UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS

AERICA DE FIGUEIREDO PEREIRA MENESES

DO CONHECIMENTO INDIVIDUAL À CONSTRUÇÃO COLETIVA: DIÁLOGOS E REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

FROM INDIVIDUAL KNOWLEDGE TO COLETIVE CONSTRUCTION: DIALOGUES AND REFLEXIONS ABOUT CARE FOR PEOPLE WITH HIV/AIDS FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS

Limeira – SP
Fevereiro / 2017

AERICA DE FIGUEIREDO PEREIRA MENESES

DO CONHECIMENTO INDIVIDUAL À CONSTRUÇÃO COLETIVA: DIÁLOGOS E REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

FROM INDIVIDUAL KNOWLEDGE TO COLETIVE CONSTRUCTION: DIALOGUES AND REFLEXIONS ABOUT CARE FOR PEOPLE WITH HIV/AIDS FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS

Dissertação apresentada à Pós-graduação da Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisito exigidos para obtenção do título de Mestra em Ciências Humanas e Sociais Aplicada.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Fuentes-Rojas
Coorientador: Prof. Dr. Álvaro de Oliveira D´Antona

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA AERICA DE FIGUEIREDO PEREIRA MENESES, ORIENTADA PELA PROFESSORA DOUTORA MARTA FUENTES-ROJAS E COORIENTADA PELO PROFESSOR DOUTOR ÁLVARO DE OLIVEIRA D'ANTONA.

Limeira – SP

Fevereiro / 2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES, 01P-04385-2015; FUNCAMP, 169/16

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Aplicadas
Renata Eleuterio da Silva - CRB 8/9281

M524d

Meneses, Aerica de Figueiredo Pereira, 1986-
Do conhecimento individual à construção coletiva : diálogos e reflexões sobre o cuidado às pessoas com HIV/AIDS na perspectiva dos profissionais de saúde / Aerica de Figueiredo Pereira Meneses. – Limeira, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Marta Fuentes-Rojas.
Coorientador: Álvaro de Oliveira D'Antona.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas.

1. HIV (Vírus). 2. AIDS (Doença). 3. Assistência à saúde. 4. Cuidados. 5. Pesquisa social. I. Fuentes-Rojas, Marta,1957-. II. D'Antona, Álvaro de Oliveira,1967-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Aplicadas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: From individual knowledge to coletive construction : dialogues and reflexions about care for people with HIV/AIDS from the perspective of healthcare professionals

Palavras-chave em inglês:

HIV (Virus)

AIDS (Disease)

Health care

Care

Social research

Área de concentração: Modernidade e Políticas Públicas **Titulação:** Mestra em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas **Banca examinadora:**

Marta Fuentes-Rojas [Orientador]

Wagner dos Santos Figueiredo

Mauro Cardoso Simões

Data de defesa: 21-02-2017

Programa de Pós-Graduação: Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Autor: Aerica de Figueiredo Pereira Meneses

Título: Do conhecimento individual à construção coletiva: diálogos e reflexões sobre o cuidado às Pessoas com HIV/aids na perspectiva dos profissionais de saúde.

Natureza: Dissertação de mestrado

Instituição: Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo

Departamento de Medicina - Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)

_____

Prof. Dr. Mauro Cardoso Simões

Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA/UNICAMP)

_____

Presidenta Profa. Dra. Marta Fuentes-Rojas (orientadora)

Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA/UNICAMP)

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica da aluna.

Aos meus pais e ao meu amor (Rogger), pelo afeto, apoio e incentivo,

Dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é sobretudo uma parte da minha trajetória, que não poderia ser meramente arquivada entre outras lembranças dos tempos de mestrado.

Não posso, portanto, deixar de manifestar minha gratidão a todos que direta ou indiretamente, contribuíram para sua elaboração:

À Deus, por tudo e sempre.

À Capes e a Funcamp, agradeço pelo financiamento deste estudo.

Às equipes e gestores dos três Serviços de Assistência Especializada que realizei este estudo, agradeço o incentivo e boa vontade que viabilizou a realização da pesquisa no local.

Principalmente à Regina, Moisés e Neide pelas trocas, diálogos e acolhimento.

Ao Wilson Ap. Silva, psicólogo e eterno mestre, agradeço por toda a colaboração na pré-história deste estudo, principalmente pelas indicações e pelo diálogo lúcido de sempre.

Aos meus irmãos, amigos, sobrinhos, cunhados, sogro e sogra, agradeço o estímulo e presença carinhosa em todas as horas. O convívio com vocês tornou o caminho mais alegre.

A todos os componentes do Lapsic agradeço pelo estímulo. Principalmente, à orientadora Professora Dra. Marta Fuentes-Rojas pelos ensinamentos e pelo suporte técnico e didático. Sua orientação segura, sempre presente, afetiva e acolhedora, garantiu alcançar meu objetivo. Gratidão por conhecê-la. Gratidão pela convivência. Gratidão por tudo.

Aos professores Dr. Wagner Figueiredo e Dr. Mauro Simões, agradeço o aceite do convite, a leitura atenta do meu trabalho e todos os apontamentos na qualificação.

Aos meus pais, agradeço o apoio, encorajamento nesse período de estudo e por investir, mais uma vez, nos meus sonhos. O amor incondicional que dedicaram, desde sempre, a meus irmãos e a mim foi, mais uma vez, a base para concluir este estudo.

Ao Rogger, meu amor, agradeço a tolerância às minhas ausências, as risadas, a paciência, o carinho, a presença, a colaboração e por me mostrar que é muito bom a vida quando a gente tem alguém para compartilhar nossos sonhos e conquistas.

Por fim, e não menos importante, à Luciana, amiga-irmã, companheira de estrada e de vida, que prontamente aceitou meu convite e colaborou na realização dos grupos, e ao professor Álvaro D´Antona pelo colaboração com a parte metodológica deste estudo.

Enfim, à todos, meu eterno agradecimento.

Não é apenas uma questão de música, mas de maneira de viver: é pela lentidão que a gente desliza entre as coisas, que a gente se conjuga com outra coisa; a gente nunca começa, nunca recomeça tudo novamente, a gente desliza por entre, se introduz no meio, abraça-se ou se impõe ritmos.

