



---

---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

---

**PRÁTICAS DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: UM ESTUDO DE CASO EM UM MUNICÍPIO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ-AÇU, SANTA CATARINA – BRASIL****PRACTICES OF A MULTIPROFISSIONAL GROUP FOR PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS : A CASE STUDY IN A CITY OF FOZ DO RIO ITAJAÍ-AÇU, SANTA CATARINA STATE- BRAZIL**

Rosalie Kupka Knoll<sup>1</sup>  
Marcos Aurelio Maeyama<sup>2</sup>  
Paula Camila Schmidlin<sup>3</sup>  
Tiago Luan Branchi<sup>4</sup>

**RESUMO**

A incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) continua a aumentar em nosso país, mesmo com o avanço da Terapia antirretroviral (TARV) e a diminuição da mortalidade. Assim, aspectos relacionados ao cuidado destes pacientes tornam-se relevantes, especialmente quanto ao papel das equipes de saúde provedoras da atenção. O objetivo deste trabalho foi identificar particularidades relacionadas ao cuidado das pessoas com HIV/AIDS em um centro de referência de um município da Foz do Rio Itajaí-Açu, Santa Catarina – Brasil. Foi realizado um estudo qualitativo com coleta de dados por meio de grupo focal e utilizada a técnica de análise de conteúdo temático para avaliação e apresentação dos resultados. Identificaram-se duas grandes categorias, com suas respectivas subcategorias sendo: aspectos promotores de cuidado (acolhimento no serviço de saúde, trabalho em equipe, entendimento/aceitação da doença, presença de rede de apoio, existência de grupos nos serviços, atenção individual do profissional e tratamento medicamentoso) e aspectos dificultadores do cuidado (baixo número de profissionais; falta de ambiência/espaço físico adequado no serviço; sigilo/estigma do local e gestão dos serviços). Conclui-se que o cuidado do paciente com HIV/AIDS apresenta dimensões que extrapolam o conhecimento técnico sobre a doença, devendo considerar aspectos relacionados à vida da pessoa, na qual a organização do serviço de saúde apresenta papel determinante. Aspectos estruturais e de gestão também foram identificados como importantes na adesão ao tratamento e no cuidado desses pacientes.

**Descritores:** HIV. AIDS. Adesão ao tratamento. TARV. Cuidado. Equipe de saúde.

**ABSTRACT**

The incidence of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) continues to increase in our country in despite of the advance of antiretroviral therapy (ART) and decreased mortality. Thus, related aspects to the care of these patients become relevant, especially about the role of health care providers. The objective of this study was to identify aspects related to the care of people with HIV/AIDS, in a

---

<sup>1</sup>Médica infectologista na Prefeitura Municipal de Saúde de Balneário Camboriú, coordenadora do curso de medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Especializada em Saúde Pública, Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. E-mail: rosalie@univali.br.

<sup>2</sup>Odontólogo, doutor em Saúde Coletiva, professor do curso de medicina da UNIVALI, consultor do TelessaúdeSC. E-mail: marcos.aurelio@univali.br.

<sup>3</sup>Médica generalista graduada pela UNIVALI, médica da AMPLA Clínica Médica em Florianópolis. E-mail: paula.schmidlin@gmail.com.

<sup>4</sup>Médico generalista graduado pela UNIVALI, médico da Prefeitura Municipal de Gaspar. E-mail: tiagoluanlb@gmail.com.



reference center of a city of Foz do Rio Itajaí-Açu, Santa Catarina - Brazil. A qualitative study was conducted with data collection with a focus group, and the thematic content analysis technique was used for analysis and presentation of results. Two major categories related to the care of people with HIV/AIDS were identified, with their respective subcategories: care-promoting aspects (health service reception, teamwork, understanding / acceptance of the disease, presence of support network, existence of groups in this service, individual professional attention and drug treatment) and aspects that hinder the care (low number of professionals; missing ambience/suitable physical space in the service; confidentiality / stigma of the place and management of the services). It is concluded that the care of patients with HIV/AIDS has dimensions which go beyond the technical knowledge about the disease, and aspects related to the person's life should be considered, which the organization of the health service plays a determining role. Structural and management aspects were also identified as important aspects that interfere in the patient adherence and care.

