloso Pereira

**Competências da Medicina de Família e Comunidade para a
Atenção Integral à Saúde de Pessoas que Vivem com HIV**

Rio de Janeiro

2022

Gabriel Velloso Pereira

**Competências da Medicina de Família e Comunidade para a
Atenção Integral à Saúde de Pessoas que Vivem com HIV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof.^a Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Valéria Ferreira Romano.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Competencies of Family Practice for providing Integrated Care for People Living with HIV.

P436c Pereira, Gabriel Velloso.
 Competências da medicina de família e comunidade para a atenção
 integral à saúde de pessoas que vivem com HIV / Gabriel Velloso Pereira. --
 2022.
 92 f. : il. color.

 Orientadora: Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.
 Coorientadora: Valéria Ferreira Romano.
 Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.
 Bibliografia: f. 78-87.

 1. Infecções por HIV. 2. Medicina de Família e Comunidade. 3. Internato e
 Residência. 4. Educação Baseada em Competências. 5. Prática Integral de
 Cuidados de Saúde. I. Título.

 CDD 616.9792

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Gabriel Velloso Pereira

**Competências da Medicina de Família e Comunidade para a
Atenção Integral à Saúde de Pessoas que Vivem com HIV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Aprovada em: 19 de outubro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Marcele Bocater Paulo de Paiva
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Regina Ferro do Lago
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Valéria Ferreira Romano (Coorientadora)
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Para o SUS. Viva o SUS!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a quem me formou, a quem me forma e com quem me formei:

Ao Ruben por me inspirar, mesmo sem saber, nos passos sanitарistas;

À Denise pelos encontros e por me apresentar à Educação Médica;

À Sandra pela parceria, pelas conversas e pelo apoio quando precisei;

Ao Michael pelo afeto e ensinamentos e por despertar o olhar sobre o HIV;

Ao Márcio por seguir me formando na Medicina de Família e Comunidade;

À Gisela pela compreensão, pela paciência e pelas orientações;

À Valéria por me instigar, me fazer me questionar e por me acolher;

Aos casamentos com Breno, Joana, Bruna, Anderson, Débora e Suzana;

Às parcerias com Rita, Renata, Rayane, Carolinas, Laio, Rebeca e Julia;

A outras tantas pessoas queridas com quem pude cruzar pela MFC e APS;

Às pessoas que me deixaram participar de sua formação;

Às pessoas que me deixaram participar de seu cuidado;

À minha mãe e avó por terem me incentivado a aprender;

Ao Luca pelos caminhos felizes que percorremos juntos.

*“Mas renova-se a esperança
Nova aurora a cada dia
E há que se cuidar do broto
Pra que a vida nos dê
Flor, flor e fruto”*

(NASCIMENTO, 1983)

RESUMO

Com a descentralização da atenção integral à saúde das pessoas que vivem com HIV para a atenção primária, a Medicina de Família e Comunidade tem papel crescente no cuidado desse grupo. Tendo a residência médica como padrão-ouro de formação, a especialidade tem estruturado seu currículo a partir da educação baseada em competências, mas ainda se mostra frágil na construção de um currículo voltado ao cuidado das pessoas que vivem com HIV. A partir da Teoria das Competências de Philippe Perrenoud, este trabalho se propôs a analisar as competências da formação em Medicina de Família e Comunidade sobre a Atenção Integral à Saúde das Pessoas que Vivem com HIV na percepção das egressas e egressos de Programas de Residência da especialidade no Rio de Janeiro. Para isso, fez uso da técnica do grupo focal, em que foi discutido o tema e de onde foram identificados e interpretados os dados, complementados pela análise documental. A partir do conceito de competência de Perrenoud, foram identificadas 38 competências, sendo 11 transversais, 10 conhecimentos, 11 habilidades e 6 atitudes. Cada uma dessas competências foi então conceituada e discutida sobre seu papel para o acompanhamento da pessoa que vive com HIV na atenção primária, dando-se maior relevância a temas até então negligenciados como reconhecimento de marcadores sociais de diferença, comunicação clínica, sigilo e abordagem comunitária. Foi criada, a partir deste trabalho, uma matriz de competências da Medicina de Família e Comunidade para a Atenção Integral à Saúde de Pessoas que vivem com HIV a ser apresentada às instituições de ensino vinculadas à especialidade. Espera-se que este trabalho possa apoiar a formação de futuras médicas e médicos de família e comunidade, ajudando a orientar o modelo de educação dessa especialidade médica para um olhar ainda mais ampliado, que tensione os paradigmas hegemônicos e que combata de verdade a sorofobia.

Palavras-chave: medicina de família e comunidade; internato e residência; educação baseada em competências; infecção pelo HIV; prática integral de cuidados de saúde.

ABSTRACT

Since the decentralization of HIV treatment to Primary Healthcare, Family Practice has a growing role in providing integrated care for people living with HIV. While having medical residency as its gold-standard for graduate education, the specialty has been structuring its curriculum with competency-based education, but there are still fragilities in the curriculum in being capable of providing integrated care for people living with HIV. Based on Philippe Perrenoud's Theory of Competencies, this study proposes the analysis of competencies of Family Practice for providing integrated care for people living with HIV through the perception of graduates from Family Practice Residency Programs in Rio de Janeiro. For this purpose, the focal group technique was used, through which was collected the data, complemented by documental analysis. Based on Perrenoud's concept of competence, 38 competencies were identified, from which 11 were considered transversal, 10 were knowledge, 11 were practices and 6 were attitudes. The concept and application of each of these competencies were then discussed, prioritizing most neglected topics such as recognition of social markers of difference, clinical communication, medical privacy and community interventions. As a result of this study, a table was organized to present Family Practice's competencies in integrated care for people living with HIV, to be shared with education institutions related to the specialty. This study is expected to support instruction of future family doctors, in order to orient the specialty to a wider view, to challenge the hegemonic paradigms and to truly oppose serophobia.

Keywords: family practice; internship and residency; competency-based education; HIV infection; integral healthcare practice.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Diagrama de Hierarquia Temática pelos Descritores em Ciências da Saúde.....	17
Figura 2 -	Árvore da WONCA Europa.....	23
Quadro 1 -	Competências da Medicina de Família e Comunidade em relação ao Acompanhamento de Pessoas que vivem com HIV.....	27
Quadro 2 -	Proposta de Matriz de Competências da Medicina de Família e Comunidade para a Atenção Integral à Saúde de Pessoas que vivem com HIV.....	70

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PRMFC	Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
WONCA	Organização Mundial dos Médicos de Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	UMA QUESTÃO DE GÊNERO.....	15
1.2	JUSTIFICATIVA.....	16
1.3	TEMA E OBJETO.....	16
1.4	OBJETIVOS.....	18
2	REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1	HISTÓRIA DA MEDICINA DE FAMÍLIA E	19
2.2	COMUNIDADE.....	21
2.3	PRINCÍPIOS E PAPEL DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	24
2.4	ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV NA APS.....	28
2.5	CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV NO RIO DE JANEIRO.....	30
3	TEORIA DAS COMPETÊNCIAS	32
3.1	MÉTODO	33
3.2	LOCAL E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	34
3.3	TÉCNICA DO GRUPO FOCAL.....	36
3.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	36
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
4	PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO	39
4.1	RESULTADOS	40
4.2	O QUE ENVOLVE O CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV?.....	43
4.3	QUAIS COMPETÊNCIAS IDENTIFICAM NA FORMAÇÃO E PRÁTICA?.....	44
4.4	O QUE PODERIA CABER COMO COMPETÊNCIA AVANÇADA?.....	45
5	DISCUSSÃO	47
5.1	COMPETÊNCIAS TRANSVERSAIS E BIOÉTICAS.....	48
5.2	COMPETÊNCIAS DO CUIDADO INDIVIDUAL E COMUNICAÇÃO CLÍNICA.....	56
5.3	COMPETÊNCIAS DO CUIDADO COLETIVO E TERRITORIAL.....	65
5.4	RELAÇÃO COM COMPETÊNCIAS FORMALMENTE ESTABELECIDAS.....	68
5.5	PROPOSTA DE MATRIZ DE COMPETÊNCIAS.....	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	78

APÊNDICE A - TCLE GRUPO FOCAL.....	88
APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL.....	92

APRESENTAÇÃO

Para se fazer ciência, há que se reconhecer sua incapacidade de neutralidade. O interesse num objeto de pesquisa não surge de maneira aleatória: ele vem das vontades, medos, obrigações ou oportunidades. Ainda que possa ser construído a partir de diferentes sentimentos ou condições, ele é fruto da trajetória do eu-pesquisador. Por isso, esclarecer as implicações de quem faz a pesquisa com o seu tema e objeto é fornecer mais ferramentas de análise para quem irá ler o estudo. A partir disso, toma-se licença temporária da terceira pessoa verbal escolhida para este texto, para apresentar a trajetória que leva a este trabalho.

A quem chega aqui, já anuncio: sou um profissional de saúde, antes de médico; sou um formador e também estou em constante formação; sou um trabalhador, e não um colaborador ou empregado; sou um SUSista, convicto e inveterado, e que acredita e defende o monopólio estatal da saúde como utopia real para a Saúde Pública.

Formei-me em medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em 2016. Porém, meus anos na faculdade foram ocupados por dois currículos: o formal, de aspecto tradicional, marcado por avaliações rigorosas, cargas horárias extensas e vazios simbólicos; e o informal (e oculto), que construí como estratégia de sobrevivência financeira e emocional, baseado em trabalhos não relacionados à medicina, atividades de política estudantil e projetos de pesquisa e extensão em diferentes áreas. Foi seguindo esse currículo informal que tive meus primeiros contatos com as discussões sobre a Educação Médica, participando das construções sobre a reforma curricular, conhecendo as Diretrizes Curriculares Nacionais e o currículo baseado em competências, e participando de iniciativas da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Esse contato se aprofundou na Medicina de Família e Comunidade, a partir da minha formação na residência em 2019 pela UERJ e na função de preceptoria que passei a exercer após essa formação - inicialmente pela própria UERJ, posteriormente pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) -, em que tive a oportunidade de conhecer e discutir o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

A temática do HIV/AIDS e do cuidado de pessoas que vivem com HIV também é área de interesse há algum tempo. Enquanto homem bissexual, acredito que tenha me aproximado do tema inicialmente pelos medos da contaminação e da estigmatização social. Mais tarde, aproximando-me do conhecimento clínico e das disputas do movimento LGBT, passei a me envolver no tema sob uma perspectiva de cuidado e de garantia de Direito à Saúde. Durante minha formação na Medicina de Família e Comunidade, isso se materializou

no Ambulatório de Medicina Integral da UERJ - onde era preceptorado por um professor especialista no tema e parte importante das pessoas que eu acompanhava viviam com HIV - e na clínica da família em que atuava - onde acabei sendo acessado por pessoas vivendo com HIV, inclusive de fora do território adscrito da unidade, para fazer seu acompanhamento. Já enquanto preceptor, desenvolvi atividades em minha unidade voltadas para a formação de residentes e graduandos sobre aconselhamento pré e pós-teste, medidas de prevenção e cuidados de saúde de pessoas que vivem com HIV, além de ter ficado responsável por realizar o monitoramento dos acompanhamentos da linha de cuidado de HIV/AIDS na unidade.

Ao longo dessa minha trajetória acadêmica e profissional, um denominador comum de todas as minhas experiências sempre foi elas estarem dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Por opção - e também pelos privilégios que me permitiram -, escolhi atuar exclusivamente no SUS, independente da função exercida - estágios, formação, trabalhando na Atenção Primária à Saúde (APS) ou mesmo, mais recentemente, quando passei a atuar na gestão em saúde em uma coordenação regional da atenção primária. Ainda que, dada a organização da APS do Rio de Janeiro, o trabalho esteja condicionado neste momento à contratação terceirizada, sigo atuando sempre com exclusividade no SUS. Essa escolha se dá também pela opinião de que o fortalecimento do sistema público de saúde brasileiro deva ser uma responsabilidade coletiva e individual, compreendendo ainda que a lógica de Mercado torna a saúde suplementar um obstáculo à concreta universalidade, equidade e integralidade do SUS.

Ao considerar ingressar no mestrado, buscava o aprofundamento e aproximação do campo da Saúde Pública com a prática da Medicina de Família e Comunidade. Esse interesse particular em me aprofundar e promover a especialidade ganhou mais força quando, já no decorrer do mestrado, assumi a presidência da Associação de Medicina de Família e Comunidade do Estado do Rio de Janeiro (AMFaC-RJ), entre 2020 e 2022. Para dar corpo a esse interesse, decidi então estudar o lugar comum desses três temas: Educação Médica, Medicina de Família e Comunidade e Atenção Integral à Saúde de Pessoas que vivem com HIV. Essa escolha se deu também por perceber lacunas na formação da especialidade com relação ao cuidado integral dessa parte da população, ao mesmo tempo em que a especialidade se consolida enquanto prestadora de cuidado a pessoas que vivem com HIV na Atenção Primária à Saúde no município e em outras partes do país.

1 INTRODUÇÃO

A Medicina de Família e Comunidade partiu de seus primórdios na prática generalista durante a primeira metade do século XX até se consolidar nas últimas décadas enquanto especialidade médica, que compartilha em sua essência dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). Com marcos históricos como a Conferência de Alma-Ata em 1978, sistemas de saúde de todo o mundo passaram gradualmente a compreender a relevância da APS ser a base ou o centro de sistemas de saúde social e economicamente sustentáveis (CAMPOS, 2005; FALK, 2004; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978; VICENTE, 2018), remodelando as redes de atenção à saúde. As redes de atenção à saúde são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a).

Com esse processo da Atenção Primária, também se fortaleceu em diferentes níveis e formas a importância da Medicina de Família e Comunidade para o sistema de saúde, havendo um crescente investimento em ensino, pesquisa e assistência na especialidade (FALK, 2004; SIMAS *et al.*, 2018; TRINDADE; BATISTA, 2016). Para isso, no Brasil, se assumiu a residência médica em Medicina de Família e Comunidade como padrão-ouro para a formação de médicas e médicos especialistas para a Atenção Primária. Ainda que a oferta de vagas e a formação de especialistas não tenham atingido os número necessários para suprir a demanda nacional, há um número crescente de médicas e médicos de família e comunidade no país (FALK, 2004; SIMAS *et al.*, 2018; TRINDADE; BATISTA, 2016). Com essa relevância crescente da formação em Medicina de Família e Comunidade no país, se fez necessária a consolidação de competências educacionais que pudessem traduzir o escopo teórico e prático da especialidade e pudessem orientar o processo formativo dentro de sua heterogeneidade.

Em paralelo, na década de 1980, as discussões sobre Direito à Saúde no país, que acabariam resultando na formação do Sistema Único de Saúde (SUS), se davam simultâneas e inter cruzadas com a luta por direitos de grupos organizados da sociedade civil em razão da pandemia que se descobria àquela época, do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Essa luta se deu de maneira tão intrínseca à reforma sanitária, que a garantia de direito à saúde integral de pessoas que vivem com HIV se materializou rapidamente no SUS em testagem ampliada, dispensação gratuita de antirretrovirais e consultas com especialistas (MELO; MAKSDUD; AGOSTINI, 2018). Mais tarde, porém, se percebendo a necessidade de garantir o

acesso às atividades de atenção integral à saúde de pessoas que vivem com HIV e frente à alta soroprevalência do HIV no país, muitos municípios e, depois, a gestão federal, passam a considerar que a APS deveria se consolidar como cenário de cuidado para a maioria dessas demandas (ALVES, 2017; GRANGEIRO *et al*, 2010).

Ao se demandar da APS essa atribuição, se demanda também de sua equipe multiprofissional - e, portanto, das entidades formadoras de especialistas - um aprofundamento formativo voltado para particularidades dessa prática de cuidado. Nesse movimento, a Medicina de Família e Comunidade, enquanto especialidade médica da APS, passa a ter de abranger novos conhecimentos, habilidades e atitudes e em seu esforço de apontar e categorizar suas competências, o faz genericamente em relação à atenção integral à saúde de pessoas que vivem com HIV (BRASIL, 2020a; FIGUEIREDO, 2011; SANTOS; DEVEZA, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015). E, com isso, deixa lacunas a serem preenchidas visando ao fortalecimento da formação na especialidade e melhoria da assistência à saúde na APS.

1.1 UMA QUESTÃO DE GÊNERO

Optou-se neste trabalho pela utilização de dois gêneros, feminino (sempre em primeiro) e masculino, quando houve referência às médicas e médicos de família e comunidade. Também, optou-se pela evitação de determinantes de gênero, sempre que possível, fazendo uso de palavras como “pessoas”, “grupo” e “participantes”. O objetivo dessas escolhas foi de diminuir as opressões de gênero reforçadas pelo texto escrito no português, que formalmente determina a coletividade do feminino e masculino como o plural do masculino.

Ainda assim, reconhece-se que essas medidas sejam limitadas na redução de todas as opressões de gênero, sobretudo ao não se utilizar um gênero neutro, que poderia tornar o texto mais inclusivo considerando, por exemplo, pessoas não binárias. No entanto, essa opção foi tomada não apenas pela formalidade exigida do texto - a qual poderia se subverter -, mas principalmente para permitir uma leitura mais acessível do texto para todo o público que a pesquisa possa interessar.

1.2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema e objeto para o projeto se deu atravessada pelo percurso pessoal do pesquisador, marcado pelo interesse na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Integral à Saúde de Pessoas que Vivem com HIV. Este trabalho se justifica diante da importância da Medicina de Família e Comunidade enquanto especialidade qualificada para o trabalho na Atenção Primária. No contexto brasileiro, isso significa que cabe à especialidade, junto às demais categorias da APS, realizar o acompanhamento integral de saúde de pessoas que vivem com o HIV, se mantendo como referência exclusiva em quadros leves e sem evidência de resistência antirretroviral.

Dadas as dificuldades que se apresentaram no combate à disseminação do HIV em todo o mundo, a APS assumir esse papel de maneira qualificada é uma ferramenta com alto potencial de promover mudanças, buscando atuar no diagnóstico precoce, no acolhimento aos sofrimentos, na adesão terapêutica, na prevenção de agravamentos, no tratamento de intercorrências e na garantia de acesso à saúde integral das pessoas que vivem com HIV.

Dessa forma, identificar e discutir as competências que a especialidade poderia ter de maneira universal nesse campo se torna relevante para o aprofundamento do papel da especialidade e da APS na promoção e prevenção de saúde. Dado o exposto, questiona-se: para além das competências formal e genericamente estabelecidas, quais são as competências percebidas pelas médicas e médicos de família e comunidade em sua formação na especialidade em relação à Atenção Integral à Saúde das pessoas que vivem com HIV?

1.3 TEMA E OBJETO

A seguir, apresenta-se discriminado o tema central deste trabalho, assim como seu objeto e a pergunta de pesquisa. Apresenta-se também uma hierarquia temática, a fim de se situar os campos de conhecimento que são atravessados por este trabalho e delimitar os principais verbetes que apoiaram na busca bibliográfica que embasa a revisão de literatura. Esta forma de apresentação do tema foi escolhida para possibilitar uma compreensão mais clara e ampliada da proposta que culminou nos objetivos geral, específicos e estratégicos apresentados em seguida.

Tema: Formação em Medicina de Família e Comunidade

Hierarquia Temática pelos Descritores em Ciências da Saúde (FIGURA 1):

in: Medicina de Família e Comunidade (DeCS: Medicina Geral | Medicina | Ocupações em Saúde | Disciplinas e Ocupações)

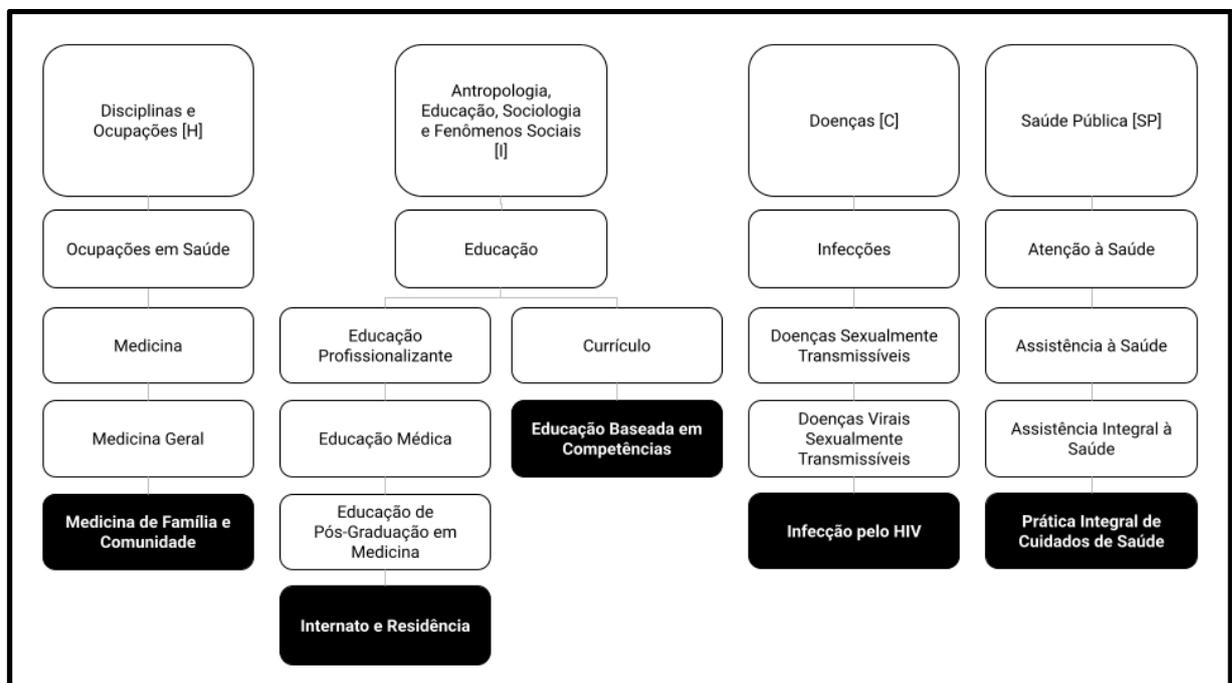
in: Internato e Residência (DeCS: Educação de Pós-Graduação em Medicina / Educação Médica | Educação Profissionalizante | Educação | Antropologia, Educação, Sociologia e Fenômenos Sociais)

in: Educação Baseada em Competências (DeCS: Currículo | Educação | Antropologia, Educação, Sociologia e Fenômenos Sociais)

in: Infecção pelo HIV (DeCS: Doenças Virais Sexualmente Transmissíveis | Doenças Sexualmente Transmissíveis | Infecções | Doenças)

in: Prática Integral de Cuidados de Saúde (DeCS: Assistência Integral à Saúde | Assistência à Saúde | Atenção à Saúde | Saúde Pública)

FIGURA 1 - Diagrama de Hierarquia Temática pelos Descritores em Ciências da Saúde



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Objeto: Competências da Medicina de Família e Comunidade relacionadas à Atenção Integral à Saúde das pessoas que vivem com HIV.