Gilles Deleuze

RESUMO

Atualmente a infecção pelo HIV representa um dos maiores problemas sociais e de saúde pública do Brasil e do mundo que, desde seu surgimento, tem causado grande impacto à humanidade. Nesse sentido, o cuidado às PVHA é um dos principais desafios para a saúde pública, tendo em vista que não exige somente cuidados biomédicos, mas de outras dimensões, pois viver com HIV/aids envolve questões sociais, culturais, organizacionais, biológicas, políticas e de diversas áreas de conhecimento. A tecnologia possibilitou todo um aparato científico para o cuidado das PVHA. Com os exames CD4 e CVP e o tratamento antirretroviral é possível monitorar a doença, oferecer melhores condições de vida e aumentar a sobrevida. Todavia, o atendimento às PVHA, por meio desse aparato, colocou em evidencia a doença, o vírus, e fragmentou o sujeito, não considerando o HIV/aids em sua multidimensionalidade. Este estudo teve como objetivo refletir sobre o cuidado às PVHA, a partir da percepção dos profissionais de saúde. Para tanto, realizou-se um estudo empírico, fundamentado na abordagem da Pesquisa Social, utilizando como estratégia a triangulação de métodos, para explorar e compreender a percepção dos profissionais de saúde acerca do cuidado às PVHA. Participaram 45 profissionais de saúde e gestores de três unidades de Serviço de Assistência Especializada – SAE da Diretoria Regional de Saúde DRS-X. Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: questionários, entrevistas semiestruturadas e grupos de discussão. A análise dos dados ocorreu por meio de análises estatística-descritiva e análise de conteúdo de Bardin. A partir dos resultados e análise dos dados, emergiram cinco classes temáticas: (1) o viver com HIV/aids hoje, (2) Identificação, formação e perfil profissional, (3) O trabalho em equipe e o cuidado integral, (4) O cuidado às PVHA e (5) As dificuldades e as invisibilidades do cuidado. Nesse sentido, verificou-se que os profissionais de saúde criam um conceito sobre o viver com HIV/aids hoje, sendo que esse conceito, que está sempre em um processo de reconstrução, guia as ações nos serviços de saúde. Quanto à formação e capacitação profissional, foi possível constatar que é necessário pensá-la em um modelo de formação permanente e continuada, construída no cotidiano dos serviços de saúde. Além disso, faz-se necessário também avaliar as novas tecnologias educativas que estão sendo utilizadas. O acolhimento, a escuta ativa, o vínculo entre profissional e usuário e o trabalho em equipe surgem, neste estudo, como a base para um atendimento integral para às PVHA, superando um modelo fragmentado de cuidado em saúde. Constatou-se também que as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde e a dimensão emocional do trabalho de cuidar em saúde, muitas vezes, são aspectos invisibilizados, não sendo abordados nas discussões de cuidado, embora exerçam grande influência na produção do cuidado. Assim, conclui-se este estudo destacando que o cuidado integral acontece quando o uso das novas tecnologias no tratamento e cuidado às PVHA é incluído em um contexto muito maior que é o do cuidado humanizado, não sendo essas tecnologias compreendidas como seu oposto, mas como mais uma ferramenta, entre várias outras, que engloba todo o universo do cuidado integral.

Palavras chave: HIV; aids; profissionais de saúde; trabalho em equipe; cuidado integral.

ABSTRACT

Nowadays, infection by the HIV virus represents one of the greatest social and public health problems not only for Brazil but the world, and has heavily impacted humanity since its appearance. Therefore, care for PVHA is a big challenge for public health, since not only biomedical cares are in question, for living with the HIV virus involves other dimensions, such as social, cultural, organizational, biological, political and other areas of knowledge. Technology has provided a whole scientific apparatus for treating the PVHA. With the C4, CVP and antiretroviral exams it is possible to monitor the disease, offer better life conditions and increase life expectancy. However, such treatment of the PVHA by means of this apparatus, has placed the virus in evidence, emphasizing the disease and fragmenting the individual, therefore not considering the HIV/AIDS in its multidimensionality. This study`s objective is to think about care of PVHA from the health professional`s perspective. An empirical study was developed, based on the Social Research approach and using method triangulation as strategy. 45 health professionals and 3 Specialized Service Unit (SAE) managers, from the Regional Health Board of Directors DRS-X, participated in the research. Three instruments were used for data collection: questionnaires, semi-structured interviews and focus groups. Analysis was conducted by means of Bardin`s statistic-descriptive content analysys. From the results 5 thematic classes came up: (1) living with HIV/AIDS today, (2) identification, education and profiling of professionals, (3) team work and integral care, (4) care for the PVHA and (5) difficulties and unviability of care. In this sense, it was verified that health professionals create their own concept of living with HIV/AIDS, and such concept, which is always in process of reconstructing itself, guides the actions performed on health services. Regarding training and education it was possible to verify the need for a permanent and continued education model, based on the daily work of health services. Besides that it is necessary to evaluate technological education methods currently in use. Welcoming, active listening, bonding between user and professional and team work were presented, in this study, as the basis for an integral care of the PVHA, surpassing the currently fragmented model of healthcare. It was also noticed that the difficulties experienced by health professionals and the emotional dimension of working with care in health are, in many occasions, factors of unviability, which are not approached when discussing care, though they exert great influence over its production. Therefore, this study concludes that integral care occurs when the use of new treatment technologies is included in a much larger context, which is that of the humanized care, not understanding them as opposites but rather as a toolset, among many others, which encompasses the whole universe of integral care.

Key-words: HIV; AIDS; healthcare professional; team work; integral care.

RESUMÉN

Actualmente, la infección por HIV representa uno de los mayores problemas sociales y de salud pública en Brasil y en el mundo, causando gran impacto a la humanidad desde su aparecimiento. En este sentido, el cuidado a las Personas Viviendo con HIV/Sida (PVHA) se convirtió en uno de los principales desafíos para la salud pública, teniendo en cuenta que no exige solamente cuidados biomédicos, como también otras dimensiones. Vivir con HIV/sida, envuelve cuestiones sociales, culturales, organizacionales, biológicas, políticas y diversas áreas de conocimiento. La tecnología posibilito todo un aparato científico para el cuidado de las PVHA. Con los exámenes CD4 y CVP y el tratamiento antirretroviral es posible acompañar la enfermedad, ofrecer mejores condiciones de vida y aumentar la sobrevivencia. Sin embargo, el atendimiento a las PVHA, por medio de este aparato, coloco en evidencia la enfermedad, el virus y fragmento el sujeto, dejando de considerar el HIV/sida en sus múltiples dimensiones. El objetivo de este estudio fue hacer una reflexión sobre el cuidado a las PVHA, a partir de la percepción de los profesionales de salud. Para tanto, se realizó un estudio empírico, fundamentado en la Investigación Social, utilizando como estrategia la triangulación de métodos, con la finalidad de explorar y comprender la percepción de los profesionales de salud, acerca del cuidado a las PVHA. Participaran 45 profesionales de salud y gerentes de tres unidades del Servicio de Asistencia Especializada –SAE del Directorio Regional de Salud DRS-X. Para la recolección de los datos, fueron utilizados tres instrumentos: cuestionario, entrevista semiestructurada y grupo de discusión. Para el análisis de los datos fue utilizado el análisis estadístico-descriptivo y el análisis de contenido de Bardin. A partir de los resultados y del análisis de los datos, surgieron cinco temáticas: (1) El vivir con HIV/Sida hoy, (2) Identificación, formación y perfil profesional, (3) El trabajo en equipo y el cuidado integral, (4) El cuidado a las PVHA e (5) Las dificultades y la invisibilidades del cuidado. A este respecto, se verifico que los profesionales de la salud, construyen un concepto sobre el vivir con HIV/Sida hoy, siendo que este concepto, está siempre en proceso de construcción y reconstrucción, guiando las prácticas en los servicios de salud. En relación a la formación y capacitación del profesional, fue posible constatar que es necesario pensar la formación en un modelo de formación permanente y continua, construida en el cotidiano de los servicios de salud. Así mismo, es necesario que se evalúen las tecnologías educacionales que están siendo utilizadas para la formación. El recibimiento, la escucha activa, el vínculo entre profesional y usuario, y el trabajo en equipo aparecen, en este estudio, como la base para un atendimiento integral para las PVHA, superando un modelo fragmentado de cuidado en salud. Se encontró también que, las dificultades vivenciadas por los profesionales de la salud y la dimensión emocional del trabajo de cuidar en salud, muchas veces, son aspectos invisibilizados, no siendo abordados en las discusiones del cuidado en salud, aunque tengan gran influencia en la producción del cuidado. Así, este estudio concluye destacando que el cuidado integral sucede cuando el uso de las nuevas tecnologías en el tratamiento y cuidado a las PVHA, es incluido en un contexto mayor que es, el cuidado humanizado, siendo que estas tecnologías no pueden ser comprendidas como su opuesto y si como una herramienta, entre varias otras, que englobe todo el universo del cuidado integral.