**Keywords:** HIV. AIDS. Treatment adherence and compliance. HAART. Care. Health team.

## INTRODUÇÃO

A incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) continua a aumentar em nosso país, mesmo com o avanço da Terapia antirretroviral (TARV) e a diminuição da mortalidade. A infecção pelo Human Immunodeficiency Virus (HIV) vem assumindo aspecto de doença crônica, de modo que crescem os interesses para o cuidado destes pacientes. Para isso, deve-se atentar ao desenvolvimento de resistências do HIV aos antirretrovirais e à qualidade de vida destes pacientes. A equipe de saúde tem fundamental papel nesse sentido, atuando como estimuladora do autocuidado, da mudança de hábitos e do estabelecimento de condutas que visem a qualidade de vida.

No ano de 2012, foram notificados 39.185 casos de AIDS no Brasil. Segundo estimativas realizadas pelo Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), AIDS e Hepatites Virais, aproximadamente 718 mil pessoas vivem com HIV/AIDS no país<sup>1</sup>. A Região Sul, além da significativa prevalência e da maior taxa de detecção, também apresenta a maior taxa de mortalidade. Ainda em 2012, a taxa de mortalidade padronizada do Brasil foi de 5,5 óbitos/100.000 habitantes, sendo 5,6 para o Norte, 4,0 para o Nordeste, 5,6 para o Sudeste, 7,7 para o Sul e 4,7 para o Centro-Oeste<sup>1</sup>.

Este panorama demonstra que, a despeito do fornecimento do TARV constantemente revisto e atualizado pelo Ministério da Saúde, o número de casos de AIDS no Brasil ainda é expressivo<sup>2</sup>.

Apesar de se reconhecer que o seguimento de menos de 95% do esquema antirretroviral parece ser insuficiente para inibir a replicação viral e o deterioramento do sistema imunológico, além de contribuir para a emergência de cepas virais, resistentes ou não<sup>3</sup>, sabe-se que a qualidade do cuidado vai além de assegurar o uso correto uso de medicamentos. O cuidado ideal envolve a



capacitação das equipes, sobretudo para lidar com as necessidades que se apresentam para as pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Através do estudo com uma equipe de profissionais que realiza a atenção destes pacientes, objetivou-se identificar aspectos relacionados ao cuidado dos mesmos.

## MÉTODOS

A pesquisa foi realizada em um centro de referência de atenção à portadores de HIV/AIDS e de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) de um município da Foz do Rio Itajaí-Açu, Santa Catarina – Brasil. Esta unidade de atendimento conta com uma equipe multiprofissional composta por três médicos, três enfermeiros, dois psicólogos, dois farmacêuticos, um assistente social, dois técnicos em enfermagem e dois recepcionistas.

Os dados foram obtidos através da realização de um grupo focal com profissionais de saúde do local. Essa estratégia foi escolhida pela maior amplitude de significados sobre o objeto de estudo, o que é possibilitado pela variedade de interlocutores e pela dinâmica grupal<sup>4</sup>. Dessa forma, a técnica viabiliza tanto a compreensão dos conteúdos quanto a abordagem coletiva, visando reconhecer as potencialidades e as dificuldades deste serviço no processo de práticas do cuidado.

Foram incluídos neste estudo profissionais atuantes no serviço que aceitaram participar dos procedimentos da pesquisa, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos os profissionais que não estavam presentes na data e hora especificadas para coleta de dados. Nenhum dos eleitos se negou a participar da pesquisa.

O grupo focal foi realizado próximo das 12:00 horas para que profissionais do turno da manhã e tarde pudessem participar, sendo sugestão da própria equipe. Participaram os seguintes profissionais: 2 profissionais médicos, 1 profissional de enfermagem, 1 profissional de Psicologia, 1 profissional de Farmácia, 1 profissional da assistência social, 1 profissional técnico de enfermagem e 2 profissionais recepcionistas do serviço, totalizando nove profissionais, os quais foram numerados aleatoriamente de 1 a 9.

Para obtenção das informações, foi utilizado um roteiro semiestruturado com 12 perguntas enfocando o cuidado exercido pelos profissionais nas suas atividades diárias. A predefinição parcial do roteiro permitiu não somente a realização de perguntas necessárias à pesquisa, mas também a relativização desses tópicos, dando liberdade ao entrevistado para ampliar a discussão quando julgasse pertinente e facilitando a compreensão do objeto em questão<sup>5</sup>. Esse método se fez necessário diante da complexidade de ações e resultados das práticas em saúde para pessoas vivendo com HIV/AIDS.