Pergunta de Pesquisa: Quais são as competências percebidas pelas médicas e médicos de família e comunidade em sua formação na especialidade em relação à Atenção Integral à Saúde das pessoas que vivem com HIV?

1.4 OBJETIVOS

Objetivo Geral: Analisar as competências da formação em Medicina de Família e Comunidade sobre a Atenção Integral à Saúde das Pessoas que Vivem com HIV na percepção das egressas e egressos de Programas de Residência da especialidade do Rio de Janeiro.

Objetivos Específicos:

1. Identificar as competências da Medicina de Família e Comunidade na Atenção Integral à Saúde das Pessoas que vivem com HIV na percepção das egressas e egressos de Programas de Residência da especialidade do Rio de Janeiro;
2. Discutir as competências identificadas a partir dos conceitos que as compõem e suas relações com a prática de cuidado;
3. Discutir a relação entre as competências formalmente estabelecidas e aquelas identificadas pela pesquisa.

Objetivos Estratégicos:

1. Compartilhar os achados desta pesquisa com profissionais que participaram da mesma e com a comunidade acadêmica;
2. Estimular novas investigações sobre os impactos da formação em Medicina de Família e Comunidade na qualificação profissional.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Apresenta-se, a seguir, uma contextualização histórica e conceitual do tema e dos cenários de desenvolvimento deste trabalho. Optou-se, para isso, partir da construção histórica da Medicina de Família e Comunidade enquanto especialidade médica, conceituando seus princípios e localizando seu papel no sistema de saúde. Depois, discute-se o processo histórico do Direito à Saúde de pessoas que vivem com HIV no Brasil, finalizando com o contexto do cuidado em saúde de pessoas que vivem com HIV no município do Rio de Janeiro. Por fim, apresenta-se o referencial teórico que foi utilizado para o estudo do objeto de pesquisa - as competências: a Teoria das Competências, de Philippe Perrenoud.

2.1 HISTÓRIA DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica que tem origem na segunda metade do século XX, de maneira heterogênea e com nomenclaturas distintas ao redor do mundo, formada a partir das práticas médicas generalistas, que haviam perdido espaço para a hiperespecialização desde a publicação do Relatório Flexner (CAMPOS, 2005; CEITLIN, 1997; FREEMAN, 2016). Sua construção enquanto campo de conhecimento se deu sob influência da Medicina Social (VICENTE, 2018), em um esforço para oferecer uma atenção à saúde humanizada e integral (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007; CEITLIN, 1997). A especialidade teve seu crescimento acelerado a partir de 1978, com a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde da Organização Mundial da Saúde, na cidade de Alma-Ata, onde se definiu a Atenção Primária à Saúde (APS) como parte fundamental dos sistemas de saúde (CAMPOS, 2005; FALK, 2004; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978; VICENTE, 2018).

A especialidade possui diferentes nomes ao redor do mundo como, por exemplo, “Medicina de Família e Comunidade”, “Medicina Geral e Familiar”, “Medicina Familiar”, “Medicina Geral”, “Medicina Integral”, “Medicina Primária” e “Medicina de Atenção Primária” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2021). No Brasil, a especialidade se consolidou na década de 1970, marcada pelo início de três programas de residência em 1976 e pela criação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) em 1981, sendo reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina em 1986. Com a criação do Programa Saúde da Família pelo Ministério da Saúde em 1994, o crescimento da especialidade acelerou no país, a partir da

demanda crescente por profissionais qualificados para atuar na APS, ainda que aquém das necessidades de recursos humanos que o Sistema Único de Saúde (SUS) recém-constituído apresentava (FALK, 2004; SIMAS *et al.*, 2018; TRINDADE; BATISTA, 2016). Em 2002, com o fortalecimento da Medicina de Família e Comunidade, a SBMFC passa a integrar a Associação Médica Brasileira, realizando a partir de 2003 a prova de Título de Especialista como uma segunda modalidade de certificação da especialidade, além da residência médica, reconhecida como modalidade preferencial de formação (FALK, 2004).

Em 2006, o Programa Saúde da Família é tornado política pública de saúde permanente pela Política Nacional de Atenção Básica, passando a ser reconhecido como Estratégia de Saúde da Família, a qual passa a ser o modelo preferencial da Atenção Primária no país (BRASIL, 2006a; KEMPER, 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018). Em 2013, justificado pelo lento crescimento da cobertura da APS no Brasil, o governo federal lançou o Programa Mais Médicos, baseado em três eixos voltados ao fortalecimento da Atenção Primária: melhoria da infra-estrutura, provimento de médicos (estrangeiros e nacionais) e formação (KEMPER, 2018). Em seu terceiro eixo, o Mais Médicos tinha como proposta a transformação do currículo da graduação médica com diversas mudanças prestigiando a APS, a ampliação das vagas de medicina e de escolas médicas pelo país e a ampliação e universalização das vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade (KEMPER, 2018; SIMAS *et al.*, 2018; TRINDADE; BATISTA, 2016). Embora a universalização das vagas nunca tenha de fato ocorrido, houve expansão importante das vagas de residência na especialidade e do número de profissionais titulados, o que também foi motivado por estratégias de complementação de bolsa-auxílio por algumas Secretarias Municipais de Saúde (STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017).

Mesmo com essas iniciativas, em 2016 o número de vagas de residência para Medicina de Família e Comunidade era de 2.785 ao ano, com ocupação de apenas 27,4% dessas (SIMAS *et al.*, 2018), havendo 5.438 especialistas em 2017 no país (AUGUSTO *et al.*, 2018). Nesse contexto, tendo em vista o quantitativo de 45.796 equipes de Saúde da Família, definidas em 2019 para financiamento pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), e apenas considerando o provimento para a APS no SUS, faltariam pelo menos 40.000 especialistas em Medicina de Família e Comunidade no país.

2.2 PRINCÍPIOS E PAPEL DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Apesar de heterogênea ao redor do mundo, a Medicina de Família e Comunidade tem alguns pilares universais, identificados por diferentes teóricos da área. O médico de família inglês Ian McWhinney, que participou da consolidação da especialidade no Canadá, foi considerado um dos seus precursores no mundo, pelos seus trabalhos de caracterização do campo da especialidade enquanto disciplina acadêmica (LOPES; DIAS, 2018; FREEMAN, 2016; MCWHINNEY, 1966). Em seus trabalhos, dentre os quais se destaca o Manual de Medicina de Família e Comunidade, o autor justifica essa caracterização a partir do reconhecimento da especialidade em quatro critérios: um campo de ação específico, um campo de conhecimento definido, uma área de pesquisa ativa e uma formação intelectual rigorosa (FREEMAN, 2016; MCWHINNEY, 1966).

Considerando a Atenção Primária à Saúde (APS) como um dos campos de ação específicos da especialidade, entende-se que seus atributos também compõem atributos da própria Medicina de Família e Comunidade (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007). Segundo a médica sanitária estadunidense, Barbara Starfield,

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (STARFIELD, 2002, p. 28).

Para ela, a APS possuiria quatro atributos essenciais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; STARFIELD, 2002):

1. Acesso: primeiro contato da população com o sistema de saúde, sendo espaço para realização dos cuidados rotineiros e primeira avaliação de situações para outros serviços;
2. Longitudinalidade: cuidado regular e contínuo durante toda a vida do indivíduo, em todas as etapas do processo saúde-doença;
3. Integralidade: capacidade de prestar assistência de saúde a todas as necessidades da população, referenciando a outros níveis de atenção quando necessário;
4. Coordenação do Cuidado: organização das informações e fluxos de assistência à saúde do indivíduo dentro e fora da APS, realizando o acompanhamento mesmo quando compartilhado com outros níveis de atenção.

Também, Starfield define três atributos derivados, que caracterizam o espectro de atuação da APS no cuidado de indivíduos, famílias e comunidades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; STARFIELD, 2002):

1. Competência Cultural: reconhecimento das necessidades das diferentes populações, de acordo com aspectos étnico-raciais, territoriais, religiosos e outras individualidades;
2. Orientação Familiar: reconhecimento dos contextos e dinâmicas familiares e abordagem dos mesmos durante o processo de cuidado;
3. Orientação Comunitária: conhecimento das necessidades de saúde do território, reconhecimento das origens sociais dos processos de adoecimento e abordagem dos problemas a partir da comunidade.

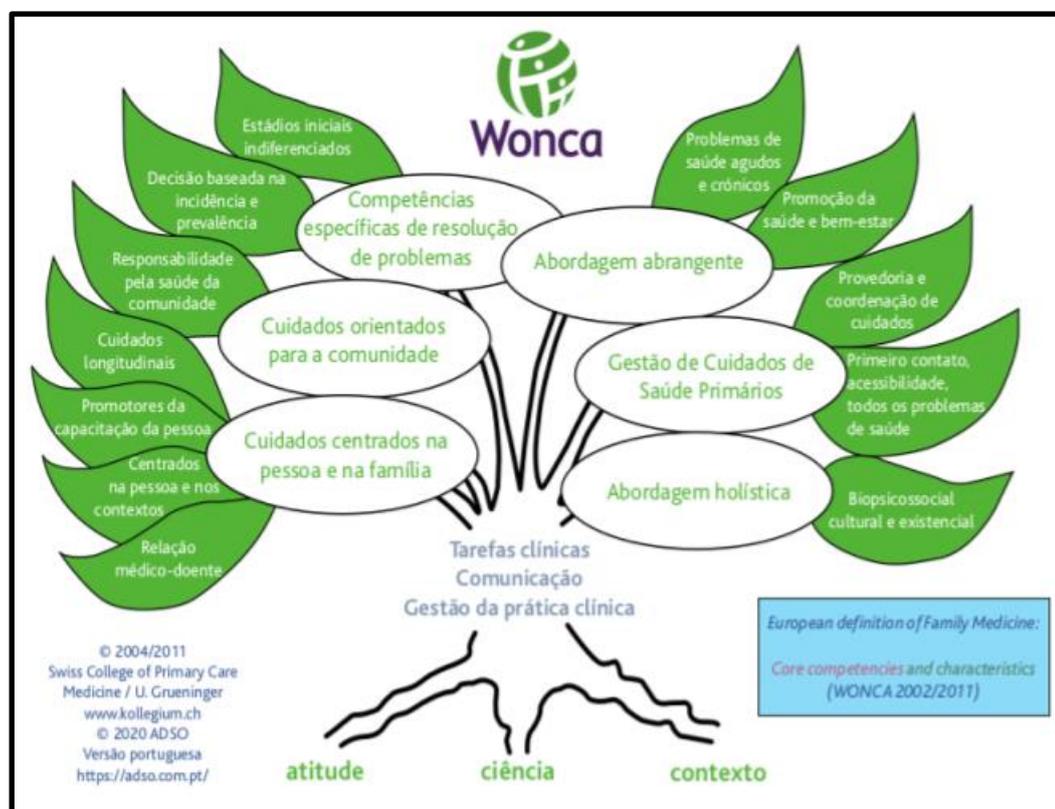
Destaca-se ainda que, enquanto especialidade médica, a Medicina de Família e Comunidade é apenas uma das profissões presentes na APS. Em se tratando da Estratégia de Saúde da Família, estão usualmente presentes as categorias da Enfermagem (nível técnico e nível superior) e de Agentes Comunitários de Saúde. Também presentes na APS, estão as equipes de saúde bucal, sanitaristas - em atividades técnicas ou gerenciais - e profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - atualmente, Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica -, de diferentes categorias e especialidades. Essa organização de trabalho multiprofissional pode se dar em diferentes níveis de interações disciplinares, que influenciam a qualidade do cuidado prestado (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2019). Por isso, é competência da Medicina de Família e Comunidade o reconhecimento da importância do trabalho multiprofissional, a cooperatividade, a troca de conhecimentos, a mediação de conflitos e promoção de bem estar da equipe e a tomada de decisão compartilhada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015).

Considerando o campo de conhecimento específico e de pesquisa da Medicina de Família e Comunidade, ao atuar na prestação de cuidados primários de saúde, a especialidade possui “um conjunto fundamental de conhecimentos que é próprio dela, o que a torna uma disciplina, e compartilha conteúdos e conhecimentos com outras especialidades” (LOPES; DIAS, 2018, p. 1). Desse conjunto fundamental, destacam-se: o método clínico centrado na pessoa (que se contrapõe à medicina centrada na doença), ferramenta de consulta clínica desenvolvida pela epidemiologista Moira Stewart e colegas (STEWART *et al.*, 2017); os instrumentos da abordagem familiar, como genograma, ecomapa, círculo familiar e conferência familiar, apropriados de áreas da psicologia e do serviço social; estratégias de

diagnóstico comunitário, apropriadas da Saúde Pública; e práticas de Educação Popular em Saúde, aprendidas a partir de áreas da pedagogia e de movimentos sociais.

Em 2005, com base na definição europeia de Medicina de Família e Comunidade da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), um grupo suíço construiu a “árvore da WONCA”, que mais tarde foi traduzida na Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (SANTOS *et al.*, 2021). Na árvore (FIGURA 2), a base da especialidade são os aspectos essenciais - contextuais, científicos e atitudinais -, que se desenvolvem através de tarefas clínicas, comunicação e gestão da prática clínica nas competências nucleares da especialidade: gestão de cuidados primários, cuidados centrados na pessoa e na família, cuidados orientados para a comunidade, resolução de problemas, abordagem abrangente e abordagem holística.

FIGURA 2 - Árvore da WONCA Europa



FONTE: Reproduzido de SANTOS *et al.*, 2021 (tradução e adaptação do original de *Collège de Médecine de Premier Recours*, 2011).

A partir dos fundamentos teóricos de McWhinney, Freeman, Starfield e da WONCA, foram organizados pelos brasileiros José Lopes e Lêda Dias (2018, p. 4) os quatro princípios da especialidade: “o médico de família e comunidade é um clínico qualificado”; “a atuação do

médico de família e comunidade é influenciada pela comunidade”; “o médico de família e comunidade é o recurso de uma população definida”; “a relação médico-pessoa é fundamental para o desempenho do médico de família e comunidade”.

Para além desses fundamentos teóricos da Medicina de Família e Comunidade, entre 2014 e 2015 a SBMFC organizou uma série de atividades para discutir as competências na formação da especialidade no país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015). A partir de uma oficina realizada em 2014 com especialistas brasileiros e apoio de um grupo de consultores canadenses, formulou-se uma proposta, que foi submetida a consulta pública e revisão final, dando origem ao documento Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade, publicado em 2015. Esse documento apresenta as competências relacionadas ao estudo e à prática da especialidade, divididas entre “Pré-Requisitos”, “Essenciais”, “Desejáveis” e “Avançadas”, categorizadas também a partir das áreas de competência. Posteriormente, este documento foi absorvido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que o incorporou à regulamentação da Medicina de Família e Comunidade no país (BRASIL, 2020a).

2.3 ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV NA APS

Historicamente, diversos termos foram utilizados para designar as pessoas que vivem com o HIV, muitos tendo ou desenvolvendo caráter pejorativo (BRASIL, 2017a; OLIVEIRA, 2018). Enquanto na literatura e nos movimentos sociais não há consenso entre a escolha de “Pessoas que Vivem com HIV/AIDS”, “Pessoas que Vivem com HIV” e “Soropositivas” (este, ressignificado pelos movimentos sociais de pessoas que vivem com HIV), há consenso pela não utilização de termos como “Aidéticas”, “Portadoras de HIV/AIDS”, e “Vítimas da HIV/AIDS”. Seguindo a recomendação do Guia de Terminologia do UNAIDS (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2017), opta-se neste trabalho pela denominação “Pessoas que Vivem com HIV”, sem a utilização da sigla, que poderia contribuir para um processo de impessoalização.

Ao longo da Reforma Sanitária brasileira da década de 1980, a participação popular foi peça-chave nas conquistas relacionadas ao Direito à Saúde e no processo de construção do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, os movimentos de pessoas que vivem com HIV tiveram papéis importantes na disputa social por um modelo de saúde que garantisse seu Direito à Saúde, ao passo que crescia a magnitude da pandemia do HIV. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 0,8% da população mundial de 15 a 49 anos vivem

com HIV, com um histórico global de mortalidade relacionada ao HIV ou à AIDS de cerca de 32 milhões de pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019). No Brasil, a taxa de detecção na população geral é de 17,8 a cada 100 mil habitantes por ano (BRASIL, 2017b), estimando-se que 920 mil pessoas vivam com o vírus no país (BRASIL, 2020b).

Frente aos impactos do HIV, medidas políticas e gerenciais foram tomadas para combater a transmissão da infecção e controlar a morbimortalidade associada. A garantia dos exames diagnósticos e de acompanhamento clínico, as técnicas de aconselhamento pré e pós-teste, a disponibilidade da terapia antirretroviral, a dispensação gratuita de preservativos, a realização de profilaxias pré e pós exposição e a notificação compulsória de novos casos são exemplos de medidas importantes tomadas para o controle e vigilância epidemiológica do HIV no território nacional (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

A partir do final dos anos 1990 e início dos anos 2000, o SUS passa por transformações, com a reconfiguração do sistema a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). A partir dos anos 2000, começa no âmbito nacional a descentralização do acompanhamento de pessoas que vivem com HIV (GRANGEIRO *et al*, 2010), aumentando as atribuições dos serviços estaduais e municipais. Importante marco para esse processo de descentralização foi a política que, em 2002, instituiu “incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST” (BRASIL, 2002a), gerando uma série de estratégias e ações locais.

Tomando como modelo preferencial a Estratégia de Saúde da Família, a APS passa então a exercer os papéis de porta de entrada do sistema e de coordenação do cuidado, inclusive para as pessoas que vivem com HIV, se fortalecendo como ferramenta para a garantia dos princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade (FIGUEIREDO, 2011; SANTOS; DEVEZA, 2012). Documento norteador para essa assistência, o Caderno de Atenção Básica nº 18 (BRASIL, 2006b) descreve o papel da APS no acompanhamento de pessoas que vivem com HIV àquela época. Dentre suas atribuições, a APS deveria realizar atividades de promoção de saúde, estimular a prevenção, ofertar testes diagnósticos com aconselhamento, diagnosticar e encaminhar aos Serviços de Atendimento Especializado para acompanhamento por infectologistas.

Pessoas com sintomas sugestivos de infecção pelo HIV chegarão as UBS para esclarecimento de seu quadro clínico. Portanto, as UBS devem se estruturar para responder a essa demanda, proporcionando oportunidade de diagnóstico ao primeiro contato, e encaminhamento aos serviços especializados disponíveis no SUS. (BRASIL, 2006b, p. 11)

Esse processo de descentralização tem novo marco quando, em 2014, o Ministério da Saúde publica documento instrucional para o processo de descentralização do manejo da infecção pelo HIV para a atenção primária (BRASIL, 2014a). Neste documento, são orientados os cinco passos que a gestão de saúde municipal deveria seguir para viabilizar esse manejo ao nível da atenção primária: estabelecer um modelo de estratificação de risco; qualificar os profissionais; garantir suporte técnico aos profissionais; disponibilizar exames de contagem de linfócitos T CD4 e carga viral; e viabilizar o acesso aos antirretrovirais.

Essa descentralização não ocorreu, contudo, de maneira uniforme em todo o país, havendo ainda hoje muitos municípios onde a atenção primária não é a responsável pelo manejo da infecção pelo HIV, mesmo nos casos mais leves. Nalguns outros municípios, principalmente os de maiores dimensões demográficas e com uma maior cobertura de Estratégia de Saúde da Família, essa descentralização vem ocorrendo nos últimos 10 anos, como, por exemplo, no Rio de Janeiro e em Florianópolis (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

De toda maneira, a incorporação do diagnóstico, tratamento e monitoramento da infecção pelo HIV, assim como o restante da atenção integral à saúde da pessoa que vive com HIV, apresentam alguns desafios na atenção primária. Nesses desafios incluem-se aspectos como a sobrecarga de trabalho, os tensionamentos entre os diferentes níveis de atenção, as barreiras de acesso pela estigmatização e os desafios para a confidencialidade dentro do território de adscrição (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018; ZAMBENEDETTI; SILVA, 2015), assim como a qualificação profissional para essas atribuições.

Em relação à qualificação profissional, cada categoria da APS tem uma atribuição própria para a garantia dessa atenção integral (BRASIL, 2017a, 2018). Contudo, ainda que existam especializações - residências uni e multiprofissionais e outros modelos de pós-graduação -, voltadas para o trabalho na atenção primária e Saúde da Família, parte importante da força de trabalho ainda não tem essa qualificação e, mesmo dentre as que têm, o aprendizado sobre a assistência à saúde de pessoas que vivem com HIV ainda tem importantes lacunas (SANTOS; DEVEZA, 2012).

Na categoria médica, a Medicina de Família e Comunidade se construiu nas últimas décadas como a especialidade que está prioritariamente envolvida com o ensino, a pesquisa e a assistência na APS. Contudo, ainda que no Currículo Baseado em Competências estejam listados genericamente o diagnóstico, manejo e referenciamento de pessoas que vivem com HIV na atenção primária (BRASIL, 2014a, 2020a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015), não se detalham outros aspectos

importantes como preservação do sigilo, abordagem da sexualidade e combate à sorofobia. Durante o Seminário de Sexualidade e Diversidade da SBMFC de 2018, tal sorofobia foi descrita como “a invisibilidade e aversão que as pessoas vivendo com HIV sofrem nos serviços de saúde e na sociedade, e o quanto os profissionais de saúde precisam considerar o sofrimento gerado por essa situação no cuidado longitudinal” (VIEIRA et al, 2019).

Além disso, a heterogeneidade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e de suas abordagens expande o olhar sobre as competências da especialidade neste tema, permitindo crítica sobre a própria formação. Abaixo, apresentam-se as Competências da Medicina de Família e Comunidade em relação ao Acompanhamento de Pessoas que vivem com HIV retiradas do capítulo de Abordagem a Problemas Infecciosos do Currículo Baseado em Competências da SBMFC (QUADRO 1).