Palabras chave: HIV; Sida; profesionales de la salud; trabajo en equipo; cuidado integral.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Faixa etária dos profissionais participantes do estudo..... 88

Figura 2. Participação dos profissionais de saúde em congressos, eventos e programas de treinamentos..... 90

Figura 3. Acolhimento das salas de atendimento na perspectiva dos participantes..... 94

Figura 4. Condições de trabalho nos SAE na perspectiva dos participantes..... 95

Figura 5. Abordagem de outras questões de saúde pelos profissionais de saúde..... 96

Figura 6. Relação entre profissional-usuário na perspectiva dos participantes..... 101

Figura 7. Vínculo entre profissional de saúde e usuário na perspectiva dos participantes..... 102

Figura 8. Articulação do trabalho no SAE na perspectiva dos participantes..... 102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Número e distribuição dos participantes por instituição	87
Tabela 2.	Distribuição dos participantes por categoria profissional.....	88
Tabela 3.	Média de idade dos participantes.....	89
Tabela 4.	Oferta de programas de treinamento e capacitação nos SAE.....	90
Tabela 5.	Características gerais da instituição para os profissionais de saúde.....	91
Tabela 6.	Infraestrutura do serviço na perspectiva dos participantes.....	92
Tabela 7.	Suporte da instituição na perspectiva dos participantes.....	94
Tabela 8.	Atividades desenvolvidas pelos SAEs na perspectiva dos profissionais de saúde.....	95
Tabela 9.	Distribuição dos participantes quanto à abordagem de outros aspectos com PVHA que não se referem ao controle do vírus.....	97
Tabela 10.	Características da assistência às PVHA na perspectiva dos profissionais de saúde.....	99
Tabela 11.	Particularidades na assistência às PVHA.....	100
Tabela 12.	Reunião de equipe na perspectiva dos participantes.....	103
Tabela 13.	O trabalho em equipe na perspectiva dos participantes.....	103
Tabela 14.	O trabalho em rede com outros dispositivos de saúde na perspectiva dos participantes.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARCA	Associação de Rua e Cultura Alternativa
ARV	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
BM	Banco Mundial
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CDC	*Centers for Disease Control* - Centro de Controle de Doença
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREAS	Centro Especializado de Assistência Social
CRT	Centro de Referência e Treinamento
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CVP	Carga Viral Plasmática
DRS	Diretoria Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EaD	Educação à Distância
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção à Aids
GPV	Grupo pela VIDDA
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissíveis

MT	Ministério do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não Governamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAM	Planos de Ações e Metas
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PEP	Profilaxia pós-exposição
PrEP	Profilaxia pré-exposição
PSF	Programa de Saúde da Família
PN-IST/AIDS	Programa Nacional de IST e Aids
PVHAs	Pessoas Vivendo com HIV/aids
SAE	Serviços de Assistência Especializada
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TcP	Tratamento como Prevenção - *Treatment as Prevention*
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Uso de Drogas Injetáveis
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 17

As motivações propulsoras para a realização deste estudo 17

Sobre este estudo e a epidemia de HIV/aids 19

PARTE 1

PROBLEMATIZANDO A AIDS E O CUIDADO ÀS PVHAs 27

1. A AIDS E SUAS MÚLTIPLAS FACES 28

1.1. Da indefinição à consolidação da aids 29

1.2. Da doença do corpo aos impactos sociais – as três epidemias da aids 31

1.2.1. A infecção pelo HIV e a aids 32

1.2.2. Os impactos da epidemia da aids 34

2. O CONCEITO DE CUIDADO E SEU USO NA SAÚDE 42

2.1. Sobre o conceito de cuidado 42

2.2. O cuidado em saúde 46

3. O CUIDADO À SAÚDE: POLÍTICAS PÚBLICAS E A ASSISTÊNCIA ÀS PVHAs 55

3.1. A resposta brasileira à epidemia de aids 55

3.2. A assistência ambulatorial às PVHAs 63

3.3. O cuidado e a atenção às PVHA 67

PARTE 2

O CUIDADO ÀS PVHAs NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS 75

4. PERCURSO METODOLÓGICO 76

4.1. A triangulação de método como estratégia de pesquisa 77

4.2. Local do estudo 78

4.3. Participantes 79

4.4. Instrumentos de coleta de dados 80

4.4.1. Questionário 80

4.4.2. Entrevistas semiestruturadas 81

4.4.3. Grupo de discussão 81

4.5. O processo de coleta de dados ... 82
4.6. Análise dos dados ... 87
4.7. Aspectos éticos ... 88

5. RESULTADOS ... 89
5.1. O campo de pesquisa ... 89
5.2. O atendimento às PVHAs – panorama geral ... 91
5.2.1. Identificação e formação acadêmica ... 92
5.2.2. Infraestrutura dos SAEs ... 95
5.2.3. Percepção sobre o cuidado às PVHAs ... 100
5.2.4.O trabalho em equipe e com a rede ... 107
5.3. O cuidado às PVHAs – perspectivas dos profissionais e gestores ... 111
5.3.1. Características e dificuldades do trabalho de cuidar em saúde ... 111
5.3.2. O cuidado às PVHAs ... 121
5.3.3. Dimensão emocional e conflitos morais no cuidado às PVHAs ... 128
5.4. O grupo, as narrativas e o cuidado às PVHAs ... 131
5.4.1. O viver com HIV/aids hoje ... 132
5.4.2. Características e dificuldades do trabalho de cuidar em saúde ... 135
5.4.3. O cuidado às PVHAs ... 142
5.4.4. As dimensões emocional e relacional do trabalho de cuidado ... 146

6. DO CONHECIMENTO INDIVIDUAL À CONSTRUÇÃO COLETIVA ... 150
6.1. O viver com HIV/aids hoje ... 151
6.2. Identificação, formação e perfil profissional ... 155
6.3. O trabalho em equipe e o cuidado integral ... 161
6.4. O cuidado às PVHAs ... 168
6.5. As dificuldades e as invisibilidades do cuidado ... 175

CONSIDERAÇÕES FINAIS ... 184

REFERÊNCIAS ... 189

APÊNDICES ... 208

ANEXOS ... 215

INTRODUÇÃO

As motivações propulsoras para a realização deste estudo

"Sempre coloquei nos meus escritos
toda a minha vida e toda a minha pessoa" (NIETZSCHE).