As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Os dados foram submetidos à análise temática, na qual foram discriminados os significados manifestos dos latentes. Para isso, foram contempladas as etapas de análise prévia, exploração do material, tratamento de dados e interpretação<sup>6</sup>. A partir da determinação e agrupamento das unidades de registro, foram definidas as categorias relacionadas ao cuidado para as pessoas com HIV/AIDS.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI sob o parecer 788.382 em 12/09/14. Todos os entrevistados assinaram termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo informados sobre os objetivos e riscos da pesquisa. A pesquisa teve autorização prévia das instituições indiretamente envolvidas.

## RESULTADOS

A partir da narrativa dos profissionais, foram identificadas duas grandes categorias relacionadas ao cuidado de pacientes com HIV/AIDS, as quais denominamos “aspectos promotores de cuidado” e “aspectos dificultadores do cuidado”.

Na categoria “aspectos promotores de cuidado”, foram definidas as seguintes subcategorias: acolhimento, trabalho em equipe, entendimento/aceitação da doença, rede de apoio, existência de grupos, atenção individual do profissional e tratamento medicamentoso. Já as subcategorias relacionadas aos “aspectos dificultadores do cuidado” foram: número de profissionais ;ambiência/espço físico do serviço; sigilo/estigma do local e Gestão (Tabela 1).

## DISCUSSÃO

### Aspectos Promotores de Cuidado:

Esta categoria evidenciou que as diversas competências profissionais de uma equipe podem abranger as necessidades complexas dos pacientes portadores de HIV/AIDS. Tais necessidades se mostram desde o momento que adentram ao sistema de saúde, sendo o acolhimento de fundamental importância. O paciente não se restringe a uma síndrome infecciosa ou à necessidade de tomada dos medicamentos, mas a um ser humano único e complexo.

“Acho que o cuidado é evitar o sofrimento do paciente... dar privacidade né, até porque ele tá muito assustado, tem toda essa questão que ele ainda está numa situação desconhecida pra ele”. (Profissional 7).

O acolhimento, mais que uma simples atitude de humanização e uma atividade padronizada dos serviços de saúde, pressupõe o fornecimento de uma resposta positiva às necessidades do outro. É fundamental que os profissionais adotem uma postura de acolhimento, favorecendo a escuta sobre as



dificuldades do paciente e contribuindo para a sua vinculação ao serviço e à equipe de saúde<sup>7</sup>. O trabalho na lógica do acolhimento propicia ainda a universalização do acesso, fortalece o trabalho multiprofissional, qualifica a assistência, humaniza as práticas e estimula o combate ao preconceito<sup>8</sup>.

Em relação ao acesso, o acolhimento possibilita não apenas a universalização, como também a facilitação, conforme descrito na fala abaixo.

“Em alguns casos assim, CD4 muito baixo, aí é feito resgate, a solicitação de exames CD4 e carga [viral] acho que, mesmo que não seja tudo, (...) vamos adiantar o expediente, já vem com o exame pronto porque aí não ‘queima’ duas consultas e aí dá vagas pra outros, (...) porque tem paciente que tá há seis meses sem fazer! Vai vir pra consulta pedir, então vamos agilizar, mesmo que ele não consulte no mês seguinte, já vem com o exame em mãos”. (Profissional 1).

A facilitação do acesso para a pessoa com HIV/AIDS, de fundamental importância por contornar a vulnerabilidade suscitada pelo estigma imposto pela dend~pente, pode evitar faltas às consultas clínicas, mantendo acompanhamento necessário dos pacientes.

O acolhimento, a partir do acesso, prevê atender as necessidades do outro. Deste modo, deve superar a lógica da escuta restrita de sinais e sintomas, tendo em vista que as necessidades de saúde superam o âmbito biológico.

“A primeira vez que eu vou conversar com eles eu não digo muita coisa porque eu mais escuto (...) e eu deixo eles perguntarem o que eles querem. Eles vêm e depois no outro dia vamos trabalhar as necessidades”. (Profissional 9).

Nesse sentido, apreender as reais necessidades das pessoas só é possível quando o profissional se dispõe a escutar seus pacientes, contrapondo-se a prática hegemônica em que os pacientes escutam passivamente os profissionais. Esta postura profissional é chamada de clínica ampliada, a qual consiste na valorização da subjetividade do sujeito por meio da escuta de uma história sem filtros, e na busca de sua autonomia, através de uma prática participativa e dialógica<sup>9</sup>.

Assim, as necessidades também se tornam ampliadas, e aparece outro aspecto necessário para o cuidado, que diz respeito ao trabalho em equipe.

“Eu acho que a parceria com a Farmácia com a Psicologia é bem necessária”. (Profissional 2).