QUADRO 1 - Competências da Medicina de Família e Comunidade em relação ao Acompanhamento de Pessoas que vivem com HIV

2.1.4 ABORDAGEM A PROBLEMAS INFECCIOSOS
PRÉ-REQUISITOS
Conhece os sinais e sintomas das doenças infecciosas mais frequentes e relevantes.
ESSENCIAL
Maneja as doenças infecciosas mais frequentes e relevantes.
Conhece a prevalência local de doenças infecciosas
Sabe diagnosticar e incluir corretamente no diagnóstico diferencial qualquer doença infecciosa prevalente no território nacional e está atualizado sobre eventuais epidemias.
Conhece profilaxia para principais doenças infecciosas mais frequentes e relevantes.
Conhece os fluxos da vigilância epidemiológica de doenças infecciosas.
Identifica e maneja problemas de adesão ao tratamento de doenças infecciosas como HIV/SIDA e tuberculose, incluindo DOTS (Dose Supervisionada).
Sabe diagnosticar e referenciar no momento adequado pacientes com HIV.

DESEJÁVEL
Maneja HIV/AIDS em pacientes sob o seu cuidado.
AVANÇADO
Maneja pacientes com AIDS incluindo falhas terapêuticas.

FONTE: Adaptado do Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015).

2.4 CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV NO RIO DE JANEIRO

Já na década de 1990, a cidade do Rio de Janeiro foi sede de um dos primeiros processos de descentralização do cuidado das pessoas que vivem com HIV. Ainda que se mantivesse centralizado em especialistas em infectologia, essa assistência deixava de ser prestada exclusivamente a nível hospitalar e foi compartilhada com unidades da atenção primária e secundária, com infectologistas e alguns não especialistas, de forma a expandir o acesso a esses cuidados (ALVES, 2017).

Na segunda metade da década de 2000, a Estratégia de Saúde da Família passa a ser fortalecida como modelo prioritário, no município sobretudo a partir de 2009 (CAMPOS, 2016). De um modelo de assistência à saúde baseado majoritariamente em programas de saúde para doenças e ciclos de vida estratégicos, o município começaria então sua reestruturação a partir do aumento massivo da cobertura da Estratégia de Saúde da Família. De 7% em 2009 para 65% da população em 2017, essa cobertura aumentou principalmente com o modelo de unidade conhecido como Clínicas da Família (CAMPOS, 2016; FERNANDES; ORTEGA, 2020).

Com o processo de descentralização do cuidado às pessoas que vivem com HIV sendo estimulado a nível nacional e frente a um cenário epidemiológico de altas taxa de detecção, taxa de mortalidade, taxa de coinfeção HIV-tuberculose e sobrecarga dos Serviços de Atendimento Especializado, o município inicia em 2013 um próximo passo em seu próprio processo de descentralização. Esse processo se deu de maneira gradual, inicialmente pela expansão da oferta de testes rápidos para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, em 2013. No mesmo ano, se iniciou o processo de capacitação de profissionais da atenção primária para realização do tratamento e monitoramento da infecção pelo HIV (ALVES, 2017).

Em 2016, o município edita então seu primeiro Guia de Referência Rápida - Infecção por HIV e AIDS, que orientava o início de tratamento pela APS de pacientes assintomáticos e sem evidência laboratorial de imunodeficiência (RIO DE JANEIRO, 2016). O guia, baseado nos protocolos clínicos nacionais, abordava temas como: o cuidado centrado na pessoa; promoção e prevenção - aconselhamento, preservativos e profilaxia pós-exposição; discussão sobre confidencialidade dentro da equipe; rastreamento e diagnóstico, incluindo aconselhamento pré e pós-teste; notificação; avaliação inicial, monitoramento clínico e prevenção de doenças oportunistas; início da terapia antirretroviral, com o esquema básico composto por tenofovir, lamivudina e efavirenz, e interações medicamentosas; critérios de encaminhamento para serviços de infectologia; e capítulo de Abordagem Integral da Pessoa com HIV, incluindo orientações sobre contracepção, gestação, risco cardiovascular, rastreios oncológicos, saúde mental, educação em saúde e aspectos legais e previdenciários.

Já em 2019, a Secretaria Municipal de Saúde edita a segunda versão do guia (RIO DE JANEIRO, 2019), atualizando alguns tópicos: a concepção da prevenção combinada - incluindo a profilaxia pré-exposição ao HIV; a possibilidade de tratamento em unidade diferente da referência territorial; a recomendação de terapia antirretroviral inicial com tenofovir, lamivudina e dolutegravir, com suas exceções; orientações sobre “indetectável igual a intransmissível”; e avaliação de risco psicossocial. Exceto por algumas atualizações que ocorreram nos últimos anos, este é o atual protocolo clínico do município, em 2022 - uma terceira edição do guia rápido está em fase final de construção, mas ainda sem data para publicação.

Ainda em 2017, o médico de família e comunidade Bernardo Alves, concluiu que “o modelo descentralizado de atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Rio de Janeiro encontra-se parcialmente implantado” (ALVES, 2017, p. 112). Dessa forma, seu estudo avaliativo termina com um conjunto de recomendações para a gestão municipal, incluindo: expandir a cobertura da atenção primária; fortalecimento da educação permanente e da educação continuada; reorganizar os bancos de dados de notificação sobre HIV e AIDS; instituir monitoramento do processo de descentralização do cuidado; estimular a capacitação sobre testagem oportuna e autorizar a realização do procedimento por profissionais de enfermagem de nível técnico; fortalecer a relação institucional entre a atenção primária e serviços de infectologia, aumentando a presença de infectologistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e ampliar o contato entre a atenção primária e representações de pessoas vivendo com HIV.

Atualmente, todas as unidades de atenção primária do município do Rio de Janeiro oferecem a orientação sobre os métodos de prevenção combinada, a realização de testes rápidos para o diagnóstico do HIV e o acompanhamento descentralizado das pessoas que vivem com HIV, sem critérios de gravidade da infecção. Ainda há na cidade uma heterogeneidade com relação à dispensação dos medicamentos antirretrovirais, mas com um aumento gradual das unidades dispensadoras nos últimos dois anos.

2.5 TEORIA DAS COMPETÊNCIAS

O estudo parte do conceito de Competência, que tem origem diversa na literatura (LOIOLA, 2013). Tem como principal referencial teórico a Teoria das Competências de Philippe Perrenoud (1999), sociólogo suíço que definiu uma competência como “a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações, etc.) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações” (PERRENOUD, 2000).

Segundo Perrenoud (1999), para uma competência ser assim chamada, ela deve ser capaz de realizar a “mobilização de recursos” - seja de maneira instantânea, deliberada ou consultada. Para o autor, as competências devem ser capazes de se tornar ferramentas para a realização de uma tarefa e, assim, se tornarem mais operatórias. Ele define também as competências enquanto uma coordenação complexa de um conjunto de esquemas de

percepção, pensamento, avaliação e ação, que suportam inferências, antecipações, transposições analógicas, generalizações, apreciação de probabilidades, estabelecimento de um diagnóstico a partir de um conjunto de índices, busca das informações pertinentes, formação de uma decisão, etc. (PERRENOUD, 1999, p. 24)

Em outra obra, o autor retoma e sintetiza o conceito de competência, descrevendo a mobilização de recursos cognitivos que incluiriam “saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio” (PERRENOUD, 2002, p. 19).

Essa teoria, que tem adesão de outras autoras e autores, inspirou o modelo de Educação Baseada em Competências, que vem sendo absorvido pela Educação Médica brasileira nos últimos anos (BRASIL, 2014b; LOIOLA, 2013; PELLIN, 2020). Nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014, a Competência é, então, definida como

a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis; é também a capacidade de ter iniciativas e ações que traduzam desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentem à prática profissional em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014b, p. 4)

Apesar de comumente atribuída ao autor, essa divisão entre Conhecimentos, Habilidades e Atitudes, não aparece assim classificada na obra de Perrenoud, ainda que dialogue com conceitos trazidos por ele. Ao revisar a literatura, ela é encontrada nessa terminologia, pela primeira vez, na obra de um psicólogo americano voltado para o treinamento de pessoas, Scott Parry (1996). Além disso, sua origem poderia derivar ainda da Taxonomia de Bloom, da década de 1960, e de outras vertentes da psicologia americana, como as de McClelland e de Boyatzis (CLEMENTE, 2021; FERRAN, 2010; WINTERTON; DELAMARE-LE DEIST; STRINGFELLOW, 2006; ZABALA; ARNAU, 2014). Dado que esse é o modelo de categorização utilizado pela Educação Médica brasileira nos últimos anos, optou-se por seguir com essa divisão conceitual na análise dos dados da pesquisa.

A partir daí, se torna fundamental diferenciar esses três tipos de competências. Conhecimentos são o conteúdo teórico, como os aspectos clínicos da infecção pelo HIV e a farmacologia dos medicamentos antirretrovirais. Habilidades são o conteúdo prático, como a comunicação clínica e a técnica de realização de testes rápidos para HIV. Atitudes são o conjunto de comportamentos, sensibilidades e relações estabelecidas, como a preservação do sigilo e a postura respeitosa durante a entrevista clínica.

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, caracterizada pela intenção de se compreender, explicar e interpretar os acontecimentos, os grupos e as relações (ALVES; AQUINO, 2012; SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009). A escolha do método qualitativo teve como objetivo obter maior contato com aspectos subjetivos da formação em Medicina de Família e Comunidade (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009; MINAYO, 2001).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p. 21).

Identifica-se como uma pesquisa do tipo descritiva, por se propor a descrever fatos e fenômenos de uma determinada realidade (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009). Essa definição se dá ainda que o trabalho busque também explorar novas perspectivas sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade e a explicar as relações entre o currículo formal e a interpretação das egressas e egressos.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. [...] Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, e pretendem determinar a natureza dessa relação. Nesse caso, tem-se uma pesquisa descritiva que se aproxima da explicativa. Há, porém, pesquisas que, embora definidas como descritivas com base em seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias (GIL, 2002, p. 42).

Para a coleta de dados, propôs-se a utilização da técnica de pesquisa de campo através de grupos focais (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009), que será explicada mais à frente.

Ademais, ao longo do desenvolvimento da pesquisa, a análise das regulamentações, normas e protocolos se fez necessária para a obtenção dos resultados apresentados. Dessa forma, considera-se que, ainda que o grupo focal tenha sido a técnica básica para a obtenção de dados, houve complementaridade pela técnica da Pesquisa Documental, a partir da análise “de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (GIL, 2002, p. 45).

3.1 LOCAL E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi realizado no âmbito da especialidade da Medicina de Família e Comunidade. Compreendendo que o trabalho na Atenção Primária à Saúde é multiprofissional e interdisciplinar, é reconhecido que o acompanhamento de pessoas que vivem com HIV se dá a partir de diferentes olhares, saberes, práticas e responsabilidades (BRASIL, 2017a, 2018). Ainda assim, optou-se neste trabalho por um recorte exclusivo da formação da especialidade médica, devido às limitações temporais e organizacionais para a execução do estudo com outras categorias e à própria experiência do pesquisador na especialidade.

Optou-se pelo recorte do Município do Rio de Janeiro como campo de investigação, restringindo-se geograficamente a profissionais que concluíram sua formação em Medicina de Família e Comunidade através de Residência Médica neste município. Dessa forma, identificam-se os quatro Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) que desenvolvem suas atividades na cidade: da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que mantêm programa conjunto; da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A escolha pelo recorte municipal ocorreu visando a abrangência de um município que já tenha passado pelo processo de descentralização do cuidado integral da pessoa que vive com HIV e visando a viabilidade do estudo, ainda que se reconheça poder haver limitações em sua extrapolação a partir desse recorte.

O público-alvo foi restrito às egressas e egressos dos dez anos anteriores a 2022, por ser período em que os PRMFC do município já tinham consolidado como cenário de prática principal as unidades da Atenção Primária à Saúde. A escolha por restringir o estudo às egressas e egressos foi feita pelo entendimento de que residentes, apesar de estarem mais próximos dos PRMFC, ainda estariam em estágio incompleto dessa formação de dois anos, não tendo tido a oportunidade de vivenciar todas as experiências que poderiam potencializar seu aprendizado com relação ao acompanhamento de pessoas que vivem com HIV.

Foi realizado o convite aberto para participação no grupo focal às egressas e egressos dos PRMFC através de redes sociais e de grupos em aplicativos de mensagens instantânea, através da “amostragem em bola de neve”, com o objetivo de formar um grupo de no máximo doze participantes.

O tipo de amostragem nomeado como bola de neve é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. [...] A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. [...] Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador. (VINUTO, 2014, p. 203)

Dessa forma, chegou-se a uma rede de 35 contatos, dos quais sete referiram não estar dentro do critério de formação definido. Convidou-se, portanto, e solicitou-se por aplicativo de mensagem instantânea a informação de disponibilidade de data e horário das 28 pessoas que estariam, então, incluídas nesses critérios da pesquisa. Definindo-se a data de 17 de agosto de 2022, às 20:00, obteve-se a confirmação de doze dessas pessoas, a quem foi transmitido o endereço eletrônico para acesso à plataforma virtual Zoom. No dia do grupo focal, aguardou-se até o horário de 20:30, quando se iniciou a sessão, com quatro participantes presentes, além da moderação.

A participação no grupo focal foi exclusivamente voluntária e não restrita a qualquer ocupação que as egressas e egressos desempenhavam naquele momento. A inclusão na pesquisa foi condicionada à concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que foi lido ao início do grupo.

3.2 TÉCNICA DO GRUPO FOCAL

O desenho deste estudo se baseou na realização de um grupo focal para aprofundar a caracterização das competências percebidas pelas egressas e egressos, a partir da comunicação entre o grupo (KITZINGER, 2009). Na área de educação em saúde os grupos focais permitem examinar a compreensão que os indivíduos têm sobre determinados objetos, assim como a atitude em relação aos processos envolvidos (CARDOSO; OLIVEIRA; WERLANG, 2014). Essa técnica foi escolhida por permitir que quem participa do grupo consiga discutir o tema proposto mais abertamente, com maior facilidade para a expressão de críticas (KITZINGER, 2009). Parte-se aqui da definição de três pesquisadoras que estudaram grupo focal, que o descreveram como

uma técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais. Esta técnica prevê a obtenção de dados a partir de discussões cuidadosamente planejadas onde os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e

representações sociais sobre uma questão específica num ambiente permissivo e não-constrangedor. (WESTPHAL; BOGUS; FARIA, 1996, p. 473)

Westphal, Bogus e Faria (1996) explicam sobre a metodologia, que consiste em grupos formados por até 15 pessoas com um aspecto similar que seja importante ao estudo - neste caso, a formação em Medicina de Família e Comunidade. Nos grupos focais, quem conduz o estudo assume papel de moderação, propondo questões a partir de um roteiro pré-estabelecido, para estimular a discussão entre todas e todos que estão participando sobre o tópico a ser estudado. Cabe também à moderação “encorajar os participantes a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre a questão em estudo” (p. 473) e manter o foco da discussão. Enquanto isso, outra pessoa que integre o estudo assume o papel de observação, para “captar as informações não-verbais expressas pelos participantes e, ao final, ajudar o moderador a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas na sua forma de coordenar a sessão” (p. 473). Toda a discussão é gravada e, depois, transcrita para possibilitar análise posterior por quem conduz o estudo.

Tendo estudado o uso da técnica em relação a programas de educação em saúde, as autoras defendem que os grupos focais são úteis para captar percepções, atitudes, opiniões e representações através das opiniões que emergem durante o grupo e da dinâmica da interação entre participantes. Apresentam, contudo, algumas limitações da técnica: menor controle de quem conduz o estudo sobre a entrevista, que pode ser agravado pela inexperiência com os papéis de moderação e observação; grande variância entre diferentes grupos; desafio de se encontrar espaços físicos que não constriam quem participa durante a sessão; complexidade da análise dos dados; e o uso de amostra intencional (WESTPHAL; BOGUS; FARIA, 1996).

Em decorrência da pandemia do novo coronavírus, Covid-19 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020), o grupo foi realizado por meio da plataforma virtual Zoom. O grupo seguiu roteiro próprio (APÊNDICE B), organizado em três etapas: apresentação, incluindo apresentação da equipe de pesquisa, leitura e aceite do TCLE, apresentação de participantes e contextualização sobre competências, conhecimentos, habilidades e atitudes; perguntas disparadoras, incluindo perguntas abertas sobre o acompanhamento de pessoas que vivem com HIV e as competências relacionadas ao tema na formação e na prática clínica; e encerramento, incluindo avaliação do grupo, informações sobre a devolutiva e agradecimento final.

O grupo foi coordenado pelo pesquisador, na função de facilitação, e pela coorientadora, na função de observação ativa da dinâmica verbal e não verbal. A sessão foi gravada, por meio da própria plataforma virtual, para análise pelos pesquisadores, estando

vedada a divulgação integral ou parcial desses registros. Os participantes do grupo consentiram com o TCLE específico para o mesmo (APÊNDICE A), que foi lido durante o início da sessão, tendo uma cópia assinada pelo pesquisador enviada por correio eletrônico para cada participante.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados produzidos a partir do grupo focal se deu a partir de três etapas. Na primeira, foram identificadas, a partir da discussão e do referencial teórico de Perrenoud (1999; 2000; 2002), competências da Medicina de Família e Comunidade para o acompanhamento de pessoas que vivem com HIV. Para isso, partiu-se da definição de competência enquanto “a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações, etc.) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações” (PERRENOUD, 2000)

Na segunda etapa da análise, essas competências foram classificadas entre conhecimentos, habilidades e atitudes, seguindo os parâmetros da Educação Médica (BRASIL, 2014b). Como referência, definiu-se para este estudo os conhecimentos como competências que mobilizam recursos majoritariamente teóricos - o “saber” -, as habilidades como as que mobilizam os recursos majoritariamente práticos - o “fazer” - e as atitudes como os recursos comportamentais, sensíveis e relacionais - o “reagir”, o “sentir” e o “interagir”.

Por fim, esses dados foram organizados em uma matriz, para facilitar a visualização e análise, permitindo também uma análise comparativa com o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2015) e os protocolos clínicos vigentes (BRASIL, 2017a; 2018; RIO DE JANEIRO, 2019). Este estudo propôs, ainda, uma forma alternativa de categorização dessas competências, a partir de campos semânticos e práticos - ou seja, pelo agrupamento de competências pelo sentido expresso pelas mesmas e pelas suas aplicabilidades na prática do cuidado em saúde.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) em 7 de fevereiro de 2022, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 56581822.9.0000.5240. O projeto foi aprovado

pelo parecer de número 5.570.683 do CEP-ENSP em 9 de agosto de 2022, seguindo suas normas e resoluções de ética.

Foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para as egressas e egressos que participaram do grupo focal (APÊNDICE A). A aplicação dos TCLE, além de obrigatória pela regulamentação ética da pesquisa, visa que envolvidas e envolvidos tenham conhecimento dos objetivos da pesquisa, das garantias de sigilo e dos meios de comunicação para devolutiva.

Toda pesquisa tem riscos potenciais a depender de seus objetivos e da metodologia selecionada. Neste caso específico, a reflexão promovida pelo grupo focal poderia trazer alguma emoção negativa ou algum comprometimento em termos de afeto na relação com outras ou outros participantes, porém as pessoas envolvidas teriam a opção de desistir de participar ou de se negar a responder a alguma questão sensível, se assim o desejassem. Destaca-se também os riscos envolvendo consumo de tempo pessoal, consumo de dados de internet e comprometimento ergonômico durante a participação. Ainda que haja o compromisso por parte da pesquisa quanto à anonimização dos participantes e divulgação agregada das informações, por terem outras pessoas no grupo, não há como garantir a não identificação e a confidencialidade dos demais participantes, portanto, há risco potencial sobre o sigilo da participação.

Com relação aos benefícios da pesquisa, a participação contribuiu para o levantamento de dados sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade em relação à Atenção Integral à Saúde de Pessoas que Vivem com HIV, podendo favorecer futuras intervenções que visam qualificar a formação desta especialidade e de sua atuação na Atenção Primária à Saúde.

Como compromisso ético, o pesquisador assumiu a responsabilidade de realizar devolutiva deste trabalho às médicas e aos médicos participantes do grupo focal e à comunidade técnico-acadêmica, encaminhando seus resultados a entidades interessadas, como as instituições de formação de Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro, à Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), por meio de seu Grupo de Trabalho de Ensino.

3.5 PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO

A pesquisa não teve financiamento externo e o pesquisador não contou com auxílio financeiro para a realização da mesma. Dessa forma, gastos eventuais foram minimizados e os gastos previstos com materiais de escritório, conexão com *internet* e aparelhos eletrônicos foram custeados por cada integrante do estudo.

O uso da plataforma virtual Zoom não representou custo adicional, pois é serviço contratado para uso pessoal da coorientadora e disponibilizado gratuitamente pela mesma.

4 RESULTADOS

No total, 28 médicas e médicos de família e comunidade egressos dos quatro programas de residência do município do Rio de Janeiro nos últimos dez anos foram contactados para formação do grupo focal. De acordo com a disponibilidade para a data e hora agendadas, foi formado um grupo final com doze pessoas, já se considerando eventuais ausências. O grupo focal foi iniciado às 20:30 de 17 de agosto de 2022, via plataforma virtual Zoom, com a presença de quatro participantes (identificados como A, B, C e D), um facilitador e uma co-facilitadora. A sessão do grupo foi gravada, com duração de uma hora e 28 minutos. Os demais convidados registraram que, por imprevistos pessoais, não puderam comparecer.

A sessão do grupo focal começou pela obtenção de um consentimento inicial de cada participante sobre a gravação, seguida da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), que teve concordância unânime pelo grupo. Em seguida, cada participante se apresentou, informando sua formação e atual campo de atuação.

Sobre a formação, duas pessoas se especializaram no programa de residência da UFRJ, uma no programa da ENSP e uma no programa da UERJ. Cada pessoa se especializou em um ano diferente, entre 2014 e 2018. Quanto a outras pós-graduações, duas pessoas estavam com mestrado em andamento, duas com mestrado completo e uma com doutorado em andamento. Com relação ao campo de atuação, à época do grupo focal três pessoas atuavam na preceptoria de programas de residência, três pessoas atuavam dentro de unidades da Atenção Primária do município do Rio de Janeiro, uma pessoa atuava na docência, uma pessoa atuava na supervisão do Programa Mais Médicos e uma pessoa atuava na supervisão regional de um programa de residência.

Dada a formação e atuação de cada participante, a explanação sobre competências, conhecimentos, habilidades e atitudes foi feita de maneira sintética, por já existir entendimento prévio do grupo, não sendo apresentadas dúvidas à moderação sobre esses conceitos por nenhuma das pessoas.

A seguir, apresenta-se como resultado do grupo focal as discussões, reflexões, convergências e divergências apresentadas por cada participante e pela dinâmica dentro do grupo. Optou-se aqui por se seguir um relato com maior fidelidade narrativa, preservando a ordem dos temas abordados e propositalmente se mantendo eventuais repetições, que demarcaram uma maior relevância que o grupo deu a determinados assuntos.