Em primeiro lugar, gostaria de me apresentar...

O presente texto inicial discorre sobre minha trajetória acadêmica e profissional, cujo relato é crucial para que o leitor compreenda como surgiu o estudo em questão e de que lugar eu discorro sobre a temática apresentada. Optei por escrevê-lo em primeira pessoa, diferentemente do restante da dissertação, pois se trata de relatos pessoais que compõem a pré-história deste estudo, ou seja, aqueles movimentos que antecederam a sua construção e estão pautados em uma justificativa particular sobre o tema – fruto de uma experiência pessoal e singular.

Conforme Minayo (2010, p. 16), "[...] toda investigação se inicia por uma questão, por um problema, por uma pergunta, por uma dúvida", que requer uma resposta, sendo que "[...] esse movimento do pensamento geralmente se vincula a conhecimentos anteriores ou demanda a criação de novos referenciais". Assim, impulsionada pela criação de novos referenciais para responder algumas questões retóricas é que surgem as linhas que se seguem, ou seja, elas nascem do desassossego de várias dúvidas sem respostas que surgiram ao longo da minha formação acadêmica e trajetória profissional.

Sou psicóloga de formação e recordo claramente quando, pela primeira vez, me deparei com uma situação incomum daquelas que comumente estamos acostumados. Eu era aluna do quinto ano de Psicologia e realizava estágio em uma maternidade quando fui chamada pela equipe para atender uma gestante portadora do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), internada naquela manhã em trabalho de parto. Lembro sorrateiramente que a mesma estava em um quarto separado, apresentava muitas dúvidas em relação ao seu parto e estava muito preocupada com o seu bebê. Um burburinho entre as enfermeiras denunciava que aquela cena era incomum naquele espaço. Ninguém sabia afirmar com clareza como seria seu parto e como a equipe conduziria o atendimento. Assim, o despreparo da equipe (e o meu) em muito chamou minha atenção. A falta de informação, desvelava o sentimento de angústia da paciente e da

equipe, evidenciando a complexidade que é o cuidado em saúde às Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHAs).

Naquele mesmo período realizava uma oficina de orientação sexual com alunos da rede pública de ensino, cujo objetivo era a reflexão sobre os seguintes assuntos: sexualidade, diversidade, gênero, prevenção e uso abusivo de drogas. Com os adolescentes acompanhei diversos debates em torno do tema "prevenção", constatando o quanto a infecção pelo HIV ainda hoje é um tabu para a população em geral, fazendo com que a desinformação sobre o tema aumente o preconceito e estima às PVHAs. Além disso, verifiquei que nas escolas ainda não se tem o devido espaço que promova uma discussão ideal sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (incluindo, aqui, a infecção pelo HIV), e as campanhas de prevenção tem por base uma lógica higienista, verticalizada, com conteúdo que reforça o preconceito e os diversos tabus que permeiam a temática.

Quando já formada, participei do programa de aprimoramento profissional, atuando como psicóloga em um hospital-escola. Naquele hospital atendia no pré-natal especializado de doenças infectocontagiosas. Durante um ano, fui ouvinte de muitas histórias de mulheres, gestantes e puérperas portadoras do HIV. Dessas, muitas eram de medo, outras de culpa, algumas de ressentimento ou de esperança. Havia também histórias de superação. Algumas outras eram apenas narrativas do cotidiano que, em determinado momento de seus relatos, apareciam as siglas HIV ou aids (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*).

Embora nunca dito, nas entrelinhas das narradoras, a frase "não me censure" fazia parte daqueles discursos, ou seja, 'não me censure sobre o que vou lhes dizer', 'não me censure por viver com HIV/aids'. Tais aspectos fizeram com que eu pensasse que para além do cuidado em saúde e do controle do vírus, existem outras questões entrelaçadas ao viver com HIV que vão muito além da infecção, o que gerou diversas inquietações e questionamentos em relação ao viver com o vírus na atualidade e sobre como os serviços de saúde atendem as demandas em questão.

De fato, o que era um simples interesse foi se transformando gradativamente na necessidade de uma investigação sistemática. Logo, tal processo deu origem a um projeto de pesquisa de mestrado que, ao ser aceito pelo Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas da Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas (FCA-UNICAMP), sofreu várias mudanças em sua estrutura e trouxe para o contexto da pesquisa a possibilidade do diálogo interdisciplinar, desde a construção do projeto, passando pelas escolhas metodológicas, até suas discussões.

O primeiro reflexo de um programa interdisciplinar no projeto em questão foi a compreensão do cuidado a partir da sua complexidade e multidimensionalidade, não estando relacionado diretamente a uma única disciplina, mas como um fato social, onipresente em diversos espaços da vida cotidiana, passível de ser abordado por diversos ângulos e recortes.

O mesmo processo ocorreu com relação ao viver com HIV/aids que, paulatinamente, foi ganhando formas diferentes daquelas estritamente relacionadas a um problema de saúde (XAVIER; LEITE; TOCANTINS, 1993), sendo compreendido como um fenômeno multidimensional que envolve vários aspectos, muitos deles, imbricados a outras questões.

Diante da latente complexidade, a escolha metodológica também foi influenciada pelas discussões interdisciplinares, visando, sobretudo, transcender os limites metodológicos e propor uma reflexão sobre seu uso na produção do conhecimento em saúde pública.

Aqui é preciso destacar que o presente estudo foi escrito a partir de vários encontros. Assim, o resultado expresso nas linhas a seguir não é fruto de algo imparcial, muito menos solitário, mas de muitas discussões, teorias, conceitos, diálogos e contribuições. Além disso, ao longo do texto, o leitor encontrará trechos do diário de campo, cujo relato tem sua escrita do campo e que manterei ao longo do texto na primeira pessoa do singular.

Sobre os diários de campo, vale ressaltar que estes foram um meio que encontrei para experimentar, registrar e contextualizar a pesquisa, produzindo dados a partir da minha percepção. A cada nova visita no campo, novos escritos eram produzidos. Acompanhados de uma narrativa simples, do cotidiano, do vivido, aí se deu um meio encontrado para transformar em escrita os afetos do campo. Logo, vale o questionamento: o que fazer com tanto material? Em um ato de atrevimento, tomei a liberdade de incorporá-los nas linhas que se seguem. São relatos simples que, gradativamente, foram se entrelaçando ao longo do texto.