“Eu pelo menos me sinto em equipe com a [assistente social], com a [técnica de enfermagem], com a [psicóloga], com a [receptionista], o [psicólogo]... não tenho problema porque eu vou atrás e peço ajuda, dessa forma acho que a gente se ajuda muito e pro paciente é muito benéfico”. (Profissional 2).

“É importante todo mundo falar a mesma língua”. (Profissional 4).

Na medida em que a escuta é ampliada, outros profissionais tornam-se importantes para o cuidado do paciente, requerendo um trabalho integrado da equipe. Nesse contexto, é importante lembrar que trabalhar num mesmo espaço físico não garante trabalho em equipe.



Embora os serviços tenham uma equipe multiprofissional, é necessário que a linha de conduta e a metodologia adotada sejam comuns e compartilhadas de forma que o paciente obtenha a verdadeira atenção integral<sup>10</sup>. Essa lógica pressupõe uma prática interdisciplinar em que profissionais de diversas áreas, representantes de várias ciências, devem agregar-se em equipes de saúde. Seus integrantes devem ter como objetivo comum estudar as interações somáticas e psicossociais a fim de encontrar métodos adequados que propiciem uma prática integradora, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde e à doença<sup>11</sup>. Nesse sentido, a busca pelo diálogo e o pedido de ajuda evidenciados nas falas anteriores pressupõem trabalho em equipe.

Além do acolhimento inicial e do trabalho em equipe, o êxito do cuidado dependendo entendimento do paciente sobre seu problema.

“A gente sempre vai explicando alguma coisa... teve um paciente que me perguntou: ah, mas eu vou morrer quando?”. (Profissional 8).

“Eu acho muito interessante uma mudança de perfil que vem ocorrendo que os pacientes vêm cheios de informação, alguns com informação positiva, outros com informação negativa, alguns já chegam pedindo medicamento, esse é o mais fácil de tratar”. (Profissional 3).

Qualquer problema de saúde carrega consigo uma representação popular sobre suas causas e consequências. No caso do HIV/AIDS, pela sua própria história, essa carga é amplificada, o que exige uma necessidade tanto de desmitificar alguns aspectos, quanto de esclarecer outros. O entendimento do paciente sobre a doença, sua evolução, suas limitações e permissões, permite melhores estratégias de enfrentamento e melhor adesão ao tratamento.

O grau de aceitação do soropositivo, a aproximação e o distanciamento de pessoas dependem de fatores diversos, inclusive situações que ocorreram antes da doença<sup>12</sup>, cabendo à equipe identificar o contexto e intervir de forma positiva para o entendimento, aceitação e adesão ao tratamento de cada indivíduo. Diante disso, a presença de rede de apoio pode interferir positivamente no enfrentamento da doença.

“Eu acabei fazendo um ciclo de amizade com os portadores, e eu mostrei a eles que eles têm uma vida normal lá fora (...) e isso é bacana e eles falam “cara te agradeço muito, eu acho que eu não ia saber me socializar de novo”. É normal, é vida que segue só que uma questão diferente, só isso”. (Profissional 7).

O acompanhamento e a participação do paciente na terapêutica podem ser potencializados pela presença dessa rede de apoio, que pode ser formal ou informal. O cuidado informal pode ser provido pela rede social, a qual tem na família sua principal personagem. A rede formal, por sua vez, é formada por profissionais e serviços de saúde, e providencia suporte emocional e suporte instrumental<sup>12</sup>.



Com essa rede de apoio, os usuários, além de acolhidos, têm a oportunidade de constatar que o profissional também compreende a necessidade de integração social, e não apenas do acompanhamento da doença. Muitas vezes cabe à equipe acionar a rede de apoio informal para potencializar as ações de cuidado, mantendo o respeito ao sigilo e vontade do paciente.

Um instrumento que pode fazer parte da rede de apoio são os grupos, como descrito por alguns profissionais.

“Tem o grupo de artesanato... Entre elas mesmas, uma com a outra vai conversando e aderindo”. (Profissional 4).

“Hoje é de mães né? E o de leite artificial, mas funciona, em função do leite, (...) porque elas dizem assim “aqui são minhas amigas, aqui é onde eu falo, eu me sinto bem, é pra quem eu falo eu não tenho pra quem contar...” algumas dizem que não podiam esperar a data do grupo pra poder vir”. (Profissional 1).