4.1 O QUE ENVOLVE O CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV?

Após a apresentação, o facilitador fez a primeira pergunta: *"Para vocês, o que envolve o acompanhamento de pessoas que vivem com HIV?"*.

A partir dessa pergunta, a discussão foi iniciada com uma reflexão sobre a formação de vínculo entre profissional e paciente, como aspecto fundamental desse acompanhamento, que se inicia no aconselhamento pré-teste ou mesmo antes dele. Houve convergência entre participantes sobre o papel fundamental do vínculo, que foi associado à habilidade da escuta, à garantia da continuidade do cuidado e à garantia de sigilo.

Eu acho que a posição mais importante no pré aconselhamento é como você vincula com aquela pessoa e eu acho que isso faz muita diferença no que vem pela frente, seja num teste positivo, também num teste negativo [...] Nossa posição é muito de escuta, de vinculação, de mostrar que a pessoa vai ter seu cuidado garantido, que vai ter o sigilo que ela necessitar, que a gente vai estar junto com ela nas etapas [...], que a gente vai respeitar o tempo dela também" (PARTICIPANTE A)

O sigilo foi considerado importante pelo grupo devido à alta estigmatização que o HIV e a pessoa que vive com o HIV ainda tem na sociedade. Durante toda a sessão, o grupo convergia numa oposição à visão estigmatizada da pessoa que vive com HIV, fazendo uso do conceito de comportamento de risco, em contraponto com grupo de risco e diferenciando viver com HIV de estar doente: "viver com HIV não é uma doença, é uma condição de saúde" (PARTICIPANTE B).

Foi falado sobre haver avanços sobre essa condição estigmatizada, mas esses avanços foram depois contextualizados dentro de um recorte sociorracial privilegiado.

Eu fiquei pensando que a gente tá falando de um lugar também universal, né? [...] Eu fico pensando também no recorte racial, de gênero, de orientação sexual, sócio-espacial. Você ter HIV na favela é uma questão, né? Você ter HIV e ser parceiro ou parceira de alguém do tráfico é outra. Então você tem recortes, dentro de recortes, dentro de recortes. [...] E a gente tende a, habitualmente quando vai obter conhecimentos sobre a questão, o conhecimento vem de um lugar universal também, [...] e que geralmente é um lugar universal branco, cis-heteronormativo, monogâmico compulsório. (PARTICIPANTE C)

Ao contrário do que a gente deveria estar vivendo, que é a evolução para isso ser uma doença crônica, as pessoas conviverem com isso e diminuir o estigma, não é isso que está acontecendo. Ainda existe muito estigma. E eu vejo principalmente um estigma muito grande nas populações mais pobres. Na favela é um peso muito maior carregar essa soropositividade, me parece, inclusive entre pacientes bem jovens. E o quanto isso ainda é sede de muitos conflitos familiares relacionais, receber um diagnóstico de HIV. (PARTICIPANTE D)

A garantia do sigilo foi considerada parte fundamental do acompanhamento. Entretanto, foi problematizada a capacidade de garantir o sigilo pelos profissionais da atenção primária à saúde, a partir do contexto do município do Rio de Janeiro. Todo o grupo concordou e se manifestou, então, sobre as dificuldades de garantir esse sigilo, exemplificando causas como: a baixa segurança de dados em planilhas não protegidas de vigilância de saúde; as informações expostas nos documentos de referência a especialistas; os dias diferenciados para coleta de exames laboratoriais de carga viral e contagem de linfócitos T CD4+; e, principalmente, a figura de agentes comunitários de saúde, enquanto profissionais que moram no território de adscrição das unidades.

O que eu tenho muita dificuldade de garantir é o sigilo [...] E dentro da clínica eu fico preocupado porque as pessoas não conseguem de fato entender a importância do sigilo como um cuidado em saúde também. [...] Eu não me sinto seguro nessa parte de sigilo e eu acho importante dividir com a pessoa que eu não consigo garantir esse sigilo para ela. (PARTICIPANTE C)

Por outro lado, foi comentado sobre a possibilidade da pessoa que vive com HIV no município do Rio de Janeiro escolher formalmente uma unidade de atenção primária em que deseja fazer seu acompanhamento diferente da sua de adscrição territorial, com fim de preservação do sigilo. Foi abordada a heterogeneidade das experiências, em que há pacientes que ainda não conseguem acesso nas unidades de escolha. Apesar de reconhecer o papel dessa normativa num reforço do direito ao sigilo sobre a condição sorológica, o grupo debateu algumas desvantagens dessa alternativa.

Os principais aspectos negativos abordados pelo grupo foram: o desafio que se impõe à coordenação do cuidado do usuário de fora do território de adscrição quando se dificulta, por exemplo, realizar busca ativa; a fragmentação do cuidado da pessoa que busca sua unidade de referência para outras demandas de cuidados primários, mas não pode ter sua condição sorológica abordada naquele atendimento; e os prejuízos à integralidade do cuidado ao dificultar o uso das ferramentas de abordagem familiar e comunitária em benefício daquela pessoa.

Em relação ao tratamento medicamentoso e monitoramento da infecção crônica pelo HIV, foi falado sobre o conhecimento clínico e os fluxos assistenciais presentes nos protocolos nacionais e municipais como conteúdo mínimo, que deve ser garantido por qualquer profissional da atenção primária. Também foi citada por dois participantes a avaliação do estágio motivacional em relação ao tratamento como relevante para o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV.

Em relação à garantia de acesso aos cuidados em saúde, foi abordada majoritariamente a oferta de testagem diagnóstica para HIV, que está disponível em toda unidade de atenção primária no município do Rio de Janeiro. Foi comentado sobre a oferta da testagem de forma estigmatizada e estigmatizante, sendo geralmente direcionada para pessoas que não são cisgênero, heterossexuais e monogâmicas. Também, foi discutida a importância do aconselhamento pré e pós teste, mas foi apresentada como possível barreira de acesso a necessidade desse aconselhamento - e, anteriormente, da testagem - ser feito por profissional de nível superior, principalmente em face da sobrecarga assistencial e outras consequências do subfinanciamento sobre profissionais e unidades.

Essa discussão entre atribuição e sobrecarga abordou também a possível descentralização do tratamento da hepatite viral tipo C, que vem sendo discutida no município, num paralelo com a descentralização do tratamento do HIV.

A gente tem que pensar e refletir o quanto que muitas vezes entregar esse papel para a atenção primária pode ser uma furada, entendendo que em alguns locais a atenção primária já não dá conta de fazer muito do que é preconizado. (PARTICIPANTE D)

Outro aspecto que foi abordado como relevante para o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV pelo grupo foi a integralidade do cuidado, em sua diversidade de definições.

Eu fiquei pensando nesse termo integralidade, [...] tem alguns significados: pode ser o entendimento da pessoa como um todo; pode ser a ordenação dessa pessoa conforme as necessidades que ela tem dentro dos níveis de saúde primário, secundário e terciário; pode ser a ideia de que a atenção primária cuida dessa pessoa na promoção, na prevenção, na reabilitação, na assistência do cuidado; pode ser na articulação intersetorial que a gente pode garantir [...]. Que é o papel então da equipe de saúde da família, que às vezes chega onde o Estado não chega. [...] E se não é a atenção primária a fazer isso, não conheço nenhum outro dispositivo que consiga, né? (PARTICIPANTE A)

Abordando os desafios diversos e persistentes ao acompanhamento das pessoas que vivem com HIV na atenção primária, foi falado sobre “uma relevância menor que é relegada a essas pessoas” (PARTICIPANTE D) e essa violência institucional foi destacada:

É sorofobia o nome, de fato. [...] Essa questão de o paciente dar com a cara na porta é muito isso. Na atenção primária, os profissionais não se reconhecem como agentes do Estado. E, de uma certa maneira, se blindam, “somos nós contra a população” de alguma forma. [...] Em que momento elas foram capturadas por essa lógica do Estado? Porque o Estado fala isso o tempo todo: na segurança, na educação, na saúde nos outros níveis de atenção. A atenção primária é uma contra-corrente, né? Mas em algum momento o pessoal da atenção primária foi capturado também. E isso acho que como estratégia do desmonte, nós contra o povo, a gente regula corpos.

Pessoal deturpou um pouco a porta de entrada e coordenação do cuidado e virou uma grande manobra [...] mais política e mesquinha. (PARTICIPANTE C)

4.2 QUAIS COMPETÊNCIAS IDENTIFICAM NA FORMAÇÃO E PRÁTICA?

O grupo foi então conduzido pelo facilitador de volta à discussão sobre conhecimentos, habilidades e atitudes, a partir da pergunta: “*Com relação às competências, o que vocês identificam, de uma maneira geral, na formação da Medicina de Família e Comunidade ou na sua prática clínica voltado para o acompanhamento de pessoas que vivem com HIV?*”.

A discussão sobre essa segunda questão começou pela retomada do conhecimento dos protocolos clínicos sobre tratamento do HIV, profilaxia pré-exposição e profilaxia pós-exposição como competência básica, mas com necessidade de se explorar aspectos de aprofundamento sobre as subjetividades das pessoas que vivem com HIV.

Quando a gente pensa no método clínico centrado na pessoa, onde a gente explora a experiência, de significados, de sentimentos, de ideias, das funções e das expectativas que aquela pessoa tem diante daquele diagnóstico; quando a gente explora também o contexto daquela pessoa, do trabalho, do gênero, da raça, das questões relacionadas à família, [...] traz também um pouco disso. Eu até acho que tive contato na graduação com a doença HIV, a doença SIDA, a doença provocada pelo vírus, mas eu não fazia a menor ideia de como era lidar com uma pessoa com esse diagnóstico. E acho que a residência trouxe muito dessa perspectiva de que são pessoas lidando com um adoecimento. (PARTICIPANTE A)

Foi também abordado, sob a perspectiva da orientação comunitária, o reconhecimento das conquistas, valorização da participação social e defesa dos direitos conquistados pelo movimento de pessoas que vivem com HIV como pautas que deveriam ser abordadas na residência, como parte do conceito de *advocacy*. Foi apontado que conquistas como a notificação compulsória da infecção pelo HIV, em contraponto com a notificação apenas dos casos de AIDS, foi um impulso para se redimensionar a avaliação epidemiológica e repensar as políticas públicas voltadas para esse público, como a descentralização para a atenção primária.

Que experiência os residentes do programa tiveram com colegiado gestor? [...] E fico pensando em como a unidade tem que ser articulada com outros movimentos [sociais] muito importantes [...] que pressionam de fato o governo. [...] Eu não sei nada sobre essas ONGs. [...] Como que a gente está formando residentes para esse engajamento comunitário? Eu acho que mal. A gente fica muito aprisionado e aprisionada dentro do consultório e da clínica. E aí realmente o C não é de comunidade. (PARTICIPANTE C)

Retomou-se a importância de se abranger na formação as competências de: atitudes como formação de vínculo, escuta, postura acolhedora, preservação de autonomia e vontade, garantia de sigilo, postura não estigmatizadora, combate à sorofobia; de conhecimentos como bioética; e de habilidades como as ferramentas da abordagem familiar, articulação intersetorial e participação social, participação em grupos terapêuticos, execução dos testes rápidos, aconselhamento pré e pós teste, abordar sofrimentos relacionados ao diagnóstico e estigmas, avaliação de estágios motivacionais, notificação de casos, monitoramento dos casos e elaboração de plano conjunto.

Na atenção primária a gente é especialista em resolução de conflitos, em criação de vínculos, e acho que em uma doença muito estigmatizada isso faz com que a gente desenvolva essas habilidades. Eu consigo pensar em diversas situações em que foi muito complexo a tomada de decisões, a garantia de sigilo, a elaboração de um plano [...]. São muitas competências que a gente desenvolve, como por exemplo a entrevista motivacional, o método clínico centrado na pessoa, a gente aprende a coordenar cuidado e até a abordagem de vários conflitos familiares. [...] Essas situações que são mais complexas levam a gente a desenvolver muitas habilidades, então para mim a residência foi fundamental. (PARTICIPANTE B)

4.3 O QUE PODERIA CABER COMO COMPETÊNCIA AVANÇADA?

O facilitador fez, então, uma nova pergunta, para encaminhar o debate para a discussão sobre as competências avançadas: *“O que poderia ser feito a mais, de diferente? O que poderia caber como competência avançada na formação da medicina de família e comunidade?”*.

Com relação às competências avançadas, o grupo considerou inicialmente aquelas que englobam uma complexidade maior, que se colocam como mais desafiadoras para a execução sem uma formação qualificada. Dessa forma, foram sugeridas como avançadas as competências da articulação intersetorial e da construção de projetos de intervenção comunitária.

Me parece que o maior desafio do médico de família e comunidade é sair do consultório. Porque a gente fica muito limitado nas ações daquilo que a gente aprendeu na nossa formação médica, que é atuar num consultório, de forma individual. E aí a gente tem muita coisa a aprender, tirar o chapéu para outros profissionais que já fazem isso há mais tempo, que já estão fazendo trabalhos intersetoriais na saúde e a gente ainda está se propondo a começar a fazer.. Me parece que essa formação da medicina de família e comunidade a toque de caixa, [...] de produção em série, fica mais difícil de garantir a complexidade dessas competências mais avançadas. [...] Sair do consultório já é difícil, imagina sair da unidade. (PARTICIPANTE D)

Em termos de aspectos clínicos do manejo do HIV, considerou-se competências avançadas o manejo da troca de medicamentos de pacientes após abandono e falha terapêutica. Contudo, a visão sobre o aspecto avançado de alguns conhecimentos e habilidades clínicas disparou uma discussão no grupo sobre o que de fato seria uma competência avançada, divergindo da compreensão pré-estabelecida no Currículo Baseado em Competências (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015). Com isso, o grupo optou por uma compreensão de competência avançada que abrangesse sobretudo a complexidade das competências atitudinais.

Revi recentemente o currículo baseado em competências da sociedade. É engraçado o que se considera como competência avançada [...] é só conteúdo. [...] É muito conteudista, muito protocolado, muito fluxogramado. Que avançado é esse? [...] Eu acho que o avançado tinha que partir de habilidades e atitudes. Ou só atitudes, porque o avançado é atitude. Então eles botam aí desejável, e simples, coisas que exigem um trabalho imenso de habilidade, um trabalho imenso de atitude, o que não é fácil trabalhar na residência, [...] porque isso passa por instâncias inclusive pessoais. [...] Competência avançada é você de fato investir na atitude daquele residente para conseguir acolher, conseguir ouvir. (PARTICIPANTE C)

Talvez seja também uma competência avançada a compreensão de um modelo, de um paradigma. A construção desses currículos é muito medicalizadora. [...] Como é que a gente traz então a compreensão de um paradigma que desconstrói um pouco até o modelo científico, [...] aproveitando isso no paradigma sistêmico, mas não restringir somente a isso [...], e traz outras características do processo saúde e adoecimento que tem a ver com trabalho, com a renda, com a raça, com o gênero, com outros aspectos que o médico de família precisa. (PARTICIPANTE A)

Nesse sentido, o grupo propôs como competências avançadas no acompanhamento de pessoas que vivem com HIV: o acolhimento, a escuta, a desmedicalização, o olhar sobre aspectos como gênero, raça, trabalho e sexualidade, a abordagem da espiritualidade, a abordagem do uso de drogas, abordagem de situações de violência, aconselhamento reprodutivo e o aconselhamento sobre “indetectável igual a intransmissível”.

4.4 AVALIAÇÃO DO GRUPO

Após a discussão, foi feita a pergunta de avaliação do grupo: “*Como foi para vocês participarem deste grupo?*”. A avaliação geral do grupo focal não teve reclamações ou contestações por parte de participantes, que retornaram apenas comentários positivos, com algumas reflexões sobre a potencialidade das ferramentas de discussão coletiva para a medicina de família e comunidade e a atenção primária.

Me ajudou a reforçar algumas coisas que entendo como pilares da atenção primária e que às vezes essa prática do dia a dia nos afasta. E aí a gente tem que ficar reajustando rotas rotineiramente [...]. Esse é o nosso lugar de fala, esse é o desafio que nós temos. Mas a gente está tentando construir uma coisa que melhore, que coloque um pouco de luz pra esse debate. Também para reforçar a importância do SUS enquanto um marco civilizatório. E o cuidado desses pacientes acontece no SUS, é muito difícil de ter em outro lugar. (PARTICIPANTE A)

Acho que a gente pensa muito sobre muitas coisas. Estar no coletivo com pessoas afins é muito bom. Esse grupo me ajudou a pensar caminhos melhores para minha prática clínica, minha preceptoria, ser uma pessoa melhor no dia a dia e a pensar como expandir a minha ideia de garantir direitos. (PARTICIPANTE C)

5 DISCUSSÃO

A sessão do grupo focal ocorreu com fluidez a partir das perguntas disparadoras, com adequada circulação da fala e manutenção do foco da discussão durante a maior parte da sessão, havendo pouca necessidade de intervenção pela facilitação. Não foram identificados, durante as respostas ou durante a avaliação do grupo, quaisquer desconfortos com as falas de participantes ou da facilitação. Foi possível evidenciar as percepções e compreensões de cada participante sobre sua formação e prática clínica em relação à atenção integral de pessoas que vivem com HIV, em consonância com o que se propunha na literatura sobre a técnica (KITZINGER, 2009; WESTPHAL; BOGUS; FARIA, 1996). Também, foi possível observar confluência de valores e atitudes dentro grupo em relação ao papel da Medicina de Família e Comunidade e da atenção primária nesse cuidado.

O grupo se destacou por uma maior interatividade e por um aspecto, além da especialidade, em comum: a posição de formadores. Dessa forma, o grupo teve um discurso construtivo e majoritariamente convergente, abrangendo uma grande diversidade de competências e se posicionando criticamente em relação a elas. Com relação ao objeto da pesquisa, foi percebida uma alta capacidade que cada participante teve em identificar como competências aquilo que de fato seria capaz de mobilizar recursos como solução de diferentes situações. Dessa forma, o grupo conseguiu se aproximar da noção de competência como proposta por Perrenoud (1999; 2000; 2002), mesmo sem necessariamente partir deste mesmo referencial teórico.

A partir da discussão feita pelo grupo, complementada pela análise dos documentos selecionados, sistematizou-se um conjunto de competências capazes de mobilizar recursos para a solução de situações (PERRENOUD, 1999; 2000; 2002). Essas competências foram, então, categorizadas enquanto conhecimentos, habilidades e atitudes.

Escolheu-se, nesta construção, abrir mão das categorias “pré-requisitos”, “essencial”, “desejável” e “avançado”. Essa escolha se deu, em parte, a partir da problematização que o grupo focal fez desses conceitos e, em outra parte, por compreender que quase todas as competências abordadas seriam essenciais a uma garantia efetiva de cuidado integral pela medicina de família e comunidade dentro do modelo construído para o Rio de Janeiro. Algumas exceções a essa essencialidade foram demarcadas, considerando os desenhos atuais dos fluxos do sistema de saúde a partir do qual este trabalho foi pensado.

Nas próximas páginas, são discutidas algumas bases teóricas e referências que puderam solidificar as propostas de competências construídas a partir da discussão do grupo

focal. Com a finalidade inicial de se organizar essa discussão, propôs-se ainda outra categorização, a partir de afinidades semânticas identificadas e da organização das práticas do cuidado pela Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde - interpretadas a partir da experiência formativa do próprio pesquisador. Com isso, dividiu-se as competências entre três eixos: Transversais e Bioéticas; Cuidado Individual e Comunicação Clínica; e Cuidado Coletivo e Territorial. Percebeu-se, ao fim do estudo, que essa forma alternativa de apresentar as competências poderia não só facilitar a compreensão sobre as competências, mas contribuir para a sistematização de sua utilização dentro das práticas de ensino e aprendizagem.

5.1 COMPETÊNCIAS TRANSVERSAIS E BIOÉTICAS

Os estigmas socialmente construídos sobre o HIV e a AIDS tem sua origem nos anos 1980, quando a infecção pelo HIV ficou conhecida como “peste gay” (BRASIL, 2008; NALIN, 2021). Esse processo de estigmatização ficou simbolicamente eternizado na capa da Revista Veja de 25 de abril de 1989, em que o cantor Cazuza, já fisicamente debilitado, foi apresentado em fotografia junto ao texto “Cazuza - Uma vítima da AIDS agoniza em praça pública” (NALIN, 2021). Construída àquela época, a imagem que perdura até hoje no imaginário social sobre quem vive com HIV é de pessoa de aparência enferma, homossexual ou transexual, de comportamento sexual “devasso”, culpada pelo seu próprio adoecimento e que poderia levar ao adoecimento quem está à sua volta (BRASIL, 2008; NALIN, 2021; OLIVEIRA, 2018).

Hoje, esse processo de estigmatização resulta em uma série de opressões e violências, que podem ser conjuntamente denominadas de sorofobia (VIEIRA *et al*, 2019). A sorofobia pode ser manifestada na violência física, na violência moral e psicológica - como o uso do termo “aidético” e violação da confidencialidade no âmbito do trabalho -, na violência institucional - como as barreiras de acesso ao sistema de saúde -, na violência financeira - como na expulsão do lar e da família -, dentre outras formas de violência (BRASIL, 2008; 2017a; VIEIRA *et al*, 2019).

Dessa forma, propõe-se três competências: a primeira, *combater a sorofobia, enfrentando estigmas em relação ao HIV*; a segunda, *combater os estigmas construídos sobre “grupos de risco”, diferenciando e utilizando a noção de comportamento de risco, não discriminando orientações sexuais e identidades de gênero e combatendo lesbofobia, homofobia, bifobia, transfobia e outras discriminações*; e a terceira, *garantir acesso aos*

cuidados de saúde às pessoas que vivem com HIV, combatendo barreiras de acesso ao diagnóstico e tratamento e outras formas de violência institucional sorofóbica.

É relevante destacar que parte da violência sorofóbica decorre de um medo social sobre uma transmissibilidade fantasiosa do HIV, que pressupõe o risco de contágio do vírus pela proximidade física. Isso ocorre mesmo após as evidências científicas mostrarem que pessoas que vivem com HIV, em tratamento antirretroviral e com bom grau de controle laboratorial, isto é, com carga viral indetectável, não transmitem o vírus mesmo na relação sexual desprotegida (NALIN, 2021; OLIVEIRA, 2018; RIO DE JANEIRO, 2019). A partir dessas evidências, começou a se difundir o conceito de “Indetectável igual a Intransmissível”, também conhecido como “I = I”. A difusão desse conceito serve tanto como estímulo à adesão terapêutica, fundamento para o aconselhamento sexual e reprodutivo e combate à estigmatização. Com base nessa importância, propõe-se como competência *conhecer o conceito de “Indetectável igual a Intransmissível” (I = I), abordar práticas sexuais a partir dessa premissa e difundir essa informação como estratégia de combate à estigmatização da pessoa que vive com HIV.*

Parte importante da discussão do grupo focal tratou de aspectos que atravessam todos os momentos do acompanhamento das pessoas que vivem com HIV. Dentre esses aspectos, os marcadores sociais de diferença (DAMIÃO *et al*, 2021; MELLO; GONÇALVES, 2010; SARAIVA, 2019), se fizeram presentes em parte dos discursos, ainda que não assim nomeados. Márcio Zamboni descreve esses marcadores como “sistemas de classificação que organizam a experiência ao identificar certos indivíduos com determinadas categorias sociais” (ZAMBONI, 2014, p. 13), como raça, gênero, orientação sexual, classe e geração.