Em suma, o trabalho em questão é o resultado de um estudo com profissionais de saúde. Assim, o que espero com o presente estudo é lograr e dissertar sobre a complexidade que é o cuidado em saúde pública para as PVHAs, abordando as especificidades desse tipo de assistência.

Sobre este estudo e a epidemia de HIV/aids

Mais do que o câncer, e de modo semelhante à sífilis, a AIDS parece ter o poder de alimentar fantasias sinistras [...].O vírus invade o organismo; a doença (ou o medo da doença) invade toda a sociedade (Susan Sontag, 1989, p.78).

A presente pesquisa tem como abordagem o cuidado em saúde pública às Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHAs). Trata-se de um estudo empírico, realizado com profissionais de saúde e gestores de três serviços de referência no atendimento de infecção do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e da *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) que, como estratégia de pesquisa, fez uso de triangulação de métodos, visando conhecer a percepção desses profissionais sobre a configuração do cuidado e assistência as PVHAs.

A aids é considerada como uma das maiores epidemias[1] infecciosas já registradas na história da humanidade (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010). De acordo com Marques (2002, p. 45), aquela Síndrome surge em um momento que se acreditava que as tecnologias e o saber médico haviam controlado as epidemias – época "na qual as doenças infecciosas pareciam estar dominadas pela ciência moderna". Seffner (1998, p. 4) aponta que a época em questão era marcada pelo apogeu de um saber clínico e um saber sobre a doença, que ofereciam a sensação de que tudo poderia ser controlado, restando à medicina banir apenas o câncer como a "última doença mortal a ser combatida".

Quando se compara a epidemia da aids com as outras doenças epidêmicas, é possível observar que as suas repercussões assumem proporções que vão muito além da infecção: o impacto que aquela Síndrome causou (e que continua causando) foi devastador. Ela confrontou a sociedade, questionou práticas, saberes e discursos, e colocou em evidência assuntos censurados no espaço público, tais como: discussão de gênero, comportamentos, escolhas sexuais e Uso de Drogas Injetáveis (UDI).

Sem dúvida, a aids questionou as práticas de assistência e cuidado em saúde e se apresentou como um dos grandes desafios da saúde pública da atualidade.

A chegada oficial da aids ao Brasil é datada de julho de 1982, embora um estudo retrospectivo tenha possibilitado a identificação de um caso já em 1980. Neste sentido, considerando que o período de incubação do HIV seja de aproximadamente 10 anos, acredita-se que aquele vírus tenha chegado ao país na década de 1970 (MARQUES, 2002).

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2015, havia no mundo cerca de 36.7 milhões de PVHAs. Desse quantitativo, 2,1 milhões de casos foram identificados em 2015 (UNAIDS, 2016a). Já no Brasil, dados apontam que em 2015, aproximadamente 830 mil pessoas eram portadores de HIV, sendo que cerca de 13% sem diagnóstico (UNAIDS, 2016b).

---

[1] Nas linhas que se seguem, o termo "epidemia" faz referência à epidemia como um todo, ou seja, a junção da epidemia da *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) com a epidemia da infecção do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). A diferença entre as duas epidemias será abordada no capítulo 1, a seguir.

No Brasil – nação de grande extensão territorial, o HIV se espalhou de forma desigual, atingindo seus espaços de maneira e tempo diferentes. No início da epidemia, a concentração de casos se deu nas grandes capitais metropolitanas e, até 1987, as Regiões Norte e Nordeste haviam registrado poucos casos da infecção (BASTOS, et. al., 1995).

Na primeira década da epidemia – período que se deu até 1990 – foram registrados, no Brasil, um total de 24.092 casos de aids, com 221 casos identificados na Região Norte, 1.792 casos na Região Nordeste, 561 casos na Região Centro-Oeste, 19.473 casos na Região Sudeste e 1.831 casos na Região Sul, sendo a grande maioria em indivíduos do sexo masculino (cerca de 86%) (BRASIL, 2001).

Pouco tempo depois, no ano 2000, os dados já detinham aumento significativo, somando um total de 214.987 casos no País.

Em 2009, tinha-se o quantitativo de casos de 544.846 casos de aids notificados. Novamente, a Região Sudeste foi aquela que apresentou o maior número de casos (323.069), seguida das Regiões Sul (104.671), Nordeste (64.706), Centro-Oeste (31.011) e Norte (21.389) (BRASIL, 2010a).

Em 2016, o número de casos notificados no País desde o surgimento da doença foi de 842.710. Outro dado importante é o número de óbitos tendo como causa básica a aids, ou seja, desde o início da epidemia, em 1980, até dezembro de 2015, foram registrados 303.353 óbitos (BRASIL, 2016).

Quanto ao perfil epidemiológico, é possível identificar três momentos importantes na epidemia da aids. O primeiro refere-se ao período de 1980 a 1986, onde o maior número de infectados eram homens, homossexuais e bissexuais, com escolaridade avançada, sendo os casos concentrados nas metrópoles localizadas nas Regiões Sudeste e Sul. Já o segundo momento corresponde ao período de 1987 a 1991, que registrou um aumento de casos de pessoas infectadas por meio da transmissão sanguínea, sendo o UDI uma das principais causas. No período supramencionado ainda foi possível observar um processo de pauperização e interiorização da epidemia, ou seja, mais pessoas com baixa escolaridade e de pequenas cidades do interior estavam se infectando; a epidemia se expandiu por todas as Unidades da Federação (UFs), sobretudo, nas cidades de médio e grande porte. Por fim, o terceiro se deu a partir de 1992, sendo possível observar um aumento de casos entre os heterossexuais, emergindo um grande número de casos em mulheres. Tal fato acarretou a feminização da epidemia, e a infecção atingiu todo o território nacional, inclusive Municípios de pequeno porte (BARCELOS; BASTOS, 1996).

As taxas de detecção em homens e mulheres têm apresentado grandes mudanças ao longo dos anos. Se, no início da epidemia, em 1983, a razão entre casos notificados era de um caso do sexo feminino para 38 do sexo masculino, em 1992, era de um caso do sexo feminino para quatro casos do sexo masculino. Em 2014, a proporção passou para cada caso do sexo feminino, 1,9 do sexo masculino (BRASIL, 2015a).

Já há algum tempo, o Ministério da Saúde (MS) tem anunciado uma estabilização da epidemia da aids no Brasil. De acordo com Grangeiro (2016), um dos motivos do anúncio se refere a uma ligeira queda na incidência daquela Síndrome nos períodos de 2013 a 2014. Tal dado é visto com cautela por aquele autor, tendo em vista a complexidade que é o monitoramento da epidemia no País. Além disso, tem-se a disparidade regional do território brasileiro, onde a queda pode ser observada em uma Região, mas não em todas, perfazendo aí um fenômeno que pode ser observado desde o início da epidemia.