A existência de atividades em grupo é um diferencial nas práticas de cuidado. Essas atividades têm o potencial de melhorar a qualidade de vida, aumentar a autoestima, amplificar a disposição para formação de vínculos sociais, potencializar a formação de vínculos com a equipe (e consequentemente a adesão terapêutica), dar maior amplitude na escuta das demandas individuais, favorecer a identificação entre os participantes e propiciar trocas de experiências e saberes<sup>13</sup>. Todos esses aspectos são determinantes no enfrentamento dos problemas de saúde, em especial nas doenças crônicas.

Tais atividades de grupo são ainda mais significativas no caso específico da HIV/AIDS, sobretudo pelo estigma, pelo isolamento motivado pela doença e pela repercussão desses no tratamento medicamentoso.

Em que pesem todas as ações de cuidado descritas, o maior objetivo do tratamento- também um dos maiores desafios para a equipe que trabalha com HIV/AIDS, é alcançar o controle da doença, principalmente através da adesão ao TARV. Portanto, a sensibilização para o seu uso é fundamental.

“Desde que eu abro o prontuário eu já começo a trabalhar adesão, mesmo não tendo certeza se ele vai usar medicação ou não vai”. (Profissional 1).

Mais do que saber dos benefícios do TARV, os profissionais e a equipe de saúde devem compreender os fatores que dificultam e que facilitam a adesão. Há estudos que confirmam a relação positiva entre a adesão e a boa qualidade do cuidado, destacando-se a relação com os profissionais de saúde. Por esse motivo, a discussão de estratégias que facilitem o diálogo com os pacientes e entre a própria equipe tem sido frequente no âmbito acadêmico e na realidade dos serviços. Isso se dá pelo reconhecimento unânime de que essa aproximação atua como uma oportunidade na construção de vínculo, entendida como uma relação de confiança, aspecto fundamental nas intervenções de adesão ao tratamento da HIV/AIDS<sup>14</sup>.



Indubitavelmente, um dos mais importantes passos históricos na qualidade de saúde dos pacientes com HIV/AIDS foi a implementação da Terapia Antirretroviral de Alta Potência. Para que alcance os benefícios propostos, é de suma importância que a equipe de saúde atue das mais variadas formas de cuidado com enfoque na conscientização do paciente sobre os efeitos e reações adversas do tratamento, conforme descrito pelos participantes.

“Eu tento em cada consulta explicar pra iniciar tratamento, converso sobre medicamento bastante, uso cartazinho... na nossa sala tem a fotografia do medicamento, eu explico um pouco de efeito adverso”. (Profissional 2).

“Se precisar eu já começo explicando que é uma questão de sobrevivência... se eles não tomarem vão ter limitações drásticas na vida, se consegue tomar direitinho vai ter uma vida normal.” (Profissional 1).

“Ali no meu caso, a gente acaba falando sempre a mesma coisa, (...) fala da carga viral, fala do medicamento, às vezes passam pelo profissional médico e perguntam alguma coisa porque ficam com vergonha”. (Profissional 8).

Sabendo das dificuldades relacionadas aos efeitos adversos (náuseas, mal-estar, entre outros), a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde é essencial para a adesão. Se por um lado o desenvolvimento e aperfeiçoamento da terapia antirretroviral trouxeram possibilidades mais efetivas no controle do HIV/AIDS, com aumento de sobrevida e diminuição de complicações e mortalidade, por outro lado também trouxeram novos desafios quanto à adesão ao tratamento, sexualidade, questões socioculturais e suporte social<sup>15</sup>. Assim, a singularização ora discutida na clínica ampliada deve buscar os aspectos contextuais de cada indivíduo, buscando uma abordagem integral que impacte positivamente na adesão a todos os tratamentos propostos.

### **Aspectos dificultadores do cuidado**

Um relato comum à equipe está relacionado à insuficiência de profissionais em todas as áreas e o conseqüente comprometimento da qualidade do cuidado que o serviço pode prestar. A clínica ampliada e o cuidado interdisciplinar e longitudinal exigem tempo e disponibilidade.

“A Farmácia tem um sistema que sabe exatamente quem vem e quem não vem, (...) Fica sabendo que tem a falta, mas quem vai atrás do paciente?”. (Profissional 2).

“Essa questão de não ter como fazer essa busca ativa... Então, às vezes, a própria pessoa vem e depois de um tempo, vem pegar o medicamento... Vai na farmácia, converso com a pessoa, tento encaixar pro atendimento médico, psicólogo, mas é mais da pessoa acabar vindo do que ir atrás da pessoa”. (Profissional 8).