A perspectiva do grupo focal é de que se faz necessário olhar, compreender e agir de maneira diferenciada diante dos diferentes atravessamentos, incluindo raça, gênero e identidade de gênero, orientação sexual, religiosidade, classe, idade, território e outros (DAMIÃO *et al*, 2021; MELLO; GONÇALVES, 2010; PARKER; CAMARGO JR., 2000; SARAIVA, 2019). Isso se justifica ao se compreender que tais marcadores, ao disputar espaço com suas contra-partes hegemônicas, levam a um contexto segregatório.

Esses sistemas de classificação a partir de “marcadores sociais da diferença” são construções sociais, pré-existem ao nosso nascimento – não fomos nós que os criamos – e se articulam de maneira a produzir maior ou menor inclusão/exclusão, a depender do quanto confrontam identidades sociais hegemônicas. (MELLO; GONÇALVES, 2010, p. 164-165)

Esse aspecto pode ser reforçado a partir da teoria da determinação social do processo saúde-doença (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018; GALVÃO *et al*, 2021), que concebe as relações entre saúde e doença de forma indissociável da estrutura social.

tomando como referência a corrente médico-social e a epidemiologia crítica, a teoria da determinação social aponta o caráter histórico e social do processo saúde-doença. Ao conceber a saúde de forma indissociável da organização da sociedade, a determinação social assinala sua relação com a dinâmica de produção e distribuição de riqueza, destacando a articulação entre a extensão da assistência médica e as imposições do modo de produção capitalista, para manter e reproduzir a força de trabalho e para controlar as tensões e antagonismos sociais (GALVÃO *et al*, 2021, p. 3)

Destaca-se aqui o papel que esses marcadores sociais de diferença têm sobre a saúde das pessoas que vivem com HIV. A raça e o racismo, como grandes ordenadores das hierarquias sociais num país de origem colonial escravagista, resulta de uma construção histórica e social que nega às pessoas não brancas, destacadamente negras e indígenas, direitos supostamente universais, como à saúde, à educação, ao trabalho e renda, ao território urbano, rural ou ancestral, aos seus corpos e, com frequência, à vida (GONÇALVES *et al*, 2019; LOPEZ, 2011). Isso se faz historicamente, negando o passado através do epistemicídio - pelo combate às expressões culturais, pela expropriação da língua, pela não validação de saberes e pela desapropriação autoral. Também, se faz negando o futuro, através da regulação dos corpos, do “matar” e do “deixar morrer” (DAMIÃO *et al*, 2021; GONÇALVES *et al*, 2019), do Estado de exceção convertido na normalidade, da alcunha de inimigo dada por governantes, da necropolítica (MBEMBE, 2012 apud GONÇALVES *et al*, 2019).

Em relação às pessoas negras que vivem com HIV, o racismo estrutural se percebe também nos dados epidemiológicos. Segundo o Boletim Epidemiológico, de 2007 a 2020 as pessoas negras representaram 51,7% das notificações de novos casos de HIV, com aumento de 12,9% da proporção de pessoas negras entre 2010 e 2020. Por outro lado, pessoas negras corresponderam a 61,9% dos óbitos relacionados ao HIV, com aumento de 10,4%. Enquanto isso, a proporção de pessoas brancas caiu nos dois critérios (BRASIL, 2021). Esses dados trazem o racismo institucional (CLEMENTE, 2011), a partir do qual pessoas negras têm menos acesso à saúde, ou enfrentam barreiras dentro dos serviços de saúde.

No caso da população negra essa dificuldade de acesso aos serviços e informações está relacionada [...] ao racismo institucional que é praticado nas estruturas de saúde públicas e privadas do país. Nas instituições de saúde onde toda a população deveria ser tratada de forma equânime e integral, ocorre não raramente o tratamento diferenciado, negligente e a invisibilidade perante os grupos com estereótipo físico ou cultural da raça/etnia negra ou que possua qualquer característica que não

corresponda ao padrão eurocêntrico. Essa modalidade de racismo é reafirmada pela dificuldade no planejamento e implementação de ações educativas e afirmativas relacionadas à temática étnico-racial na saúde que disponibilizem ou deem acesso a políticas de qualidade. [...] A epidemia da AIDS tem inúmeras particularidades, e ao incorporar o recorte racial é possível identificar que construções históricas, políticas, ideológicas e culturais constituem essas heterogeneidades. (LAGES *et al*, 2014, p. 10-11)

Destacam-se também as identidades de gênero trans, em que se incluem homens e mulheres trans, travestis, pessoas não binárias e outras denominações comportadas ou não por classificações. É em parte deste grupo - travestis e mulheres transexuais -, por exemplo, que se identificam as menores expectativas de vida, de cerca de 35 anos em 2013 e maiores vulnerabilidades, principalmente quando atravessadas por outros marcadores sociais da diferença (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021; TAGLIATE; FRANCO, 2020). Além de sofrer os estigmas sociais por uma sociedade transfóbica, essas pessoas irão sofrer uma regulação diferenciada de seus corpos por profissionais e sistemas de saúde, no exercício do biopoder (BRASIL, 2015; FOUCAULT, 1999). Este biopoder, que está particularmente presente na prática da saúde e ainda mais na da Medicina, foi descrito pelo filósofo Michel Foucault como

o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais, vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder. (FOUCAULT, 2008, p. 3)

Historicamente, as travestis foram um dos principais grupos populacionais afetados pela alta mortalidade das primeiras duas décadas da pandemia do HIV, junto aos homens homossexuais (BRASIL, 2015). No entanto, enquanto os movimentos gays conseguiram depois de muitas perdas e discriminação, conquistar um espaço de tensionamento e mobilização a nível governamental, as travestis seguiram mais marginalizadas dentro do próprio movimento LGBT (TAGLIATE; FRANCO, 2020). Segundo Benevides e Nogueira (2021), a população trans apresenta soroprevalência do HIV de cerca de 40% - e esses números podem ser ainda mais graves se observadas apenas as travestis.

Dessa forma, se faz necessário nomear esse cruzamento de opressões pela coexistência de marcadores sociais da diferença: interseccionalidade. Esse conceito, que já foi apresentado e repensado ao longo das últimas décadas, foi definido pela advogada e defensora dos Direitos Humanos, Kimberlé Crenshaw, como “a associação de sistemas múltiplos de subordinação”, na qual “tais sistemas, frequentemente, se sobrepõem e se cruzam, criando intersecções complexas nas quais dois, três ou quatro eixos se entrecruzam” (CRENSHAW, 2002, p. 177). Assim, compreende-se que as opressões sofridas por pessoas que vivem com

HIV são diferentes também a depender de sua raça, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, dentre outros marcadores sociais de diferença.

Nessa perspectiva, entende-se que a influência da determinação social sobre a saúde de pessoas que vivem com HIV deve ser conhecida e abordada por profissionais da atenção primária. Assim, propõe-se como competência: *conhecer e reconhecer no cuidado de pessoas que vivem com HIV os marcadores sociais de diferença, como raça, gênero e identidade de gênero, orientação sexual, religião, classe, grupos etários e território, orientando estratégias de cuidado individual e comunitário a partir dos mesmos.*

Outro tema importante abordado e interpretado como transversal a todo o processo de construção do cuidado na Atenção Primária é o trabalho em equipe (CUTOLO; MADEIRA, 2010), que “tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 456). Em específico, no cuidado de pessoas que vivem com HIV, este tem um papel de ainda maior destaque (BRASIL, 2017a).

É do senso de pertencimento à equipe que parte a complementaridade das trocas de saberes e práticas e a integração de ações e atribuições comuns (PEDUZZI; AGRELI, 2018), buscando transformações sobre o cuidado e sobre o próprio trabalho. Esta lógica de trabalho em equipe dialoga com o conceito de interprofissionalidade, que trata das relações estabelecidas na construção desse trabalho pelos diferentes profissionais que integram uma equipe. Esse trabalho interprofissional pode ser dividido em diferentes modalidades - “colaboração interprofissional”, “prática interprofissional colaborativa” e “trabalho em equipe” -, variando de maneira não linear entre elas de acordo com as necessidades locais, com diferentes níveis de compartilhamento e interdependência dentro de uma equipe (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Nesse contexto, o trabalho em equipe seria aquela modalidade com

intenso compartilhamento de valores, objetivos e identidade de equipe e intensa interdependência e integração das ações, que tende a responder a situações de cuidados imprevisíveis, urgentes e de maior complexidade. (PEDUZZI; AGRELI, 2018, p. 1526-1527)

Conceito distinto da interprofissionalidade, a interdisciplinaridade é a forma como se integram as diferentes disciplinas ou saberes - entre as diferentes categorias ou especialidades -, também atravessando necessariamente o trabalho em equipe que é esperado da Atenção Primária (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Essa integração entre saberes também vai além da

prática do cuidado em saúde, para a integração entre as diferentes disciplinas na produção científica, traduzida enquanto transdisciplinaridade (FERIOTTI, 2009).

Enquanto a interdisciplinaridade busca integrar diferentes disciplinas, compreendidas como campos específicos do conhecimento científico, a transdisciplinaridade busca, além disso, a integração do conhecimento científico a outros modos de produção de conhecimento construídos historicamente pela humanidade, buscando um diálogo rigoroso não apenas entre ciências exatas e humanas, mas também entre ciência, arte, cultura, tradição, religião, experiência interior e pensamento simbólico. (FERIOTTI, 2009, p.186)

A partir desse panorama conceitual, que inclui o trabalho em equipe interprofissional, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade, propõe-se como competência *articular com outras categorias profissionais da equipe de saúde envolvida no cuidado para construção de Projeto Terapêutico Singular, desenvolvendo trabalho em equipe interprofissional*.

Também transversal ao acompanhamento, está a noção dos modelos paradigmáticos de atenção à saúde. O modelo biomédico é insuficiente para se compreender a saúde a partir de um olhar integral, baseando-se exclusivamente em modelos anátomo-clínicos para a avaliação e modelos de intervenção médica-farmacológica para a proposta terapêutica (ALVES, 2017; BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018; MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018). Dessa forma, quando a assistência à saúde é construída exclusivamente a partir desse modelo, ela contribui para a medicalização da pessoa e dos cuidados em saúde (FERRARI, 2017). Por outro lado, para a construção da subjetividade individual, a medicalização, enquanto ferramenta de biopoder, impõe uma percepção de doente sobre os corpos das pessoas que vivem com HIV, independente de suas condições de saúde (FOUCAULT, 1999).

A própria biomedicina já possui, no entanto, uma série de compromissos éticos que deveriam combater por essência a medicalização da saúde, ao evitar que suas próprias práticas causem danos à saúde - o que é conhecido como prevenção quaternária (TESSER, 2012). Remontando ao antigo princípio biomédico da não-maleficência, ou *primum non nocere*, a prevenção quaternária se manifesta nas práticas que preservam a saúde frente a danos provocados pelo sobrediagnóstico, hipermedicação e práticas preventivas cujos riscos excedem os benefícios. Embora a prática da prevenção quaternária seja compreendida como princípio para toda a área médica, é na Medicina de Família e Comunidade que ela encontra no Brasil, atualmente, maior abertura e adesão (TESSER, 2012).

Como contrapontos ao modelo biomédico, apresentam-se modelos que olhem para o indivíduo como um todo, integrando os diversos sistemas corporais, cognitivos, emocionais e

sociais, em uma visão única de funcionamento indivisível do sujeito. O modelo biopsicossocial (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007), o paradigma sistêmico da integralidade ou a visão sobre a determinação social do processo saúde-doença são diferentes sistematizações teóricas nesse sentido.

Propõe-se, a partir disso, como competência *combater os processos de medicalização da saúde e uma visão redutora ao paradigma biomédico, como pelo enfrentamento da associação entre viver com HIV e estar doente e pela prevenção quaternária.*

Enfim, discute-se a questão sobre sigilo, confidencialidade e privacidade, tanto debatida pelo grupo, dentro do campo da bioética. Dado o histórico processo de estigmatização social em relação ao HIV, o sigilo acerca do *status* sorológico possui motivos ainda mais fortes do que qualquer situação de sigilo médico (GOMES *et al*, 2021; ZAMBENEDETTI; SILVA, 2015). Nesse caso, a quebra do sigilo pode representar quebra do vínculo com o serviço de saúde e pode gerar conflitos familiares, expulsão do lar ou território, perda de emprego, preterimento afetivo e sexual e uma série de outras violências relacionadas à sorofobia (DAMIÃO *et al*, 2021).

O sucesso no manejo do sigilo passa a ser um fator decisivo para a garantia do acesso e da continuidade do tratamento, uma vez que a unidade está inserida no território e, portanto, sua quebra pode ter impacto na vida familiar e social. (DAMIÃO *et al*, 2021, p. 7)

Nesse contexto, vale explicitar os conceitos sobre esses três aspectos que se relacionam: a privacidade é o direito individual ao controle sobre informações próprias do indivíduo, logo se refere a escolhas pessoais; o sigilo é um aspecto dado a uma informação, significando que ela não pode ser compartilhada de maneira pública ou sem autorização; e a confidencialidade é a cessão que uma pessoa faz sobre suas próprias informações sigilosas, a partir de uma relação de confiança com outra pessoa ou entidade (GOMES *et al*, 2021). Portanto, compreende-se privacidade enquanto um direito da pessoa atendida, sigilo enquanto uma decisão da mesma - e na ausência dessa decisão, pressupõe-se a necessidade de sigilo - e confidencialidade um dever profissional.

Segundo o Código de Ética Médica, é vedado a profissionais de medicina:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018)

Dessa forma, a falha em manter o sigilo médico é infração ética, podendo resultar em penalizações pelos conselhos de medicina. Da mesma forma, isso se aplica a algumas outras categorias, mediante previsão em seus respectivos códigos de ética. Ainda, o sigilo médico é, por sua vez, um sigilo profissional - e este é protegido por lei. Desde 1940, o Código Penal já previa:

Art. 154 - Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem (BRASIL, 1940)

Dessa forma, o compartilhamento das informações de saúde de uma pessoa a outra a quem não foi dada confiança já se configura como infração ética ou mesmo crime na maioria dos cenários. Isso, contudo, não retrata a realidade, sobretudo quando se consideram diagnósticos menos sensíveis, como uma dislipidemia ou um resfriado. Ainda assim, entende-se que o compartilhamento de diagnósticos de saúde, entre pessoas integrantes da equipe responsável pelo cuidado e com fins de construção de um projeto de cuidado, seria adequado, mesmo em casos mais sensíveis, como é no diagnóstico do HIV.

Porém, no âmbito da atenção primária, esse é um desafio particular, devido ao vínculo íntimo com o território em que reside a pessoa e onde ela estabelece a maior parte de suas relações de intimidade familiar e comunitária. Nesse sentido, a posição de agentes comunitários de saúde, que compõem as equipes de saúde da família, é de complexidade particularmente maior, por serem uma interlocução entre território e unidade (DAMIÃO *et al*, 2021; GOMES *et al*, 2021; MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018; SCAROTTA *et al*, 2021; ZAMBENEDETTI; SILVA, 2015). Essa posição sensível de agentes comunitários de saúde foi discutida pelo grupo e pela literatura, com posicionamentos divergentes, com a manutenção do sigilo de um lado e o trabalho em equipe do outro.

Além disso, outros desafios importantes à confidencialidade sorológica das pessoas que vivem com HIV são os processos organizacionais das unidades de atenção primária, como por exemplo a emissão de guias de encaminhamento, o acompanhamento de solicitações nos sistemas eletrônicos de regulação, a padronização dos dias de coleta de exames de carga viral e contagem de linfócitos T CD4+ e o acesso ao prontuário eletrônico por outros membros da equipe técnica (SCAROTTA *et al*, 2021; ZAMBENEDETTI; SILVA, 2015).

Por essa razão, propõe-se como competência *manter sigilo e construir estratégias para garantir o mesmo dentro e fora da unidade de saúde, incluindo cuidados com*

documentos, restringir informação à equipe profissional envolvida no cuidado direto e manter confidencialidade do prontuário médico.

5.2 COMPETÊNCIAS DO CUIDADO INDIVIDUAL E COMUNICAÇÃO CLÍNICA

Embora por vezes abordada enquanto uma aptidão natural, não passível de treinamento, a comunicação clínica é uma ferramenta fundamental desenvolvida na formação e prática profissional da medicina de família e comunidade (CARRIÓ, 2012; OLIVEIRA; PELLANDA, 2013). Estando envolvida com os processos de avaliação de problemas, elaboração de projeto terapêutico compartilhado e construção de vínculo, a comunicação clínica contribui diretamente para a adesão terapêutica de pessoas que vivem com HIV, seja ao tratamento medicamentoso, às orientações em saúde ou à própria continuidade do cuidado (BRASIL, 2017a; LOPES; DIAS, 2018).

Para o estabelecimento de comunicação clínica efetiva, se faz necessária postura empática, de forma que a pessoa se sinta acolhida durante o atendimento, abrindo espaço para aprofundamento da relação profissional-paciente e permitindo acessar mais os recursos afetivos, sensoriais e cognitivos da pessoa (CARRIÓ, 2012; LOPES; DIAS, 2013).

Essa empatia se distancia de uma inabilidade relacional, da ausência de troca de afetos e da indiferença pelo sofrimento alheio, ao mesmo tempo que se difere de uma personalidade simpática, postura respeitosa ou da compaixão. A postura empática é uma atitude, que pode ser desenvolvida enquanto técnica, envolvendo uma capacidade de demonstrar afeto e atenção, mantendo um afastamento objetivo. Dessa forma, propõe-se como competência *manter postura empática, acolhendo sentimentos, ideias, expectativas e medos*.

Dentre as ferramentas da comunicação clínica, a escuta - ativa, qualificada, integral ou terapêutica - tem um papel central dentro da atuação da medicina de família e comunidade (CARRIÓ, 2012; LOPES; DIAS, 2018). Essa habilidade de escuta, como proposta, envolve uma série de técnicas, incluindo o uso de ferramentas de comunicação verbal e não verbal, a manutenção da atenção e a interpretação das linguagens da pessoa atendida. Essa escuta tem

como fundamento a valorização do paciente como sujeito, possibilitando que este se reinvente ao se reconhecer como sujeito e agente ativo no processo de cuidado. Dessa forma, o usuário se percebe como protagonista de seu cuidado, exercendo, assim, um papel tão importante quanto o do profissional de saúde nas suas interações. (SOUZA; SILVEIRA, 2019, p. 20)

Considerando a relevância da escuta ativa para o estabelecimento de uma comunicação clínica adequada, propõe-se, como competência, *realizar escuta ativa, qualificada, integral e/ou terapêutica, mantendo atenção e esforço para compreensão ampliada da comunicação verbal e não verbal.*

A partir dessa postura empática e do uso da escuta ativa, além de outras técnicas, espera-se que a médica ou o médico de família e comunidade - assim como profissionais de outras categorias e especialidades - consiga construir uma relação de confiança com as pessoas cujo cuidado coordena. Essa relação estabelecida gradualmente com a longitudinalidade do cuidado é o vínculo, ou vínculo longitudinal, que pode ser interpretado para além da dimensão individual com a pessoa que é atendida - o vínculo pode ser estabelecido por profissional, unidade ou sistema de saúde com paciente, família ou território (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

O vínculo é um constructo de natureza complexa e sistêmica, relacionado às dimensões relacionais, assim como às coletivas e organizacionais, que se expressam em um modelo de atenção primária, com repercussões no processo de trabalho da equipe, na organização do serviço. (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018, p. 4)

É esse vínculo que irá influenciar diretamente a resposta que cada parte desse todo complexo dará às ações de saúde empregadas. Numa dimensão individual, esse vínculo estabelecido é o que determina, portanto, o quarto componente do Método Clínico Centrado na Pessoa (STEWART *et al*, 2017) - o método e seus demais componentes serão abordados a seguir. No âmbito do cuidado individual das pessoas que vivem com HIV, o vínculo estabelecido com a figura profissional é fator estimulante para a adesão às propostas de promoção, prevenção e tratamentos de saúde, incluindo a adesão à terapia antirretroviral (BRASIL, 2017a; 2018; MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018; RIO DE JANEIRO, 2019).. A partir dessa revisão e da discussão do grupo, propõe-se como competência *formar vínculo entre profissional e paciente, família e território, visando beneficiar a continuidade do cuidado longitudinal e adesão terapêutica.*

Para se abordar integralmente as pessoas atendidas na atenção primária, a Medicina de Família e Comunidade tem também como ferramenta o Método Clínico Centrado na Pessoa, que se contrapõe ao que se chama de Medicina Baseada na Doença (STEWART *et al*, 2017; TARGA; OLIVEIRA, 2018). Essa ferramenta é importante pois sistematiza uma série de atributos a serem desenvolvidos durante a entrevista clínica para se garantir uma atenção integral à pessoa a quem se presta o cuidado. Considerando as pessoas que vivem com HIV, o

Guia Rápido do município do Rio de Janeiro propõe Cuidados Centrados na Pessoa baseados no método:

Tanto o tratamento quanto o cuidado devem levar em consideração as necessidades individuais dos pacientes e suas preferências. Uma boa comunicação é essencial para permitir que as pessoas tomem decisões sobre o seu cuidado, apoiadas por informações baseadas em evidências. Se a pessoa estiver de acordo, o parceiro deve ter a oportunidade de se envolver nas decisões sobre o tratamento e o cuidado. (RIO DE JANEIRO, 2019, p. 6)

A incorporação do Método Clínico Centrado na Pessoa por protocolos clínicos é um ganho no sentido de se difundir ferramentas da Medicina de Família e Comunidade e da Atenção Primária. No caso de pessoas que vivem com HIV, o primeiro componente do método, listado como “explorando a saúde, a doença e a experiência da doença”, tem relevância de destaque, por servir à abordagem do seu problema de saúde a partir de um olhar desmedicalizante. Considerando esse aspecto, propõe-se como competência *conhecer e reconhecer os processos de saúde e adoecimento individuais, explorando a experiência da pessoa que vive com HIV em relação aos sentimentos, ideias, funcionamento e expectativas sobre o diagnóstico*.