No último relatório da OMS sobre a epidemia da aids em todo o mundo, lançado em junho de 2016, o Brasil foi apontado como o País que concentra 40% das novas infecções pelo HIV da América Latina e Caribe. O relatório ainda destacou um ligeiro aumento de casos em adultos na América Latina desde 2000, sendo que no Brasil, o aumento foi de 4% (UNAIDS, 2016b).

Tais dados apontam que talvez a epidemia da aids no País não esteja tão estável, exigindo uma resposta mais efetiva das autoridades no combate à epidemia. Nos últimos anos, conforme Grangeiro (2016), é possível acompanhar uma redução de matérias e notícias veiculadas nos meios de comunicação, além da redução de outras ações de prevenção e o enfraquecimento das Organizações Não Governamentais (ONGs). Neste sentido, aquele autor destaca uma possível reemergência da aids.

De fato, pouco se trata da aids e poucas são as campanhas de prevenção na mídia relacionadas com a infecção pelo HIV. Cada vez mais, as discussões sobre a epidemia são banidas do espaço público, emergindo matérias que veiculam uma possível estabilização da epidemia (GRANGEIRO, 2016). Tais fatos levam a pensar sobre o quanto a aids e a infecção pelo HIV tem se constituído em um segredo público.

O termo "segredo público"[2] é um conceito criado por Sharon Daniel (2006), a partir do seu trabalho realizado com mulheres encarceradas. Para aquela autora, existem dois tipos de segredos, a saber: 1) aqueles que devem ser mantidos à parte do público, secreto, ocultado ao conhecimento do público; e, 2) aqueles que são públicos, ou seja, aqueles cujo público seleciona

[2] O presente termo tem seu uso aqui em destaque tendo em vista sua contemplação sobre toda gama de fatores envolvidos no processo que Grangeiro (2016) aponta como reemergência da aids.

e escolhe para que sejam mantidos privados e distantes de si mesmo. A sua artimanha é saber o que não se deve saber e, neste ínterim, são esses segredos compartilhados que sustentam instituições sociais e políticas, sendo essa a forma mais poderosa[3] de conhecimento social. Trata-se de entrar em silêncio e cair na negação quando se é confrontado com algum fato social maciço, como, por exemplo, o racismo, o preconceito, a pobreza e a própria aids.

Após todos esses anos de combate à epidemia, acompanhou-se uma negação da aids em um processo, como bem destaca Daniel (2006), de não reconhecimento daquilo que, de fato, já é reconhecido. A epidemia daquela Síndrome foi um fato que se escolheu manter em segredo público. E como bem questiona Kathleen Woodward (2016, p.17), "como dar visibilidade ao que é um escandaloso segredo público da vida cotidiana?".

Buscando dar visibilidade ao segredo público em questão e com o propósito de refletir sobre o cuidado às PVHAs é que surge o presente estudo, cujo intuito é discutir sobre dois temas complexos, a saber: 1) a epidemia do HIV/ aids na atualidade; e, 2) a configuração do cuidado na saúde pública às PVHA. Desde o seu surgimento e por seu caráter epidêmico, a aids representa um dos maiores problemas sociais e de saúde pública da atualidade, sendo algo dinâmico e instável. Neste sentido, Silva et al. (2002) destacam que o cuidado às PVHAs é o aspecto mais problemático, uma vez que lidar com aquela Síndrome exige cuidados de várias dimensões diante das várias faces da epidemia.

Destarte, atender uma PVHA, como destaca Teixeira (1997), significa entrar em contato com a complexidade do contexto em questão, que envolve questões sociais, culturais, organizacionais, biológicas, psicológicas, políticas, entre outras. Neste sentido, duas questões serviram de guia para refletir e aprofundar nessa discussão, quais sejam:

(1) Considerando as novas estratégias de controle, prevenção e assistência da epidemia de HIV/aids, a cronicidade da Síndrome na atualidade e os avanços no tratamento às PVHAs, como os serviços de saúde, na percepção dos profissionais de saúde e gestores, têm abordado os aspectos multidimensionais do viver com HIV no cuidado e atenção àquelas pessoas? Quais as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde para atender integralmente tais sujeitos?

[3] Daniel (2006) destaca o quanto o segredo público está relacionado a uma forma de poder e ao modo como se manifesta, muito se aproximando dos escritos foucaultianos de biopoder e biopolítica (FOUCAULT, 1976) e da sociedade de controle de Deleuze (1992). Aqui, poder e conhecimento são os meios utilizados para sustentar os segredos públicos.

(2) Como os serviços de saúde têm capacitado seus profissionais para atuar de modo integral no cuidado às PVHAs? Quais as ações desenvolvidas para fortalecer o trabalho em equipe?

A fim de refletir sobre as questões supramencionadas, fez-se uma pesquisa com profissionais de saúde e gestores de três Serviços de Assistência Especializada (SAEs) em Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (HIV/aids) em três Municípios pertencentes à Diretoria Regional de Saúde (DRS), utilizando como estratégia a triangulação de métodos.

Para a coleta dos dados, como instrumentos, foram utilizados questionários, entrevistas semiestruturadas e grupos de discussão. Os dados foram analisados, inicialmente, por meio de análise de conteúdo e análise estatística descritiva e em seguida foram triangulados.

O objetivo geral do presente estudo foi discutir sobre o cuidado às PVHAs ofertado nos serviços ambulatoriais de referência no atendimento àquela população: os SAEs.

Já os objetivos específicos foram:

(1) Refletir sobre o cuidado em saúde pública para as PVHAs;
(2) Conhecer a compreensão dos profissionais de saúde sobre a aids na atualidade;
(3) Identificar e descrever as práticas de cuidado desenvolvidas nos SAEs;
(4) Discutir sobre a atuação dos profissionais de saúde na assistência às PVHAs e a sua implicação nas novas estratégias adotadas pelas Políticas Públicas;
(5) Discutir sobre a formação continuada e capacitação profissional oferecidas pelos SAEs; e
(6) Identificar as fragilidades e potencialidades do trabalho em equipe nos SAEs para o cuidado integral às PVHA.

A justificativa das linhas que se seguem está na magnitude da epidemia da aids nos dias atuais e nos desafios impostos para o cuidado às PVHAs. Com as novas tecnologias no tratamento, é possível observar que, muitas vezes, é preconizada uma ampliação do acesso ao tratamento antirretroviral, bem como pouca ênfase às práticas de cuidado, acolhimento e atendimento integral daquelas pessoas. Neste sentido, conhecer a percepção dos profissionais de saúde, possibilita compreender melhor a configuração do cuidado nos SAEs, além de identificar quais são as atividades desenvolvidas por aqueles serviços para atender integralmente os sujeitos em questão.

Diante do exposto, o presente estudo encontra-se dividido em duas partes, além da introdução, cuja função foi de discorrer sobre as motivações pessoais e sobre a estrutura das linhas aqui apresentadas.

Na primeira parte, composta por três capítulos, tem-se uma discussão teórico-conceitual sobre os dois temas transversais aqui tratados.