“A gente tá num staff muito reduzido, com muitas intercorrências... Entre atender o paciente que tá na sala de observação ou conversar com um paciente sobre adesão, é lógico que ela vai atender o paciente que tá numa intercorrência”. (Profissional 3).



“Nós precisamos sim de mais profissionais, a área medica, a enfermagem, a recepção... Uma terapeuta ocupacional! Teria que ter um educador físico, um psiquiatra, nutricionista”. (Profissional 1).

“A gente precisa de um psiquiatra aqui... Muita gente com deficiência mental severa, não simples, eu tenho muitos pacientes esquizofrênicos”. (Profissional 9).

Em que pese a grande prevalência local dos problemas relacionados à HIV/AIDS, os serviços de saúde devem se estruturar para atender as necessidades de todos, segundo os princípios da universalidade e da integralidade.

Desta forma, as atividades dos serviços de saúde devem ser organizadas de modo a facilitar a adesão dos usuários não só ao tratamento, mas ao próprio serviço, oferecendo alternativas terapêuticas e estabelecendo fluxo diferenciado para as pessoas com maiores dificuldades.

Alguns estudos apontam que os serviços especializados mais robustos para pessoas com HIV/AIDS tendem a apresentar atividades mais qualificadas e mais específicas, pois em geral são compostos por equipes multiprofissionais mais completas, realizam dispensação de medicamentos no próprio local, e ofertam ações coletivas<sup>16</sup>.

Nesta pesquisa, a potencialidade descrita para os trabalhos de grupos mostra-se fragilizada pelo número reduzido de profissionais bem como de estrutura física adequada.

“Em vários momentos tivemos vários grupos nessa longa história da gente e realmente surte muito efeito quando há trabalho em grupo e quando eles se dispõem também”. (Profissional 1).

“A gente tem que começar a pensar nesse espaço novamente, que seja começar pela sala de espera”. (Profissional 1).

Apesar da importância da atividade de grupo, a sala de espera não parece ser o local mais adequado para a realização de grupo, que pressupõe diálogo, troca, identificação, continuidade e outras questões que demandam privacidade. Além dos espaços, a própria estrutura física geral interfere diretamente na qualidade do cuidado.

“A gente até trabalha bem, mas quando chega e tá tudo molhado porque choveu, elevador não tá funcionando, a janela quebrou, ‘sujou’ sua sala inteira e você vai ter que limpar”. (Profissional 7).

“A frente é imprópria para conversar com o paciente... não é pra fazer consulta de enfermagem em pé! Consulta de enfermagem é aqui sentado, é num local separado(...) isso é errado”. (Profissional 2).

“Nós não temos espaço suficiente pra fazer, essa sala aqui é do enfermeiro nós temos duas mesas, não cabe todo mundo aqui... se tu quiser fazer uma abordagem com alguém, tem um outro ali já não dá”. (Profissional 2).

Qualquer situação de saúde exige local adequado para realização de procedimentos, consultas, conversas, entre outras atividades. Em se tratando de HIV/AIDS, que ainda carrega consigo



preconceitos e estigmas, a garantia do sigilo e de privacidade são de fundamental importância para adesão ao serviço e ao tratamento. Nesse sentido, surge a noção de ambiência.

A ambiência é um tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana<sup>17</sup>. O espaço físico ou ambiente de trabalho é determinante nos resultados do sucesso de qualquer profissional, especialmente profissionais de saúde.

Os serviços de saúde são vistos como espaços estratégicos de informação e execução de intervenções no campo da adesão, entre as quais se inclui a disponibilidade de informação sobre a importância do tratamento<sup>18</sup>. Deve-se construir ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam com a promoção do bem-estar, desfazendo-se a ideia que esses espaços abrigam serviços de saúde frios e hostis<sup>17</sup>.

O fato é que muitos serviços de saúde utilizam estruturas que não foram construídas para tal fim. Acabam utilizando estruturas prontas, muitas vezes alugadas, e mesmo as construções próprias não são pensadas ou discutidas com os profissionais de saúde e acabam não atendendo integralmente as necessidades do serviço.

Também determinante na adesão ao tratamento é a existência de um local/serviço específico para pacientes com doenças infectocontagiosas, que por si já estigmatiza quem o frequenta.

“Várias pessoas colocam que eles são expostos quando eles chegam”. (Profissional 5).