O segundo componente do método clínico, “entendendo a pessoa como um todo”, é transversal a algumas das competências discutidas no grupo e propostas neste trabalho. Destaca-se a importância que esse componente pode ter na abordagem às pessoas que vivem com HIV, retirando a centralidade do cuidado sobre a infecção, em favor da integralidade do sujeito. Isso porque esse componente

integra os conceitos de saúde, doença e experiência da doença com o entendimento da pessoa como um todo, incluindo a conscientização quanto ao estágio em que a pessoa está no ciclo da vida e seu contexto de vida. (STEWART *et al*, 2017, p. 101)

O terceiro componente do Método Clínico Centrado na Pessoa, traduzido como “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”, apresenta-se como um dos objetivos do próprio método, que é

encontrar um consenso com a pessoa para elaborar um plano para tratar seus problemas médicos e suas metas de saúde, que reflita suas necessidades, valores e preferências e que seja fundamentado em evidências e diretrizes (STEWART *et al*, 2017, p. 146)

Esse objetivo pode ser considerado um dos grandes desafios da prática médica que se propõe a ser centrada na pessoa, pois conflita com características da formação médica tradicional retroalimentada por uma prática de cuidados em saúde ainda centrada na atuação médica. Tesser (2009) defende que são três pares de características que constituem o que ele chama de “má-medicina”:

a arrogância e o autoritarismo, a beligerância e o controlismo, a missão imaginária do herói solitário e o peso dessa missão impossível. Esse três pares de "características", comumente criticadas e presentes na má medicina, são interligadas entre si e vinculadas com forças das mais diversas naturezas (TESSER, 2009, p. 275)

Ainda que a generalização para toda uma categoria possa parecer injusta com aquelas e aqueles que buscam se distanciar dessa figura médica autoritária, controladora e paternalista, ela trata mais de um olhar sobre o contexto histórico-epistemológico da própria medicina, dentro de um paradigma biomédico (SANTOS, 2004; TESSER, 2009). Por isso, está dado o desafio de se reconhecer pacientes enquanto especialistas de si mesmos, como proposto pelo método clínico (STEWART *et al*, 2017). Na atenção integral às pessoas que vivem com HIV, esse compartilhamento decisório, que reconhece e respeita o poder da pessoa sobre seu próprio corpo, é precioso para a construção de uma relação mais saudável entre paciente e tratamento proposto, que necessita de uma abordagem não julgadora.

Considerando esses desafios e a partir dos resultados do grupo focal, propõe-se o desenvolvimento dessas habilidades e atitudes sobre a construção de um plano conjunto em duas competências. Na primeira, *respeitar autonomia e vontade de pessoas que vivem com HIV durante seu acompanhamento, estabelecendo planos conjuntos*. Na segunda, *avaliar a motivação da pessoa que vive com HIV em relação à proposta terapêutica, abordando de maneira respeitosa seus medos e expectativas*.

Considerando os aspectos clínicos mais biomédicos sobre o HIV e a pessoa que vive com o vírus, é possível se dividir ainda em três subgrupos de competências: aquelas relacionadas às medidas preventivas; aquelas envolvendo os métodos de rastreio e diagnóstico e seu aconselhamento; e o manejo clínico da pessoa que vive com HIV (BRASIL, 2017a; 2018; RIO DE JANEIRO, 2019). Destaca-se aqui que esses aspectos, mais do que quaisquer outros apresentados, foram abordados de maneira genérica pelo grupo e aprofundados a partir da análise dos protocolos clínicos vigentes.

A infecção pelo HIV pode ocorrer a partir do contato sexual desprotegido - principalmente anal e vaginal -, da transfusão de sangue contaminado - menos comum desde o

início da testagem mandatória de amostras de doadores de sangue -, do contato com materiais perfuro-cortantes contaminados - como em acidentes com materiais biológicos, na realização de tatuagens ou no uso de drogas injetáveis - e durante a gestação, parto ou amamentação - transmissão vertical (BRASIL, 2018; RIO DE JANEIRO, 2019). Assim, ela está relacionada a comportamentos de risco, como relações sexuais com múltiplas parcerias e sem uso de preservativos e uso de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas (BRASIL, 2017a).

A prevenção da infecção pelo HIV é um grande mobilizador da saúde pública desde o princípio (CALAZANS, 2019). Historicamente, os métodos de prevenção foram promovidos e disputados principalmente pelos grupos mais vulnerabilizados pelo vírus - homens gays, travestis, mulheres trans e hemofílicos - e por profissionais de saúde, que se mobilizaram no início da década de 1980, frente à resposta insuficiente do então governo militar à epidemia (BRASIL, 2008). Frente às altas taxas de incidência e mortalidade relacionada ao HIV à época e à estigmatização da sexualidade, a conquista de métodos preventivos que divergiam da abstinência sexual - ou do “retorno” ao “armário” - foi vista por parte do movimento social como sinônimo de liberdade (GREEN; CAETANO; FERNANDES, 2018).

Epidemiologicamente, a prevenção representa também a possibilidade de controle da transmissão do HIV, reduzindo seus impactos sobre a saúde pública (CALAZANS, 2019). O uso de métodos de proteção eficazes - como os preservativos e, mais recentemente, as profilaxias pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) - tem benefícios individuais e coletivos (RIO DE JANEIRO, 2019). Nesse sentido, é atribuição do sistema de saúde promover a prevenção do HIV - e, dessa forma, é atribuição de profissionais de saúde conhecer sobre os modos de transmissão, orientar sobre comportamentos de risco e oferecer métodos de prevenção.

Por outro lado, é travada outra disputa, do campo epistemológico, que contrasta essa liberdade trazida pelos métodos preventivos com uma noção foucaultiana de controle de corpos e sexualidade trazida nas campanhas de prevenção ao HIV (PINHEIRO; MEDEIROS, 2013; CALAZANS, 2019). Nessa lógica, as práticas preventivas como estão dadas podem ser analisadas enquanto parte de um processo normatizador dos comportamentos - nesse caso, dos comportamentos sexuais.

Com efeito, a problematização dos comportamentos de risco relacionados à transmissão do HIV responsabiliza o sujeito sobre seu estado de saúde, incitando-o a uma reorientação dos hábitos sexuais. Assim, é a propósito do estado de vulnerabilidade que o sujeito inscreve a norma de saúde em seu comportamento

sexual, impondo-se a observância das normas de prevenção, atuando, assim, como sujeito responsável. (PINHEIRO; MEDEIROS, 2013, p. 642-643)

Portanto, ao abordar os métodos de prevenção da infecção pelo HIV disponíveis, se faz necessário refletir sobre sua representação de um modelo de controle e de opressão sobre as práticas sexuais, ao mesmo tempo que se reconhece sua eficácia clínica e sua importância social enquanto prática paradoxalmente libertadora. A partir desta discussão, espelhada em aspectos abordados pelo grupo, propõe-se quatro competências: *conhecer os conceitos e aspectos de modo de transmissão, comportamento de risco e medidas preventivas; abordar a redução de risco de transmissão, ofertando os diferentes métodos de prevenção disponíveis, incluindo preservativos, PrEP e PEP; conhecer os protocolos clínicos vigentes quanto à profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP); e conhecer os protocolos clínicos vigentes quanto à profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP).*

Após cerca de 40 anos do início da pandemia do HIV no Brasil, as taxas de detecção seguem em níveis altos, com flutuação histórica entre os diferentes grupos populacionais. Se no início da pandemia o HIV era detectado majoritariamente em homens gays e bissexuais, mulheres trans e travestis, profissionais do sexo e hemofílicos, atualmente ela também atinge com expressividade homens heterossexuais e mulheres cis (BRASIL, 2021). Ainda assim, nos últimos anos vem se percebendo novamente um aumento das detecções entre homens jovens gays, fato frequentemente relacionado a uma geração que não teria vivido o terror(ismo) do HIV.

Contudo, outro motivo importante para a manutenção de altos níveis de detecção poderia ser o aumento da disponibilidade de testes diagnósticos, principalmente com o advento e aumento da oferta dos testes rápidos de HIV, nas duas últimas décadas (FERREIRA JR.; MOTTA, 2015). Esse método diagnóstico já passou por algumas atualizações nos últimos anos, estando disponível desde 2012 para o rastreio e diagnóstico do HIV na atenção primária (ALVES, 2017; BRASIL, 2018; RIO DE JANEIRO, 2019).

Com a oferta da testagem rápida chegando na atenção primária, muitas pessoas passaram a buscar as unidades com o fim de conhecer seu *status* sorológico, outras foram testadas e diagnosticadas a partir de sinais e sintomas compatíveis com a infecção pelo HIV ou com suas doenças oportunistas (FERREIRA JR.; MOTTA, 2015). Por outro lado, essa oferta de testagem com frequência é realizada guiada por referenciais discriminatórios de “grupos de risco”, desconsiderando a presença ou ausência de comportamento de risco (CALAZANS, 2019; KNAUTH *et al*, 2020) - dessa forma, é mais provável um teste de HIV ser ofertado a um homem cis gay casado, com parceiro fixo e em uso regular de preservativo

ou PrEP, do que a um homem cis heterossexual solteiro, com parcerias múltiplas e sem uso de métodos de proteção.

Considerando a atribuição e a necessidade de se ofertar e realizar métodos diagnósticos para o HIV nas unidades da atenção primária, propõe-se como competências: *indicar e garantir a testagem para o HIV de acordo com dados clínicos, comportamento de risco e vontade e autonomia da pessoa, independente de orientação sexual, identidade de gênero ou estado civil; e conhecer os aspectos técnicos dos exames para diagnóstico do HIV, incluindo o conceito de janela imunológica.*

O diagnóstico de condições de saúde pode ter impactos importantes sobre a saúde mental da pessoa, seja pelos seus próprios entendimentos e experiências sobre aquele diagnóstico, seja pela estigmatização social, seja pelos impactos da infecção sobre sua relação com seu próprio corpo (FERREIRA JR.; MOTTA, 2015; RIO DE JANEIRO, 2019). Por isso, é relevante que profissionais de saúde que ofertam exames diagnósticos para HIV sejam capazes de, além de realizar corretamente a testagem, fazer uma abordagem técnica conhecida como aconselhamento pré e pós-teste. Esse aconselhamento consiste na identificação de comportamentos de risco, estratificação de risco individual, preparo da pessoa para um diagnóstico, estímulo de medidas preventivas e estímulo da adesão à proposta terapêutica em caso de teste positivo (BRASIL, 2018; RIO DE JANEIRO, 2019; PARUCKER *et al*, 2017). Sabe-se, ainda, que o momento do diagnóstico é conhecidamente um dos mais desafiadores para pessoas que vivem com HIV em seu itinerário terapêutico e, por isso, uma habilidade de comunicação clínica que acolha emoções, reduza sofrimentos e mostre caminhos para a continuidade do cuidado se faz tão necessária (BRASIL, 2008; SANTOS; DEVEZA, 2012).

A partir da importância dada pelo grupo focal às técnicas do aconselhamento pré e pós-teste e sua importância para a adesão ao cuidado da pessoa que vive com HIV na atenção primária, propõe-se como competências: *realizar aconselhamento pré-teste, abordando sigilo, técnica, comportamento sexual, testagem de parcerias, possíveis diagnósticos, medos, expectativas, riscos, tratamentos, prevenção, redução de riscos e rede de apoio; realizar aconselhamento pós-teste (negativo), reafirmando sigilo, abordando janela imunológica, diferenciando negatividade de imunidade, avaliando medidas preventivas e redução de riscos; realizar aconselhamento pós-teste (positivo), reafirmando sigilo, acolhendo reações emocionais, ofertando testagem de parcerias sexuais, garantindo continuidade do cuidado.*

Em 1987, cerca de 5 anos após o primeiro diagnóstico de HIV no Brasil, é aprovada nos Estados Unidos da América a primeira droga com potencial antirretroviral no mundo, a zidovudina - mais conhecida pela sua sigla, AZT (NUNES JR.; CIOSAK, 2018). Durante os

primeiros anos desde sua criação, o acesso ao medicamento no Brasil era muito restrito, tendo que ser importado a custos altíssimos. A partir de 1991, ele passou a ser distribuído em menor escala pelo SUS, passando a ser produzido no país em 1993 (GRECO, 2016). Em 1996, o país se torna pioneiro no tratamento do HIV com a Lei 9.313, quando inicia a distribuição gratuita pelo SUS de esquema de tratamento completo, que passaria a incluir o uso combinado de antirretrovirais e se tornaria uma política pública que permanece até os dias atuais, com atualização anual ou mediante novas evidências científicas (BRASIL, 2010b; 2018).

Com o tratamento antirretroviral adequado é possível se interromper a replicação viral e diminuir a capacidade do HIV de infectar novas células. Dessa forma, faz-se o controle da quantidade de vírus circulante no corpo, reduzindo a transmissibilidade e diminuindo seu efeito agressivo sobre os linfócitos, diminuindo ou revertendo a imunodeficiência (BRASIL, 2018; NUNES JR.; CIOSAK, 2018). Para além disso, se torna necessário o monitoramento clínico da infecção, através dos exames laboratoriais, pela identificação ativa de doenças oportunistas, como tuberculose, pneumocistose, histoplasmose e neurotoxoplasmose e pelo monitoramento de sintomas (BRASIL, 2018; RIO DE JANEIRO, 2019).

Portanto, após o diagnóstico do HIV, é fundamental que a atenção primária possa garantir à pessoa que foi diagnosticada o tratamento mais adequado, além da continuidade do cuidado e monitoramento desse tratamento. Propõe-se então, uma série de conhecimentos necessários a esse manejo, sob um ponto de vista protocolar: *conhecer os aspectos fisiopatológicos, apresentação clínica e complicações da infecção pelo HIV e da AIDS; conhecer os protocolos clínicos vigentes quanto ao tratamento medicamentoso do HIV, às interações medicamentosas dos antirretrovirais e ao monitoramento clínico da infecção, sobretudo quanto à interpretação dos exames de carga viral e contagem de linfócitos T CD4+; conhecer as principais complicações e doenças oportunistas graves relacionadas à síndrome da imunodeficiência adquirida, além de suas profilaxias; e conhecer os protocolos de troca de terapia antirretroviral em casos de falha terapêutica, interpretando resultados de genotipagem* - sendo esta última ainda considerada competência não essencial para a atuação de médicas e médicos de família.

Ao se optar por resumir enquanto protocolos a maior parte dos conhecimentos clínicos em relação à infecção pelo HIV, este trabalho assume uma posição pedagógica em consonância com a discussão do grupo focal. Isso porque, em contrapartida, se deu maior atenção às habilidades e ampliou-se, sobretudo, as competências que tratam de atitudes, “porque o avançado é atitude” (PARTICIPANTE C). E, aqui, não se trata do avançado enquanto algo não essencial, mas sim enquanto mais alta complexidade cognitiva, enquanto

competências cuja mobilização de recursos envolve processos que são influenciados mais diretamente por preconceitos e aspectos sociais, culturais e morais, coletivos ou individuais.

Com a transferência da atribuição do acompanhamento da maior parte das pessoas que vivem com HIV para a atenção primária em municípios como o Rio de Janeiro, alivia-se a sobrecarga sobre infectologistas, que antes eram responsáveis por esse acompanhamento especializado (ALVES, 2017). De toda maneira, a infectologia mantém uma importância nesse acompanhamento, de forma que alguns pacientes, com quadros mais graves ou que demandem por outra razão atenção especializada, tenham sua assistência garantida na atenção secundária (RIO DE JANEIRO, 2019). Mesmo nesse contexto, a unidade de atenção primária conserva um papel no cuidado dessa pessoa. Para além de atendimentos individuais de outras demandas de saúde, ela é também responsável pela coordenação do cuidado dessa pessoa em todo o seu trânsito pelo sistema de saúde - incluindo aí as necessidades de avaliação especializada pela infectologia ou mesmo eventuais internações hospitalares ou de urgência e emergência.

Dado esse papel da atenção primária, propõe-se como competência *coordenar o cuidado da pessoa que vive com HIV, indicando o acompanhamento especializado, a avaliação em unidade de urgência e emergência ou a internação hospitalar quando necessários e dando seguimento ao cuidado de maneira compartilhada com os outros níveis de atenção.*

Adicionalmente, o grupo discutiu e este trabalho propõe duas outras competências específicas dentro desse acompanhamento clínico. A primeira, sobre a abordagem do consumo de drogas, legalizadas ou não, despida ao máximo de julgamentos, dada a relevância sobre adesão terapêutica e interações medicamentosas (BRASIL, 2017a). Por isso, propõe-se como competência *abordar o uso de drogas legalizadas e não legalizadas, com postura não julgadora, propondo estratégias de redução de danos e abordando relações com antirretrovirais e com adesão terapêutica.*

A segunda, sobre os direitos reprodutivos da pessoa que vive com HIV, incluindo uma gama de aspectos desses direitos (RIO DE JANEIRO, 2019): a contracepção, como método de controle reprodutivo decidido pela pessoa, à luz das evidências sobre riscos em contexto de controle da carga viral ou não e sobre eficácia dos métodos disponíveis; a saúde gestacional, incluindo aconselhamento pré-concepcional, assistência pré-natal, acompanhamento especializado quando indicado e assistência ao puerpério; e a amamentação, que deve ser contraindicada pelo risco de transmissão vertical (BRASIL, 2017a; 2018; RIO DE JANEIRO, 2019). Sobre a amamentação, cabe indicar que ainda está em investigação o

risco de transmissão vertical por pessoas com carga viral indetectável. No Brasil, a contra-indicação é reforçada sobretudo por existir a possibilidade de fornecimento de fórmula infantil para lactantes que vivem com HIV (BRASIL, 2017a). Propõe-se, portanto, a competência: *abordar os direitos reprodutivos da pessoa que vive com HIV, abordando métodos contraceptivos, aconselhamento pré-concepcional, fazendo o manejo terapêutico do HIV durante a gravidez ou referenciando para a atenção especializada e aconselhando sobre contra-indicação da amamentação.*

5.3 COMPETÊNCIAS DO CUIDADO COLETIVO E TERRITORIAL

Em 1982, com o primeiro diagnóstico de HIV no Brasil, teve início o processo de vigilância epidemiológica da infecção no país. À época, o país se organizou com sistemas de notificação compulsória de casos confirmados e óbitos por AIDS a partir de 1986, estabelecimento de serviços-sentinelas e outras medidas para monitorar a então pandemia (BRASIL, 2002b; CARVALHO, 1989). Esse modelo de vigilância sofreu alterações ao longo dos últimos 40 anos, junto dos avanços tecnológicos biomédicos, da construção e consolidação do Sistema Único de Saúde e das disputas políticas, sociais e epistemológicas em torno do HIV. Em 2014, a infecção pelo HIV - e não mais o quadro de AIDS - passou a ser considerada de notificação compulsória no Brasil, o que é considerado um avanço, por dar maior exatidão e visibilidade à pandemia, demonstrando sua mudança epidemiológica para uma condição de saúde crônica, por vezes assintomática e passível de controle clínico (BRASIL, 2017a; 2018). Em 2017, todos os formulários de notificação de agravos do Ministério da Saúde passaram a requerer o preenchimento do quesito raça/cor, o que permitiu a localização dos dados sobre o HIV dentro do mapa racial brasileiro - e acabou evidenciando suas disparidades (BRASIL, 2021).

É através dos dados de vigilância que se consegue mensurar os problemas de saúde pública e, a partir disso, delinear estratégias de enfrentamento voltadas especificamente para aquele problema. A depender das características epidemiológicas, da viabilidade socioeconômica e de interesses políticos e sociais, essas estratégias podem se consolidar enquanto políticas públicas, como foi no caso do Programa Nacional de DST e Aids em 1988 e tantas outras já citadas (MONTEIRO; VILLELA, 2009). Define-se que a vigilância em saúde

tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. (BRASIL, 2010c, p. 16)

Ao nível da atenção primária, a vigilância em saúde permite o reconhecimento dos problemas de saúde e a intervenção daquela equipe sobre o território. Permite também que profissionais tenham um olhar diferenciado em seus atendimentos individuais a partir das evidências epidemiológicas (BRASIL, 2010c). Contudo, para isso, exige-se de profissionais, equipes, unidades e gestões que dediquem esforços para as ações de vigilância, com destaque para o preenchimento das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. A partir dessas ponderações e do grupo focal, propõe-se duas competências: *conhecer o quadro epidemiológico local em relação à infecção pelo HIV, incluindo taxa de detecção*; e *notificar novos casos de infecção pelo HIV e infecção pelo HIV em gestantes*.

Considerando o campo das intervenções comunitárias a partir desses diagnósticos territoriais, por ações de vigilância ou por percepções de outra ordem, se faz necessário destacar sua centralidade dentro do referencial teórico da atenção primária. A médica sanitária Barbara Starfield (2002) considerava que o reconhecimento das necessidades de saúde do território, a compreensão sobre as origens sociais dos processos de adoecimento e as ações de intervenção a nível coletivo seriam um atributo derivado da atenção primária, a que denominou “Orientação Comunitária”.

No Brasil, as ações de intervenção que envolvem práticas de educação em saúde, grupos terapêuticos, articulação intersetorial e participação social são, por sua vez, denominadas “Abordagem Comunitária” (BARRETO, 2013). Entende-se aqui que as práticas comunitárias podem ser realizadas em benefício das pessoas que vivem com HIV e do combate à estigmatização e à sorofobia, por isso propondo-se como competência *conhecer e utilizar ferramentas de abordagem comunitária para combater a sorofobia, realizar promoção de medidas de prevenção do HIV e facilitar grupos terapêuticos ou de educação em saúde relacionados ao tema*.

Dentre as ações de abordagem comunitária, o grupo focal deu destaque especial na discussão àquelas que tratavam da articulação de redes de cuidado intersetoriais, da mobilização de direitos sociais e da participação de profissionais nas disputas do Direito à Saúde de pessoas que vivem com HIV. A respeito da intersetorialidade, reproduz-se o texto abaixo.