No capítulo 1, intitulado "A aids e suas múltiplas faces", tem-se a história social daquela Síndrome, além da diferenciação desta em relação à infecção pelo HIV. O capítulo ainda trata dos aspectos da multidimensionalidade e dos impactos na vida das PVHAs, destacando o preconceito e a discriminação como os principais desafios a serem enfrentados pela epidemia.

No capítulo 2, intitulado "O conceito de cuidado e seu uso na saúde", têm-se as definições sobre o conceito de cuidado a partir de autores da Filosofia, Psicologia e Sociologia do Trabalho. Em sequência, trata do desdobramento do conceito em questão na saúde pública.

"O cuidado à saúde: políticas públicas e a assistência às PVHAs" é o capítulo 3 do presente estudo e trata da resposta brasileira à epidemia de HIV/aids, ressaltando a evolução das Políticas Públicas nesse contexto e a participação social, como, por exemplo, os movimentos *gays*, na efetivação de ações de assistência, prevenção e combate ao preconceito àquelas pessoas. Discorrem-se ainda sobre as fases de atenção as PVHAs no Brasil a partir dos termos "grupos de risco", "comportamentos de risco" e "vulnerabilidade". Além disso, no capítulo em questão, são apresentados os aspectos sobre o cuidado em saúde pública às PVHAs, ressaltando a influência da estratégia combinada Tratamento como Prevenção (TcP) no atendimento integral àqueles sujeitos.

Já na segunda parte, tem-se o percurso metodológico, os diálogos, os encontros e os afetos materializados em narrativas, nos dados estatísticos e das reflexões que surgiram a partir da pesquisa de campo, do contato com as instituições e com os profissionais de saúde. Esta se encontra dividida em três capítulos.

No capítulo 4 tem-se o percurso metodológico da pesquisa empírica, delineando suas principais características e apresentando a triangulação de métodos como possibilidade de diálogo e combinação de diferentes instrumentos de coleta de dados nesse contexto.

No capítulo 5 discorre-se sobre os resultados da pesquisa empírica, apresentando, a princípio, as vicissitudes do campo de pesquisa, delineando as principais atividades desenvolvidas pelas instituições que participaram do presente estudo e, na sequência, os dados empíricos coletados a partir da aplicação do questionário, das narrativas das entrevistas e das

reflexões e discussões em grupo sobre a atenção e o cuidado às PVHAs. As discussões acerca dos resultados são apresentadas no capítulo 6.

Por fim, têm-se as considerações sobre o estudo e os horizontes que emergiram com sua elaboração, reconhecendo a necessidade de outras investigações que surgiram a partir da pesquisa e destacando o uso da triangulação de métodos em estudos no contexto da saúde e da aids.

PARTE 1
PROBLEMATIZANDO A AIDS E O CUIDADO ÀS PVHAs

1. A AIDS E SUAS MÚLTIPLAS FACES

Diário de Campo – 02 de novembro de 2015.

Na sala de espera de um Serviço de Assistência Especializada (SAE), aguardo ansiosa para falar com a coordenadora, na esperança de concluir a longa tarefa do primeiro contato com todas as instituições; são apenas seis, que diante dos desencontros de agenda pareciam ser muito mais.

Lá fora chove bastante. Lembro do tempo, das coisas que tenho para fazer, das diversas obrigações. Somente eu aguardo atendimento em uma sala de espera ampla, bem arejada, com uma televisão ligada com volume tão baixo, que mesmo diante do silêncio não é possível ouvir. Barulho de chuva e silêncio. Vez ou outra o silêncio é quebrado por algum usuário do serviço que entra desconfiado como quem não quer ser visto entrando neste lugar. Ao se aproximarem do balcão, a conversa com a recepcionista acontece em um tom de voz quase impossível de se escutar. Sussurros de alguém que não quer ser identificado. Quando o tom de voz aumenta, é para pontuar que ele está ali por outra pessoa como, por exemplo, agendar uma consulta para um amigo, pegar preservativo para um vizinho e assim por diante. Esse movimento dura poucos instantes e, após o atendimento, o silêncio logo se reestabelece.

Quarenta minutos de espera aguardando a coordenadora, até que um novo movimento acontece. Um jovem rapaz entra na instituição impaciente, aproxima-se do balcão e aumenta o tom de voz. A recepcionista tenta acalmá-lo, fazer com que diminua o tom, fale baixo. Após esse primeiro atendimento, ela solicita que ele aguarde alguns instantes e se dirige às salas de atendimento. Nesse instante, há apenas eu e ele na recepção. E então ele se aproxima. Naquele silêncio, sorri para mim, que apenas correspondo com um sorriso desconfiado. Ele tenta conversar. Fico sem palavras. Não sei o que responder. "Nossa! A gente sempre fica ansioso quando isso acontece. Estou tão nervoso" (sic). Essa é fala dele, diante da angústia de um possível resultado positivo para o vírus HIV. E continua: "Eu vim fazer o teste rápido. Estou com tanto medo" (sic). Em silêncio, eu continuo. Tento ser simpática mantendo o sorriso, mas me mantenho em silêncio, sentindo certo alívio quando a recepcionista chama-o para atendimento.

As linhas que se seguem tratam sobre o viver com o *Human Immunodeficiency Virus*/*Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV/aids), apresentando o que é a Síndrome, diferenciando-a do HIV, e refletindo sobre a sua multidimensionalidade. Parte-se da ideia de

uma terceira epidemia[4] que devastou muito mais que a própria aids e que a tornou um tema tão complexo, pois foi nesse momento que surgiram os diversos impactos, repercussões e consequências devastadoras para além da infecção pelo HIV e para além da Síndrome em si mesma.

1.1. Da indefinição à consolidação da aids

Mesmo com alguns estudos apontando para o surgimento da aids na segunda metade do século XX, a sua origem é incerta e permeada de equívocos. Por ora, vale apenas mencionar que uma das hipóteses mais aceitas é a que destaca a sua origem na África Ocidental na primeira metade do século XX (MORAL et. al., 2015) e que atingiu o nível de epidemia recentemente, ou seja: em termos de consciência geral e para a Medicina, ela é uma doença nova (SONTAG, 1989).

Concordando com Seffner (1998), é possível afirmar que a aids é a primeira doença do mundo moderno, do mundo globalizado, e atravessou as fronteiras velozmente, configurando-se, rapidamente, como uma questão mundial de saúde. Assim, como apontam Herzlich, Pierret (2005), aquela Síndrome representou muito mais que uma nova doença, pois impactou e mobilizou diversos setores da sociedade.

Os primeiros casos da aids foram identificados nos Estados Unidos da América (EUA), no Haiti e na África Central entre os anos 1977 e 1978. Em junho de 1981, ocorreu a primeira tentativa de diagnóstico da nova doença[5]. Em seu boletim semanal, o Centro de Controle de Doença de Atlanta, EUA, relatou uma forma rara de pneumonia em cinco pacientes imunodeprimidos, homossexuais, sendo que dois faleceram deste mal. Um mês depois, 26 homossexuais apresentam um raro tipo de câncer, e dez novos casos de pneumonia são

[4] Termo utilizado por Jonathan Mann para discutir sobre os diversos impactos da epidemia. Tal termo é abordado de modo abrangente ainda neste capítulo.