“Nós temos aquele perfil de paciente que odeia vir aqui, odeia a gente acha que a culpa dele ter a doença é da gente... Não conversam, eles entram na sala, eles falam, xingam quase me chutam pra fora, depois me abraçam, soltam ‘fogo pelas ventas’, eu não gosto de vir aqui... Eu não suporto esse lugar.” (Profissional 9).

Ainda que o entendimento sobre o HIV/AIDS esteja em franca ascensão, tanto no meio acadêmico quanto no senso comum, ainda é bastante relevante o preconceito histórico da doença. O fato de o local tratar especificamente doenças infectocontagiosas, entre elas HIV/AIDS, pode interferir negativamente na adesão, pois facilita a identificação de possíveis portadores de determinadas doenças, especialmente quando nos referimos a centros menores.

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaid) reconhece que o estigma, o preconceito e a discriminação estão entre os principais entraves para a prevenção e o tratamento e o cuidado da pessoa vivendo com HIV/AIDS. Esse conjunto de aspectos dificulta o combate à epidemia, e geram medo nas pessoas a partir de sua condição sorológica, impedindo o acesso a informações e tratamento<sup>19</sup>.

Outro fato que piora esta situação é a falta de sigilo e privacidade dos pacientes, muitas vezes expostos pelos próprios profissionais.



“Eles falam, ‘eu tô lá na frente, falam meu nome alto’ e eu fico morrendo de medo e tem gente que se esconde nas salas porque não quer que ninguém veja... Têm situações que eles não se sentem seguros não”. (Profissional 2).

“É a banalização... A gente tá tão acostumado a tratar do assunto que eu acho que é isso que está acontecendo, (...) a gente tem que refletir porque a gente se acostuma com o assunto e acha que todo mundo acostumou, e o paciente não”. (Profissional 2).

Esta prática profissional tem suas raízes no modelo biomédico, cujo foco na doença e não nas pessoas acaba desconsiderando aspectos importantes no processo de adoecimento, especialmente quanto à representação da doença no campo individual e do senso comum. Como exemplo, reconhece-se que algumas pessoas deixam de buscar os serviços de saúde e realizar o teste anti-HIV por temerem o rompimento do sigilo por parte dos profissionais<sup>19</sup>.

A partir dos princípios de sigilo e confidencialidade, o contato com os usuários pressupõe o respeito à condição de saúde do paciente, considerando os aspectos éticos e legais envolvidos. Essa confidencialidade pode ser entendida como uma das mais relevantes condições do ponto de vista ético, pois garante o sigilo de informações técnicas e de caráter pessoal, evitando qualquer tipo de constrangimento<sup>19</sup>.

Além disso, a privacidade e individualidade são preconizadas pela aplicação da ambiência, que por sua vez faz parte do processo de Humanização. Estas são, respectivamente, a proteção da intimidade do paciente e o entendimento que cada paciente veio de um cotidiano e um espaço social específico<sup>17</sup>. Foi, portanto, uma adversidade relatada pela equipe em seu ambiente de trabalho.

Por fim, um aspecto que explica as demais dificuldades apontadas nesta categoria é a falta de gestão do serviço.

“Eu acho é que os programas de HIV se acabaram os recursos humanos não são valorizados... acho que tem um descaso com relação a isso”. (Profissional 2).

“Eu também identifico essa falta de gestão mesmo... novamente não tem coordenação na unidade tudo isso dificulta do trabalho”. (Profissional 4).

Sem o processo de gestão, ainda que exista um desejo individual de cuidado, ocorre uma descoordenação de ações e direção, refletindo nas dificuldades anteriormente colocadas. As políticas públicas têm resultado positivo quando advém de um bom processo de gestão. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo e corresponsabilidade dos sujeitos, gerando vínculos solidários e participação coletiva no processo<sup>17</sup>.

Além da possibilidade de gestão participativa – que por si amplia os olhares e a escuta – é necessário que, a partir dos possíveis diagnósticos, as questões administrativas, logísticas, estruturais e do próprio processo de trabalho sejam discutidas e solucionadas para melhoria da atenção à população.



## CONCLUSÃO

O cuidado do paciente com HIV/AIDS apresenta dimensões que extrapolam o conhecimento técnico sobre a doença, devendo considerar aspectos relacionados a vida da pessoa, bem como a organização do serviço de saúde.