A intersetorialidade é indispensável na Estratégia Saúde da Família, considerando que o fazer saúde não se faz só. Para desenvolver a promoção da saúde e prevenção de doenças, tudo perpassa outras secretarias, outros espaços, outros setores, levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença. A intersetorialidade convida as políticas públicas, os setores, as pessoas a irem além daquilo que imaginam que possam contribuir para a saúde integral da população. É um convite à ação para ir além do mínimo. Para tanto, entender e conhecer o território, é condição indispensável para agir de forma intersetorial. Além disso, manter um diálogo permanente e se responsabilizando pelo cuidado do sujeito/comunidade. É entender que juntos somos mais fortes e potentes que isolados. Então, hoje em dia, o trabalho intersetorial é fundamental para a Estratégia Saúde da Família. A intersetorialidade se concretiza nessa rede de apoio, nesse segurar de mãos, pra que a gente possa realmente enfrentar dificuldades. (DIAS *et al.*, 2014, p. 4375)

Entende-se, assim, que a intersetorialidade se encontra naquilo que se articula para formar ou ativar redes. Em relação ao cuidado de pessoas que vivem com HIV, esse processo pode se referir à articulação com a assistência social, com os órgãos de defesa da cidadania - como defensoria pública -, grupos terapêuticos, coletivos e movimentos sociais, órgãos colegiados de controle social e mídias. E essa articulação, sendo papel da atenção primária, é também papel da Medicina de Família e Comunidade. Por isso, propõe-se como competência *conhecer e articular com a rede intersetorial de apoio à pessoa que vive com HIV, como grupos terapêuticos, centros de cidadania, centros de acolhimento e movimentos sociais, estimulando também a participação social.*

Esse papel de promover a intersetorialidade se intersecciona com outro aspecto importante da atenção primária, que é a garantia e o acesso aos direitos sociais. Isto é, conhecer as políticas públicas e utilizá-las a favor de pacientes e território, facilitando o acesso aos direitos que são da governabilidade da atenção primária. Por exemplo, a pessoa que vive com HIV pode ter direito ao vale-transporte gratuito, à aposentadoria em casos de doença estabelecida com imunodeficiência, a isenções fiscais e a outros direitos. Essas ações tem relevância maior devido à vulnerabilidade a que estão sujeitas as pessoas que vivem com HIV, conforme se esclarece a seguir:

A relação entre vulnerabilidades e Aids tem mão dupla. A pobreza e outros marcadores de exclusão social têm um papel na construção da vulnerabilidade à doença. Por outro lado, diferentes aspectos ligados ao viver com HIV/Aids reforçam e produzem novas vulnerabilidades decorrentes do estigma da doença, que persiste impactando a saúde das pessoas mesmo após quatro décadas da epidemia. (DAMIÃO *et al.*, 2021, p. 2)

Considerando o combate às iniquidades que vulnerabilizam a população de pessoas que vivem com HIV, propõe-se as competências: *conhecer as principais políticas públicas que garantem os direitos das pessoas que vivem com HIV; e abordar e facilitar ou orientar o*

acesso a direitos sociais das pessoas que vivem com HIV, como vale-transporte social, direitos previdenciários e isenção fiscal.

Um último aspecto da abordagem comunitária, a mobilização de profissionais em defesa do Direito à Saúde de pessoas que vivem com HIV, ainda que não essencial para uma prática clínica, se mostra como fundamental para a defesa do Direito à Saúde de toda a população. Reconhecendo o fundamental papel que os movimentos sociais tiveram e seguem tendo na conquista do Direito à Saúde de pessoas que vivem com HIV, propõe-se como competência *engajar-se nas disputas pelo direito à saúde de pessoas que vivem com HIV, reconhecendo as conquistas dos movimentos sociais.*

Outro importante atributo derivado proposto por Starfield (2002), a “Orientação Familiar” tem na abordagem familiar seus processos de intervenção. Sua importância para a especialidade está estampada no nome da mesma, porque ela se propõe a valorizar a família como origem de processos de saúde e de adoecimento (SANTOS; DEVEZA, 2012). No caso das pessoas que vivem com HIV, entende-se que uma rede familiar de suporte fortalecida é capaz de dar apoio, prover e combater em conjunto processos de estigmatização. Por outro lado, uma cultura familiar violenta, que já estigmatiza o viver com HIV e que não se propõe a apoiar, poderia levar ao abandono emocional, violências físicas ou mesmo desabrigo. Dito isso, propõe-se como última competência, *utilizar as ferramentas de abordagem familiar no acompanhamento da pessoa que vive com HIV de acordo com demanda e necessidade e respeitando o sigilo, vontade e autonomia.*

5.4 RELAÇÃO COM COMPETÊNCIAS FORMALMENTE ESTABELECIDAS

O Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade, foi construído a partir das experiências e sugestões de médicas e médicos de família vinculados a diferentes programas de residência no país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015). Seu processo de construção se deu através de consulta pública e posterior discussão entre um grupo de trabalho de especialistas do Brasil com consultores canadenses, tendo como produto uma matriz extensa de competências. Mais tarde, ele viria a ser incorporado pela Comissão Nacional de Residência Médica à regulamentação nacional dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) do país (BRASIL, 2020a).

Em seu capítulo de Abordagem a Problemas Infeciosos, o Currículo Baseado em Competências apresenta um total de dez competências que se relacionam ao cuidado da

pessoa que vive com HIV (QUADRO 1). Por outro lado, outras das competências identificadas neste estudo estão compreendidas de maneira dispersa pelo currículo, em capítulos como os de Abordagem Individual, Abordagem Familiar, Abordagem Comunitária, Habilidades de Comunicação, Trabalho em Equipe Multiprofissional, Ética Médica e Bioética, Abordagem a Problemas de Saúde Mental e Atenção à Sexualidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015).

Também, os protocolos clínicos oficiais vigentes (BRASIL, 2017a; 2018; RIO DE JANEIRO, 2019), já abrangiam parte das competências apresentadas, ainda que de forma mais voltada aos fluxos clínicos e administrativos. Nesses, o foco nos aspectos clínicos biomédicos é ainda maior, o que se justifica por uma grande demanda de profissionais de saúde por ter fácil acesso a informações úteis ao raciocínio clínico e tomada de decisão.

Considerando o que vinha sendo proposto enquanto competências da Medicina de Família e Comunidade para o cuidado integral de pessoas que vivem com HIV, a matriz apresentada conserva ou amplia as pré-existentes e adiciona alguns novos conhecimentos, habilidades e atitudes ao rol de competências. Dessa forma, ela consolida parte dos entendimentos anteriores e aprofunda a compreensão sobre a formação de médicas e médicos de família e comunidade e, principalmente, seu compromisso com a integralidade do cuidado das pessoas que vivem com HIV.

5.5 PROPOSTA DE MATRIZ DE COMPETÊNCIAS

A matriz proposta abaixo (QUADRO 2) é apresentada como produto e recomendação deste estudo. Ela apresenta 38 competências, ainda que algumas possam ser consideradas integração de outras diferentes competências. Algumas competências atravessaram a definição de duas ou das três categorias estabelecidas, gerando a necessidade de se representar uma transversalidade delas. Ao todo, três competências foram classificadas como transversais às três categorias, duas como transversais a conhecimentos e habilidades e seis como transversais a habilidades e atitudes. Além das transversais, dez competências foram classificadas enquanto conhecimentos, onze enquanto habilidades e seis enquanto atitudes.

A classificação escolhida, entre conhecimentos, habilidades e atitudes, deve ser problematizada não apenas por seu viés epistemológico que não deriva do próprio referencial teórico de Perrenoud (1999; 2000; 2002) e outros, mas principalmente por se perceber uma indivisibilidade de algumas competências entre as três categorias. Não só isso, seria possível

questionar se não seriam todas as competências transversais a conhecimentos, habilidades e atitudes? Não faria parte, cada uma dessas categorias, dos recursos a serem mobilizados por cada uma das competências apresentadas?

Mesmo à luz dessas problematizações, optou-se pela apresentação da construção da matriz com a classificação de Conhecimentos Habilidades e Atitudes, para facilitar sua eventual apropriação por currículos assim organizados. Por outro lado, ainda que aqui se apresente segmentada, permite-se sua recomposição em listagem contínua ou temática de competências, assim como a interpretação das mesmas a partir de outras categorias que se adequem aos diferentes cenários.

QUADRO 2 - Proposta de Matriz de Competências da Medicina de Família e Comunidade para a Atenção Integral à Saúde de Pessoas que vivem com HIV

COMPETÊNCIA	C	H	A
Conhecer e reconhecer os processos de saúde e adoecimento individuais, explorando a experiência da pessoa que vive com HIV em relação aos sentimentos, ideias, funcionamento e expectativas sobre o diagnóstico	X	X	X
Conhecer e reconhecer no cuidado de pessoas que vivem com HIV os marcadores sociais de diferença, como raça, gênero e identidade de gênero, orientação sexual, religião, classe, grupos etários e território, orientando estratégias de cuidado individual e comunitário a partir dos mesmos	X	X	X
Formar vínculo entre profissional e paciente, família e território, visando beneficiar a continuidade do cuidado longitudinal e adesão terapêutica		X	X
Realizar escuta ativa, qualificada, integral e/ou terapêutica, mantendo atenção e esforço para compreensão ampliada da comunicação verbal e não verbal		X	X
Manter sigilo e construir estratégias para garantir o mesmo dentro e fora da unidade de saúde, incluindo cuidados com documentos, restringir informação à equipe profissional envolvida no cuidado direto e manter confidencialidade do prontuário médico		X	X
Manter postura empática, acolhendo sentimentos, ideias, expectativas e medos			X

Conhecer o quadro epidemiológico local em relação à infecção pelo HIV, incluindo taxa de detecção	X		
Notificar novos casos de infecção pelo HIV e infecção pelo HIV em gestantes		X	
Conhecer os conceitos e aspectos de modo de transmissão, comportamento de risco e medidas preventivas, incluindo prevenção	X		
Combater os estigmas construídos sobre “grupos de risco”, diferenciando e utilizando a noção de comportamento de risco, não discriminando orientações sexuais e identidades de gênero e combatendo lesbofobia, homofobia, bifobia, transfobia e outras discriminações			X
Abordar a redução de risco de transmissão, ofertando os diferentes métodos de prevenção disponíveis, incluindo preservativos, PrEP e PEP		X	
Conhecer os protocolos clínicos vigentes quanto à profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP)	X		
Conhecer os protocolos clínicos vigentes quanto à profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP)	X		
Conhecer os aspectos técnicos dos exames para diagnóstico do HIV, incluindo o conceito de janela imunológica	X		
Indicar e garantir a testagem para o HIV de acordo com dados clínicos, comportamento de risco e vontade e autonomia da pessoa, independente de orientação sexual, identidade de gênero ou estado civil		X	X
Realizar aconselhamento pré-teste: abordar sigilo, técnica, comportamento sexual, testagem de parcerias, possíveis diagnósticos, medos, expectativas, riscos, tratamentos, prevenção, redução de riscos e rede de apoio		X	
Realizar aconselhamento pós-teste (negativo): reafirmar sigilo, abordar janela imunológica, diferenciar negatividade de imunidade, avaliar medidas preventivas e redução de riscos		X	
Realizar aconselhamento pós-teste (positivo): reafirmar sigilo, acolher reações		X	

emocionais, ofertar testagem de parcerias sexuais, garantir continuidade do cuidado			
Conhecer os aspectos fisiopatológicos, apresentação clínica e complicações da infecção pelo HIV e da AIDS	X		
Conhecer os protocolos clínicos vigentes quanto ao tratamento medicamentoso do HIV, às interações medicamentosas dos antirretrovirais e ao monitoramento clínico da infecção, sobretudo quanto à interpretação dos exames de carga viral e contagem de linfócitos T CD4+	X		
Garantir acesso aos cuidados de saúde às pessoas que vivem com HIV, combatendo barreiras de acesso ao diagnóstico e tratamento e outras formas de violência institucional sorofóbica			X
Respeitar autonomia e vontade de pessoas que vivem com HIV durante seu acompanhamento, estabelecendo planos conjuntos		X	X
Avaliar a motivação da pessoa que vive com HIV em relação à proposta terapêutica, abordando de maneira respeitosa seus medos e expectativas		X	
Utilizar as ferramentas de abordagem familiar no acompanhamento da pessoa que vive com HIV de acordo com demanda e necessidade e respeitando o sigilo, vontade e autonomia		X	
Articular com outras categorias profissionais da equipe de saúde envolvida no cuidado para construção de Projeto Terapêutico Singular, desenvolvendo trabalho em equipe interprofissional		X	X
Abordar o uso de drogas legalizadas e não legalizadas, com postura não julgadora, propondo estratégias de redução de danos e abordando relações com antirretrovirais e com adesão terapêutica		X	
Abordar os direitos reprodutivos da pessoa que vive com HIV, abordando métodos contraceptivos, aconselhamento pré-concepcional, fazendo o manejo terapêutico do HIV durante a gravidez *** ou referenciando para a atenção especializada e aconselhando sobre contraindicação da amamentação		X	

Conhecer as principais complicações e doenças oportunistas graves relacionadas à síndrome da imunodeficiência adquirida, além de suas profilaxias	X		
Coordenar o cuidado da pessoa que vive com HIV, indicando o acompanhamento especializado, a avaliação em unidade de urgência e emergência ou a internação hospitalar quando necessários e dando seguimento ao cuidado de maneira compartilhada com os outros níveis de atenção		X	
Conhecer os protocolos de troca de terapia antirretroviral em casos de falha terapêutica, interpretando resultados de genotipagem ***	X		
Conhecer as principais políticas públicas que garantem os direitos das pessoas que vivem com HIV	X		
Abordar e facilitar ou orientar o acesso a direitos sociais das pessoas que vivem com HIV, como vale-transporte social, direitos previdenciários e isenção fiscal		X	
Engajar-se nas disputas pelo direito à saúde de pessoas que vivem com HIV***, reconhecendo as conquistas dos movimentos sociais			X
Conhecer e articular com a rede intersetorial de apoio à pessoa que vive com HIV, como grupos terapêuticos, centros de cidadania, centros de acolhimento e movimentos sociais, estimulando também a participação social	X	X	
Conhecer e utilizar ferramentas de abordagem comunitária para combater a sorofobia, realizar promoção de medidas de prevenção do HIV e facilitar grupos terapêuticos*** ou de educação em saúde relacionados ao tema	X	X	
Combater a sorofobia: enfrentando estigmas em relação ao HIV			X
Combater os processos de medicalização da saúde e uma visão redutora ao paradigma biomédico, como pelo enfrentamento da associação entre viver com HIV e estar doente e pela prevenção quaternária			X
Conhecer o conceito de “Indetectável igual a Intransmissível” (I = I), abordar práticas sexuais a partir dessa premissa e difundir essa informação como estratégia de combate à estigmatização da pessoa que vive com HIV	X	X	X

C: Competências. H: Habilidades. A: Atitudes. ***: Competências não essenciais.

FONTE: Elaborado pelo autor, 2022.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após cerca de 40 anos dos primeiros diagnósticos de HIV no Brasil, muitas conquistas foram alcançadas, mas ainda há muito a se caminhar. Na década de 1980, receber o diagnóstico do HIV eram duas sentenças de morte ao mesmo tempo: a previsão da provável morte do corpo, por uma doença ainda pouco conhecida; e a precoce morte social, pelo julgamento, estigmatização, marginalização e pelo processo de luto antecipado pela própria vida. Os avanços biomédicos garantiram ao longo dos anos o desenvolvimento e aperfeiçoamento do tratamento antirretroviral e, com isso, novas perspectivas de sobrevivência e vida para quem era diagnosticado. Ao mesmo tempo, ainda que mais lentamente, a disputa política dos movimentos sociais de pessoas que vivem com HIV vem conquistando uma série de direitos, cobrando do Estado e do restante da sociedade mudanças de atitude, o combate à sorofobia e a construção de políticas públicas voltadas para a garantia desses direitos.

Por outro lado, num momento em que o país atravessa importantes disputas ideológicas de projeto de nação e sociedade, o que foi ainda mais acentuado durante os primeiros anos da pandemia da COVID-19, alguns retrocessos se apresentam como desafios para essa população. A materialização dessa ideologia reacionária se concretizou no período de 2019 a 2022, período durante o qual o governo federal, na figura do presidente da república, Jair Bolsonaro, reduziu a verba dos programas de combate ao HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, além de disseminar notícias falsas como quando relacionou a vacinação contra COVID-19 ao desenvolvimento de AIDS. Com parte dos avanços sociais ameaçados por movimentos e políticas reacionárias, a manutenção de direitos conquistados é desafio cotidiano, sobretudo para os grupos mais marginalizados.

Nesse contexto, o Direito à Saúde é tema fundamental para a efetiva garantia de cidadania dessa parte da população. Dessa forma, para além da existência de um sistema de saúde público, gratuito e universal, se fazem necessárias estratégias que garantam o acesso às pessoas que vivem com HIV, divergindo do processo histórico e social de marginalização dessas pessoas, de seus corpos e de sua sociabilidade. Por isso, políticas públicas de saúde voltadas para essa população se fazem necessárias, fazendo com que o SUS garanta de fato sua universalidade constitucional a esse grupo. Nesse sentido, o processo de descentralização da prevenção, do diagnóstico, do tratamento e do monitoramento do HIV para a atenção primária vem sendo uma forma de garantir acesso e, dessa forma, garantir a equidade. Também, estratégias que garantam a atenção integral a essas pessoas, combatendo as práticas

discriminatórias e o reducionismo biomédico que as aborda enquanto “doentes de HIV”, são medidas que interseccionam a integralidade e a equidade.

Como a especialidade médica do modelo preferencial de atenção primária à saúde no Brasil, a Medicina de Família e Comunidade tem, então, um papel fundamental nessas mudanças de paradigmas para garantir a universalidade, integralidade e equidade para as pessoas que vivem com HIV. Compreendendo que esse cuidado integral a ser provido não é uma habilidade inata, um dom ou uma posição exclusivamente ideológica, mas sim uma técnica, formar a partir das competências relacionadas a esse cuidado se faz necessário.

Neste trabalho, foram trazidas propostas de Competências da Medicina de Família e Comunidade para a Atenção Integral à Saúde de Pessoas que Vivem com HIV abordadas e debatidas no grupo focal, identificadas e traduzidas à luz do referencial teórico, embasadas em protocolos clínicos e outros documentos oficiais e discutidas a partir de sua contextualização e validação na literatura. Ao se comparar com o que se havia pré-estabelecido na especialidade e nos protocolos clínicos relacionados ao tema, identificou-se uma visão reduzida sobre o escopo de atuação da medicina de família e comunidade. Espera-se, portanto, que os resultados desse estudo possam vir a contribuir para a complementação desse currículo acadêmico e profissional da especialidade.

Para este estudo, optou-se por escolhas metodológicas que impõem limitações a serem reconhecidas. Primeiro, ao olhar para as competências não a partir da equipe multiprofissional e interdisciplinar, mas apenas sob a perspectiva da especialidade de uma categoria profissional. Reconhecer essa limitação metodológica é reconhecer a restrição deste estudo em sua capacidade de abranger a integralidade do trabalho na atenção primária - e reconhecer a restrição de um modelo de atenção à saúde médico-centrado. Dito isso, para se extrapolar as conclusões deste estudo para as demais categorias, se faz necessário um olhar diferenciado sobre suas atribuições, práticas e saberes, identificando o que se é exclusivo de cada uma e o que se é transversal a algumas ou mesmo todas as categorias.

Segundo e não menos importante, este trabalho parte de perspectivas e percepções profissionais e acadêmicas, não explorando o lugar de fala de quem vive com o HIV. A contribuição da experiência e vivências de profissionais é o lugar de fala de profissionais, sendo importante para se pensar o cuidado, mas limitado ou incapaz de representar demandas e necessidades de cuidado de pessoas que não estão nos lugares de poder. Esse lugar à margem do poder já é uma realidade para todas as pessoas que vivem com HIV, seja pelos estigmas sociais, seja pelo biopoder exercido particularmente por governos, sistemas e profissionais de saúde. Além disso, pessoas que são atravessadas por outras opressões,

sobretudo raciais e de gênero, e vivem com HIV estão ainda mais distantes desses lugares de poder, tendo maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, menor representatividade nos espaços decisórios e menor alcance por políticas voltadas para a prevenção ou tratamento do HIV. Portanto, há que se reconhecer a necessidade de se prosseguir com o estudo dessas competências no futuro em diálogo com as vivências das pessoas que vivem com HIV durante seu itinerário terapêutico na atenção primária e no restante do sistema de saúde, em face da violência institucional, com observância dos recortes de opressões interseccionais.

Espera-se, por fim, que este trabalho possa apoiar a formação de futuras médicas e médicos de família e comunidade, ajudando a orientar o modelo de educação dessa especialidade médica para um olhar ainda mais ampliado, que tensione os paradigmas hegemônicos e que combata de verdade a sorofobia. Espera-se ainda que as competências aqui apresentadas consigam ser pontos de partida, mas não de chegada, para uma prática médica na atenção primária que ajude a garantir às pessoas que vivem com HIV o acesso, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade para fora da retórica dos papéis e discursos, e façam parte do que deveria ser de fato de toda a população - o Direito à Saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Bernardo Lago. **Avaliação de implantação do novo modelo de cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro, RJ: HESFA/UFRJ, 2017.
- ALVES, Edvaldo Carvalho; AQUINO, Mirian Albuquerque. **A Pesquisa Qualitativa: origens, desenvolvimento e utilização nas dissertações do PPGCI/UFPB - 2008 a 2012**. João Pessoa, PB: Inf. & Soc.: Est., v.22, 2012.
- ANDERSON, Maria Inez Padula; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; RODRIGUES, Ricardo Donato. **A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades**. Rio de Janeiro, RJ: Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, v. 3, 2007.
- ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família**. Rio de Janeiro, RJ: Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, 2007.
- AUGUSTO, Daniel Knupp *et al.* **Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil?** Rio de Janeiro, RJ: Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, v. 13, 2018.
- BARRETO, Ivana Cristina Holanda Cunha *et al.* Educação em Saúde e Intervenções Comunitárias. In: DUNCAN, Bruce. **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2013.
- BENEVIDES, Bruna; NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfim. **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020**. São Paulo, SP: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021
- BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira. OLIVEIRA, Rosely Magalhães. SEVALHO, Gil. **Determinação ou Determinantes Sociais da Saúde: texto e contexto na América Latina**. Rio de Janeiro, RJ: Trab. Educ. Saúde, v. 16, n. 3, 2018;
- BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 1940.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002. **Política de Incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Vigilância do HIV no Brasil: Novas Diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Cadernos de Atenção Básica - n.º 18. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Transexualidade e Travestilidade na Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **HIV AIDS 2017**. [Boletim Epidemiológico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Casos de Aids diminuem no Brasil: Boletim Epidemiológico sobre a doença aponta queda na taxa de detecção de Aids no país desde 2012. **Aids.gov.br**

[Sítio eletrônico]: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/casos-de-aids-diminuem-no-brasil>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV AIDS 2021**. [Boletim Epidemiológico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

CALAZANS, Gabriela. **Prevenção do HIV e da Aids**: a história que não se conta/ a história que não te contam. Rio de Janeiro, RJ: ABIA, 2019.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **Os Princípios da Medicina de Família e Comunidade**. Juiz de Fora, MG: Revista APS, v. 8, 2005.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; COHN, Amélia; BRANDÃO, Ana Laura. **Trajatória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015**. Cem anos de inovações e conquistas. Rio de Janeiro, RJ: Ciência & Saúde Coletiva, v.21, n.5, 2016.

CARDOSO, Gisela Cordeiro Pereira; OLIVEIRA, Cathana Freitas; WERLANG, Patrícia. **Grupos focais como instrumento para elaboração de material educativo e participação social de pessoas vivendo com HIV-Aids e tuberculose**. Uberlândia, MG: J. Manag. Prim. Health Care, v. 5, 2014.

CARRIÓ, Francisco Borrell. **Entrevista Clínica: Habilidades de Comunicação para Profissionais de Saúde**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2012.

CARVALHO, Marília Sá. **A Vigilância Epidemiológica e a Infecção pelo HIV**. Rio de Janeiro, RJ: Cad. Saúde Pública, v. 5, n. 2, 1989.

CEITLIN, Julio. *Elementos esenciales, fundamentos y principios de la medicina familiar*. In: CEITLIN, Julio; GASCÓN, Tomás Gómez. **Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo**. Madrid, Espanha: CIMF/SEMFYC, 1997.

CLEMENTE, Fabiane Aparecida Santos. **Competência e sua Encruzilhada Conceitual: há um caminho abaixo da linha do Equador?** Cuiabá, MT: Rev. Panorâmica, v. 33, 2021.

CLEMENTE, Tânia Maria Guelpa. **Racismo institucional: dificuldades e alternativas no enfrentamento à epidemia de DST/Aids**. [Monografia]. São Paulo, SP: USP, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 2.217/2018. Brasília, DF: CFM, 2018.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. SCHNEIDER, Liane [Tradutora]. Revista Estudos Feministas, v. 10, n. 1, 2002.

CUTOLO, Luiz Roberto Ágea; MADEIRA, Karin Hamerski. **O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental**. Florianópolis, SC: Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 39, n. 3, 2010.

DAMIÃO, Jorginete de Jesus *et al.* **Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde:** nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades? Rio de Janeiro, RJ: Saúde em Debate, v. 46, n. 132, 2022.

DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* **Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família:** tudo ou quase nada a ver? Rio de Janeiro, RJ: Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 11, 2014.

FALK, João Werner. **A Medicina de Família e Comunidade e sua Entidade Nacional:** histórico e perspectivas. Rio de Janeiro, RJ: Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, v. 1, 2004.

FERIOTTI, Maria de Lourdes. **Equipe Multiprofissional, Transdisciplinaridade e Saúde:** desafios do nosso tempo. São Paulo, SP: Vínculo - Rev. do NESME, v.2, n. 6, 2009.

FERRAN, Judith Elba Merlo. **Noção de Competência:** revisitando a produção científica e a perspectiva de consultores. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre, RS: UFRGS, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/25584>. Acesso em 21/08/2022.

FERRARI, Felipe Cavalcanti. **Biomedicalização da resposta ao HIV/Aids e o caso da emergência da PrEP:** um ensaio acerca de temporalidades entrecruzadas. Natal, RN: Equatorial, v. 4, n. 7, 2017.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; VARGA, Cássia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira. **Trabalho em equipe multiprofissional:** a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Rio de Janeiro, RJ: Ciênc. Saúde Coletiva, v. 14, 2009.

FERREIRA JUNIOR, Orlando; MOTTA, Leonardo. Três décadas de diagnóstico de HIV: a experiência brasileira. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórias de luta contra a AIDS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.** [Material didático]. UNASUS, Unifesp, 2011.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I:** a vontade de saber. ALBUQUERQUE, Maria Thereza; ALBUQUERQUE, J. A. Guilhon [tradutores]. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população:** Curso dado no *Collège de France* (1977-1978). São Paulo, SP: Martins Fontes, 2008.

FREEMAN, Thomas. *McWhinney's Textbook of Family Medicine.* 4ª ed. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press, 2016.

GALVÃO, Anna Larice Meneses. **Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social:** uma revisão de escopo. São Paulo, SP: Saúde Soc., v.30, n.2, 2021.

GIL, Antonio Carlos. Como classificar as pesquisas? *In:* _____. **Como elaborar projetos de pesquisa?** 4ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. *In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz, 2009.

GOMES, Andréia Patrícia *et al.* **Sigilo, confidencialidade e privacidade: perspectivas pedagógicas na Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF: Tempus, actas de saúde colet, v. 14, n. 2, 2021

GONÇALVES, Leandro Augusto Pires *et al.* **Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades – uma (não) agenda?** Rio de Janeiro, RJ: Saúde Debate, v. 43, n. 8, 2019.

GRANGEIRO, Alexandre *et al.* **Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais**. Brasília, DF: Tempus-Actas de Saúde Coletiva, 2010.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. **Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015**. Rio de Janeiro, RJ: Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 5, 2016.

GREEN, James; CAETANO, Márcio; FERNANDES, Maria. **A História do Movimento LGBT no Brasil**. São Paulo, SP: Ed. Alameda, 1ª ed., 2018.

KEMPER, Elisandrea Sguario; MOLINA, Joaquín; VIVAS, Gabriel. O Programa Mais Médicos e a sua contribuição para a universalização da saúde. *In: ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. Relatório 30 anos de SUS: que SUS para 2030?* Brasília, DF: OPAS, 2018.

KITZINGER, Jenny. Grupos Focais. *In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas (org.). Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

LAGES, Sônia Regina Corrêa. **Desafios para o Enfrentamento ao HIV/AIDS entre os Homossexuais Negros**. Valinhos, SP: Encontro: Rev. Psicologia, v. 17, n. 27, 2014.

LOIOLA, Léia de Melo. **Breve Histórico do Termo Competência**. Brasília, DF: Hist. Ens. Ling. Brasil, v. 7, 2013.

LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **A importância do afeto na conduta do Médico de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, RJ: Rev Bras Med Fam Comunidade, v. 8, n. 26, 2013.

LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Princípios da medicina de família e comunidade. *In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática*. Porto Alegre, RS: Ed. Artmed, 2ª ed., 2018.

LÓPEZ, Laura Cecilia. **Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero**. São Paulo, SP: Saúde Soc., v.20, n.3, 2011.

MBEMBE, Achille. Necropolítica, una revisión crítica. In: CHÁVEZ, Helena; JEZIKV, E. *Estética y Violencia: necropolítica, militarización y vidas lloradas*. México: Museo Universitario Arte Contemporáneo, Universidad Nacional Autónoma de México, 2012.

MCWHINNEY, Ian Renwick. *General practice as an academic discipline: reflections after a visit to the United States*. The Lancet, v. 1, 1966.

MELLO, Luiz; GONÇALVES, Eliane. **Diferença e interseccionalidade**: notas para pensar práticas em saúde. Natal, RN: Rev. Pós-Grad. Cienc. UFRN, v. 11, n. 2, 2010.

MELO, Eduardo Alves; MAKSUD, Ivía; AGOSTINI, Rafael. **Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil**: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? São Paulo, SP: Rev. Panam. Salud Publica, v. 42, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 18ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MONTEIRO, Ana Lucia; VILLELA, Wilza Vieira. **A Criação do Programa Nacional de DST e Aids como Marco para a Inclusão da Idéia de Direitos Cidadãos na Agenda Governamental Brasileira**. Psicologia Política, v. 9, n. 17, 2009.

NALIN, Vinícios. “Peste Gay”: veiculação midiática e os estigmas criados sobre o surgimento da AIDS na década de 1980. In: SIMPÓSIO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO SUL DO BRASIL, 1, 2021, [Evento virtual]. **Anais eletrônicos** [...]: UFFS, 2021.

NASCIMENTO, Milton. **Coração de Estudante**. Rio de Janeiro: BMG/Ariola, 1983.

NUNES JR., Sebastião Silveira; CIOSAK, Suely Itsuko. **Terapia Antirretroviral para HIV/AIDS**: o estado da arte. Recife, PE: Rev enferm UFPE online, v. 12, n. 4, 2018.

OLIVEIRA, Carlos Henrique. **Discriminação e estigma do HIV/aids**: o grande vilão da soropositividade. Agência de Notícias da AIDS [Site eletrônico], 2018. Disponível em <https://agenciaaids.com.br/artigo/discriminacao-e-estigma-do-hiv-aids-o-grande-vilao-da-soropositividade/>. Acessado em 03/08/2021

OLIVEIRA, Francisco Arsego; PELLANDA, Lucia Campos. A Consulta Ambulatorial. In: DUNCAN, Bruce *et al.* **Medicina Ambulatorial**: Condutas clínicas em atenção primária. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA. **Regions and Member Organizations**. *WONCA Online* [Site eletrônico]. Disponível em: <https://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/Regions.aspx>. Acessado em 10/06/2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Report of the International Conference on Primary Health Care**. Genebra, Suíça: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **HIV/AIDS Data and statistics**. *Global HIV Programme* [Site eletrônico]. OMS, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/hiv/data/en/>. Acessado em: 10/06/2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. [Site eletrônico]. OMS, 2020.

Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acessado em: 28/08/2022.

PARKER, Richard; CAMARGO JR., Kenneth Rochel. **Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos**. Rio de Janeiro, RJ: Cad. Saúde Pública, v. 16, n. 1, 2000.

PARRY, Scott B. **The quest for competencies**. Nova Iorque, EUA: *Training*, v. 33, n.7, p. 48–56, 1996.

PARUCKER, Lucy Maria Bez Birolo (coord.). **Infecções sexualmente transmissíveis: cuidados na execução dos testes rápidos**. Florianópolis, SC: UFSC, 2017.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. **Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde**. Botucatu, SP: Rev. Interface, v. 22, n. 2, 2018.

PELLIN, Paulo Peroni. **Currículo Baseado em Competências: uma proposta para o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Município de Campo Bom - RS**. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre, RS: UFRGS, 2020.

PERRENOUD, Philippe. **Construir as competências desde a escola**. MAGNE, Bruno Charles [tradutor]. Porto Alegre, RS: Artmed, 1999.

PERRENOUD, Philippe. **Construindo Competências: entrevista com Philippe Perrenoud, Universidade de Genebra**. [Entrevista concedida a] Paola Gentile e Roberta Bencini. In Nova Escola, 2000. Disponível em:

http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2000/2000_31.html. Acessado em 03/08/2021.

PERRENOUD, Philippe. A formação dos professores no século XXI. In: PERRENOUD, Philippe *et al.* **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PINHEIRO, Clara Virgínia de Queiroz; MEDEIROS, Nathassia Matias. **Práticas de prevenção do HIV/Aids e modos de subjetivação**. Rio de Janeiro, RJ: Physis Rev. de Saúde Coletiva, v. 23, n. 2, 2013.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Lígia. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)**. Rio de Janeiro, RJ: Ciênc. Saúde Coletiva, v. 23, 2018.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Guia de Terminologia do UNAIDS**. Brasília, DF: UNAIDS, 2017.

RIBEIRO, Djamila. **O que é: lugar de fala?** Belo Horizonte, MG: Letramento: Justificando, 2017.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde. Gerência de DST/AIDS. **Guia de Referência Rápida – Infecção por HIV e AIDS**. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Infecção pelo HIV e AIDS: prevenção, diagnóstico e tratamento na atenção Primária**. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde, 2ª ed., 2019.

SANTOS, Neilton. Componentes e atributos que configuram a qualidade na relação médico-paciente / Neilton Santana Santos. – Florianópolis, 2004.

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos; DEVEZA, Michael. **A AIDS como condição crônica e o papel do médico de família e de comunidade e da estratégia de saúde da família**. Florianópolis, SC: Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, v. 7, 2012.

SANTOS, Paulo *et al.* **A árvore da WONCA**: tradução e adaptação cultural para português. Lisboa, Portugal: Rev. Port. Med. Geral Fam., v. 37, 2021.

SARAIVA, Lorena Santos Dantas. **O Serviço de Atenção Básica como o “Terreiro” da Casa**: lugar, gênero e sexualidade nas práticas de saúde em HIV/AIDS em um contexto interiorano. [Dissertação de Mestrado]. Caicó, RN: UFRN, 2019.

SCIAROTTA, Daniely *et al.* **O “segredo” sobre o diagnóstico de HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde**. Botucatu, SP: Rev. Interface, v. 25, n. 25, 2021.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. A Pesquisa Científica. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre, RS: Ed. UFRGS, 2009.

SIMAS, Keith Bullia da Fonseca *et al.* **A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil**: Breve recorte histórico. Rio de Janeiro, RJ: Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, v. 13, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, RJ: SBMFC, 2015.

SOUZA, Suzy Anne Lopes; SILVEIRA, Lia Márcia Cruz. **(Re)Conhecendo a Escuta como Recurso Terapêutico no Cuidado à Saúde da Mulher**. Campo Grande, MS: Revista Psicologia e Saúde, v. 11, n. 1, 2019.

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

STEWART, Moira *et al.* **Patient-centered medicine: transforming the clinical method**. Califórnia, EUA: Sage Publications, 1995.

STEWART, Moira *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa**: transformando o método clínico. Porto Alegre, RS: Artmed, 3ª ed., 2017.

STORTI, Moysés Martins Tosta; OLIVEIRA, Felipe Proenço; XAVIER, Aline Lima. **A expansão de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos**. Botucatu, SP: Interface (Botucatu), 2017.

TAGLIATE, Angra Dias da Silva; FRANCO, Neil. **Travestis vivendo com HIV/AIDS e seus Determinantes Sociais**: antes e depois do diagnóstico. Salvador, BA: Rev. Bras. de Pesq. (Auto)Biográfica, v. 05, n. 13, 2020.

TARGA, Leonardo Vieira; OLIVEIRA, Francisco Arsego. Cultura, saúde e o médico de família e comunidade. *In*: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, formação e prática. Porto Alegre, RS: Ed. Artmed, 2ª ed., 2018.

TESSER, Charles Dalcanale. **Três considerações sobre a “má medicina”**. Botucatu, SP: Rev. Interface, v. 13, n. 31, 2009.

TESSER, Charles Dalcanale. **Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde**. São Paulo, SP: O Mundo da Saúde, v. 36, n. 3, 2012.

TRINDADE, Thiago Gomes; BATISTA, Sandro Rodrigues. **Medicina de Família e Comunidade**: agora mais do que nunca! Rio de Janeiro, RJ: Ciênc. Saúde Coletiva, v. 21, 2016.

VICENTE, Verónica Casado. *La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años: Perspectiva mundial y europea*. Barcelona, Espanha: AMF/SEMFYC, v. 14, 2018.

VIEIRA, Renata *et al.* **Atenção Primária à Saúde quebrando tabus**: memorial do I Seminário de Sexualidade e Diversidade da SBMFC. Rio de Janeiro, RJ: Rev Bras Med Fam Comunidade, v. 14, n. 41, 2019.

VINUTO, Juliana. **A Amostragem em Bola de Neve na Pesquisa Qualitativa**: um debate aberto. Campinas, SP: Temáticas, v. 22, (44), 2014.

WESTPHAL, Marcia Faria; BOGUS, Cláudia Maria; FARIA, Mara de Mello. **Grupos focais**: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Washington, EUA: Bol. Oficina Sanit. Panam., v. 120, n. 6, 1996.

WINTERTON, Jonathan. DELAMARE-LE DEIST, Françoise. STRINGFELLOW, Emma. *Typology of knowledge, skills and competences: clarification of the concept and prototype*. European Centre for the Development of Vocational Training (Cedefop). European Communities, 2006. Disponível em: https://www.cedefop.europa.eu/files/3048_en.pdf. Acesso em 21/08/2022.

ZABALA, Antoni; ARNAU, Laia. **Como aprender e ensinar competências**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves. **O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde**. Campinas, SP: Estudos de Psicologia, v. 20, n. 4, 2015.

ZAMBONI, Márcio. **Marcadores sociais da diferença**. Sociologia: grandes temas do conhecimento (Especial Desigualdades). São Paulo, SP: Sociologia Especial, v. 1, 2014.

APÊNDICE A - TCLE GRUPO FOCAL

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada ou prezado participante,

Você está sendo convidada ou convidado a participar da pesquisa “Competências da Medicina de Família e Comunidade para a Atenção Integral à Saúde de Pessoas que Vivem com HIV”, conduzida pelo mestrando Gabriel Velloso Pereira (pesquisador responsável), vinculado à Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). A pesquisa é feita sob orientação da pesquisadora Prof.^a Dr.^a Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, em conjunto com a pesquisadora Prof.^a Dr.^a Valéria Ferreira Romano. O objetivo central desta pesquisa consiste em analisar as competências da formação em Medicina de Família e Comunidade sobre a Atenção Integral à Saúde das Pessoas que Vivem com HIV.

Este trabalho se justifica diante da atribuição da Medicina de Família e Comunidade enquanto especialidade qualificada para o trabalho na Atenção Primária em realizar, junto às demais categorias da APS, o acompanhamento integral de saúde de pessoas que vivem com o HIV. Dessa forma, identificar e discutir as competências que a especialidade poderia ter de maneira universal nesse campo se torna relevante para o aprofundamento do papel da especialidade e da APS na promoção e prevenção de saúde.

Sua participação na pesquisa consistirá em um encontro através de plataforma virtual, previamente agendado, com o pesquisador e pesquisadora(s) e demais participantes, em uma atividade de grupo focal. O grupo focal consiste em instrumento de pesquisa qualitativa que visa examinar a compreensão que os indivíduos têm sobre determinados objetos, assim como a atitude em relação aos processos envolvidos. Esse grupo será formado por até doze participantes. Sua desistência e/ou recusa em participar não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador e/ou com a instituição na qual trabalha. Para preencher este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responda se concorda com sua inclusão no estudo. Ao responder “sim” à pergunta, você afirma estar ciente e concordar com o conteúdo deste TCLE. A qualquer momento, durante sua participação, você poderá revogar

sua concordância com este documento, devendo para isso apenas fechar o programa de videoconferência, não havendo qualquer prejuízo envolvido para si com esta decisão.

Serão tomados todos os cuidados para buscar ao máximo a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas. O grupo focal será gravado e apenas o pesquisador e as pesquisadoras terão acesso à íntegra das gravações, se comprometendo com o dever de sigilo e confidencialidade e não uso destas informações para outros fins. Quaisquer dados obtidos a partir do grupo focal serão analisados e publicados de maneira não identificada de seus participantes, minimizando a possibilidade de identificação de quem participar.

O tempo estimado para o grupo focal é de no máximo duas horas. Ao responder “sim”, você estará firmando seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. Vale destacar que, por se tratar de uma pesquisa em ambiente virtual, esta pode apresentar limitações devido às tecnologias utilizadas.

Sua participação não é obrigatória, você pode desistir de participar ou se recusar a responder determinada questão, sem lhe causar prejuízos ou danos, atuais ou futuros. Toda pesquisa tem riscos potenciais a depender de seus objetivos e da metodologia selecionada. Neste caso específico, a reflexão promovida pelo grupo focal pode trazer alguma emoção negativa ou algum comprometimento em termos de afeto na relação com outras ou outros participantes, porém você tem a opção de desistir de participar ou de se negar a responder a alguma questão sensível, se assim o desejar. Destaca-se também os riscos envolvendo consumo de tempo pessoal, consumo de dados de *internet* e comprometimento ergonômico durante a participação. Ainda que haja o compromisso por parte da pesquisa quanto à anonimização dos participantes, por terem outras pessoas no grupo, não há como garantir a não identificação e a confidencialidade dos demais participantes e, portanto, não há como garantir o sigilo da participação.

Caso ocorra alguma dúvida ou desconforto durante o grupo focal, você pode entrar em contato a qualquer momento com o pesquisador responsável para solicitar informações e esclarecimentos. Se houver qualquer dano à saúde física ou mental relacionado a este instrumento, você poderá ser encaminhado a um serviço da rede pública de saúde pelo pesquisador. Caso ocorra algum dano evitável, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, o participante terá direito a buscar indenização, através das vias judiciais, como dispõe a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Com relação aos benefícios à pesquisa, a sua participação contribuirá para levantamento de dados sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade em relação à Atenção Integral à Saúde de Pessoas que Vivem com HIV, podendo favorecer futuras

intervenções que visam qualificar a formação desta especialidade e de sua atuação na Atenção Primária à Saúde.

Após a sistematização e análise dos dados, esses serão divulgados no formato de relatório ou artigo científico a serem compartilhados com a comunidade acadêmica de interesse. Será enviada devolutiva aos participantes do grupo focal por correio eletrônico, informando os principais resultados desta pesquisa. Todos os registros textuais e gravações serão mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e 510/2016 e, com o fim deste prazo, será descartado. No caso de utilização dos dados em pesquisas futuras, será necessário um novo contato para que você forneça seu consentimento específico, além da apresentação do novo projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Caso haja alguma dúvida ou sugestão, você pode entrar em contato com o CEP da ENSP/FIOCRUZ, que aprovou o projeto, ou com o pesquisador responsável pela pesquisa. Enviaremos via digitalizada deste TCLE assinada pelo pesquisador responsável para cada participante após a realização do grupo focal, através de correio eletrônico ou aplicativo de mensagem instantânea, conforme previsto no documento “Orientações do CEP/ENSP para a apresentação e consentimento em pesquisas que serão realizadas online / ambiente virtual”. Sugere-se que a participante ou o participante imprima este documento para ter consigo os contatos da pesquisa.

CEP/ENSP/FIOCRUZ - O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Telefone: (21) 2598-2863. Correio eletrônico: cep@ensp.fiocruz.br. Endereço eletrônico: <http://cep.ensp.fiocruz.br>. Endereço físico: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Gabriel Velloso Pereira. Telefone: (21) 999987218. Correio eletrônico: gabrielveloso.ph@gmail.com. Endereço físico: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, CEP 21.040-210.

Agradecemos sua participação.

PARTICIPANTE: _____

DATA DA PARTICIPAÇÃO: _____

GABRIEL VELLOSO PEREIRA

Pesquisador Responsável

APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

1) APRESENTAÇÃO

- Boas vindas e apresentação da equipe de pesquisa;
- Leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Concordância ou Discordância com o TCLE;
- Apresentação de Participantes (nome, ano e programa de formação, campo de atuação atual);
- Apresentação e Contextualização sobre Competências, Conhecimentos, Habilidades e Atitudes.

2) PERGUNTAS DISPARADORAS

- Para você, o que envolve o acompanhamento de pessoas que vivem com HIV?
- Durante a sua residência, quais competências você identifica em relação ao acompanhamento de pessoas que vivem com HIV?
- Considerando sua prática clínica e comunitária, quais outras competências você acha que poderiam fazer parte dessa formação?
- Quais competências avançadas (além da formação básica na especialidade) você acha que poderiam caber às Médicas e Médicos de Família e Comunidade para esse acompanhamento?

3) ENCERRAMENTO

- Pergunta final: Como foi para você participar deste grupo?
- Informações sobre devolutiva e TCLE digitalizado;
- Agradecimento pela participação.