O que se revela com os resultados desta pesquisa, tanto nas potencialidades existentes quanto nas dificuldades, é a necessidade de educação permanente para os profissionais destes serviços. Questões como acolhimento, clínica ampliada, trabalho em equipe, trabalho com grupos, ambiência e aspectos éticos devem ser discutidos à luz da integralidade, que de certa forma rompe com os jeitos tradicionais de ver, entender e fazer saúde. Deve haver também equilíbrio entre a oferta e demanda, considerada sob o ponto de vista estrutural e de recursos humanos, sempre partindo das necessidades dos pacientes.

A pesquisa não teve a intenção de avaliar o serviço nem desvelar verdades, portanto possui limitações e impossibilita generalizações. Apesar disso, traz alguns pontos que merecem especial dedicação do próprio serviço e de sua gestão para de fato realizar atenção integral às pessoas com HIV/AIDS.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico - AIDS e DST Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 64p.
2. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Aids: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento – Unidade de Assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 17p.
3. Caraciolo JMM. Caracterização das atividades para melhoria da adesão à TARV em serviços de saúde do SUS no estado de São Paulo. São Paulo; 2010. Mestrado [Dissertação] – Universidade de São Paulo - Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina.
4. Tullio A, Hofstatter LJV, Santos SAM, Oliveira HT. O potencial formativo dos grupos focais na constituição de educadoras/es ambientais. *Ciência & Educação* 2019; 25(2)411-429.
5. Flick U. Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso; 2013. 256p.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407p.
7. Garcia Jr CAS, Binz MC, Zonta GF, Barbosa GS, Raimann GW, Zanette G, Carvalho MG. Acolhimento em Saúde. In: Maeyama MA, Dolny LL, Knoll RK, orgs. *Atenção Básica à Saúde: aproximando teoria e prática*. Itajaí: Editora Univali; 2018. p. 193-226.



8. Garuzi M, Achitti MC, Sato CA, Rocha AS, Spagnuolo RS. Userembrace in the Family Health Strategy in Brazil: an integrative review. *Revista Panamericana Salud Publica* 2014; 35(2)144-149.
9. Maeyama MA, Oliveira LAEL, Bittencourt LTG, Veiga MV, Zorzan AR, Oliveira ACR, et al. Integralidade e clínica ampliada. In: Maeyama MA, Dolny LL, Knoll RK, orgs. *Atenção Básica à Saúde: aproximando teoria e prática*. Itajaí: Editora Univali; 2018. p. 75-107.
10. Gomes RRFM, Machado CJ, Acúrcio FA, Guimarães MDC. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 25(3)495-506.
11. Maldonado MT, Canella P. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Ribeirão preto, SP: Editora Novo Conceito; 2009. 320p.
12. Silveira EAA, Carvalho AMP. Suporte relacionado ao cuidado em saúde ao doente com aids: o modelo de comboio e a enfermagem. São Paulo, Brasil. *Revista Escola de Enfermagem da USP* 2011; 45(3)645-650.
13. Dolny LL, Maeyama MA, Sauer AB, Nilson LG. Grupos na Atenção Básica. In: Maeyama MA, Dolny LL, Knoll RK, orgs. *Atenção Básica à Saúde: aproximando teoria e prática*. Itajaí: Editora Univali; 2018. p. 257-284.
14. Rodrigues M, Maksud I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. *Saúde em Debate* 2017; 41(113)526-538.
15. Lenzi L, Tonin FS, Souza VR, Pontarolo R. Suporte Social e HIV: Relações entre características clínicas, sociodemográficas e adesão ao tratamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2018; 34-e34422.
16. Caraciolo JMM, Santa Helena ET, Basso CR, Souza RA, Silva MH, Adão VM, et al. Atividades para melhoria da adesão à TARV em serviços de saúde do SUS no estado de São Paulo, 2007. *Saúde e Sociedade* 2009; 18(S2)79-83.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 32p.
18. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online] 2007; 16(4)261-278.
19. Salvadori M, Hahn GV. Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/Aids. *Revista Bioética* 2019; 27(1)153-163.



## TABELAS

**Tabela 1** – Categorias e subcategorias relacionadas ao cuidado das pessoas com HIV/AIDS.

<b>CATEGORIA</b>	<b>Aspectos promotores de cuidado</b>	<b>Aspectos dificultadores do cuidado</b>
<b>SUBCATEGORIA</b>	Acolhimento	Número de profissionais
	Trabalho em equipe	Ambiência/espço físico
	Entendimento/aceitação da doença	Sigilo e estigma do local
	Rede de apoio	Gestão
	Existência de grupos	
	Atenção individual do profissional	
	Tratamento medicamentoso	

**Fonte:** Dados da pesquisa.