[5] O termo "doença" deve ser compreendido neste estudo como define e diferencia Helman (2009, p. 119) quando discute sobre *disease* (doença) e *illness*, (enfermidade). Para aquele autor, a doença (*disease*) é um termo da Medicina moderna ocidental utilizado para designar "[...] anormalidades da estrutura e função dos órgãos e sistemas corporais". Assim, são consideradas doenças, as "[...] entidades patológicas que compõem o modelo médico de saúde debilitada, como diabetes e tuberculose, e que podem ser especificamente identificadas e descritas pela referência a certa evidência biológica, química ou outra" (HELMAN, 2009, p. 119). Neste sentido, as doenças podem ser vistas como coisas abstratas, recorrente em qualquer configuração que possam aparecer e assumem forma, progresso e conteúdos universais. A enfermidade (*illness*), por sua vez, compreende os aspectos subjetivos do adoecimento, bem como as reações sociais e culturais do processo da doença. Embora ambas possam ocorrer isoladamente, entre doença e enfermidade existe um círculo vicioso que se retroalimenta, ou seja, a doença pode influenciar na enfermidade e vice-versa. Embora Helman tenha sofrido críticas sobre esse modelo explicativo, vale destacar que a sua contribuição para as discussões sobre a doença é a inclusão da perspectiva do paciente nos processos de adoecimento (LANGDON, 2009), ressaltando a sua multidimensionalidade.

registrados pelo Centro de Controle de Doença (CDC, do inglês *Center for Disease Control*) de Atlanta, o que alertava para o aparecimento de uma nova doença (ZARPELON, 2011). Já no Brasil, o primeiro diagnóstico da nova doença foi em 1982, em sete pacientes na Região Sudeste (ZARPELON, 2011).

No período em questão, ainda sem nome e descrição, a aids era identificada como um fato novo, grave e misterioso (HERZLICH, PIERRET, 2005). Sem saber do que se tratava e diante do aumento do número de mortes, acreditava-se que a transmissão do vírus se dava pelo contato com o sangue e pela saliva. Além disso, os primeiros infectados pelo vírus foram os homossexuais, os usuários de drogas injetáveis, os hemofílicos e os profissionais do sexo: grupos sociais que, no início da epidemia, foram denominados como grupo de risco (ZARPELON, 2011).

> A sigla AIDS foi adotada oficialmente no segundo semestre de 1982 e rapidamente difundida, graças aos boletins epidemiológicos do CDC. Antes disso, havia sido chamada sucessivamente por diferentes nomes: *gay penumonie, gay cancer, GRID (Gay-Related Immune Deficienty*) ou *gay compromise syndrome*. Quando a universalidade da doença tornou-se evidente, atribuiu-se um nome neutro, definido pela sigla Aids, *Acquired Immunodeficiency Syndrome*" (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015, p.31).

As investigações sobre a causa da aids tiveram início logo após a identificação dos primeiros casos. E foi exatamente o vírus, ou melhor, a sua busca, sua identificação e seu isolamento, os primeiros passos de uma ação medicinal anátomo-clínica. Era o início da busca ao tesouro (CAMARGO JR., 1994). Sobre a questão, Altman (1995) destaca que laboratórios disputavam para ver quem seria o primeiro a descobrir o vírus causador da aids. Tinha-se, portanto, uma verdadeira disputa de poder e *status* científico. Em 1984, o editorial do *The New York Times*, ao discorrer sobre a disputa entre a França e os EUA, destacava que, na ciência, nomear um objeto era possuí-lo.

O vírus que causa a síndrome da imunodeficiência foi descoberto em 1984: "[...] uma 'coisa' estranha e sem nome tornou-se uma nova doença, com todos os requisitos formais que estas criaturas peculiares costumam ter" (CAMARGO JR., 1994, p. 51).

A partir daí, a epidemia de HIV/aids é marcada pelo avanço científico e tecnológico, resultando em um grande aparato ao tratamento daquela Síndrome. Após a identificação do vírus, logo surgem os primeiros Antirretrovirais (ARVs) e, no final da década de 1980 e início da década de 1990, têm-se também os exames de Carga Viral Plasmática (CVP) e de contagem de linfócitos CD4 para identificar a sorologia e monitorar a doença, respectivamente. Outro

avanço se deu em 1996, quando foi lançado um coquetel ARV mais potente, que acarretou no aumento da qualidade de vida e da sobrevida das PVHAs (GUZMÁN; IRIART, 2009).

Com o avanço tecnológico e farmacológico, a aids tornou-se uma doença crônica, tratável, semelhante à diabetes, asma e outras doenças desse grupo (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006). Todavia, a epidemia da aids representa um risco nas sociedades modernas, retratando um problema de saúde pública de proporção global (ZARPELON, 2011).

1.2. Da doença do corpo aos impactos sociais – as três epidemias da aids

Jonathan Mann, diretor fundador do Programa Global de aids, em 1987, dividiu a epidemia da aids em três fases distintas, a saber:

(1) a infecção pelo HIV, que silenciosamente se espalhou sem ser detectada, antes mesmo de se saber da existência daquela Síndrome;
(2) a epidemia da doença da aids, que surgiu logo em seguida da primeira, porém, com atraso de alguns anos, considerando que, diferente de outras doenças infecciosas, esta se desenvolve após alguns anos da infecção; e
(3) a reação cultural, social, política e econômica da aids, que é tão devastadora quanto as anteriores e se apresenta como o grande desafio global (MANN, 1987).

Mann apontou tal divisão nos primórdios da epidemia, quando ainda não se sabia ao certo o que fazer com os pacientes de aids e como conter a infecção pelo HIV. Era uma época de temor, medo e pânico diante da nova doença que acabava de ser desvendada pela ciência; de poucas informações concretas e de muitas informações errôneas.

A partir da referida divisão, ainda hoje, é possível observar com clareza o quanto a epidemia da aids é multifacetada, inconstante e dinâmica.

Dizer que a epidemia da aids é multifacetada é afirmar que, para além da infecção pelo vírus HIV, existem outras dimensões possíveis de serem incluídas na terceira fase apontada por aquele autor. Logo, a partir da compreensão dessas dimensões e dos seus impactos nas diversas esferas da vida pública e privada, é possível compreender o próprio percurso da epidemia.

1.2.1. A infecção pelo HIV e a aids

Ainda emprestando o termo utilizado por Mann (1987), faz-se importante esclarecer, definir e diferenciar as duas epidemias, ou seja, da aids e da infecção pelo HIV. Embora haja uma grande confusão entre uma e outra, são epidemias distintas, mas intrinsecamente relacionadas.

A aids[6] é uma doença infecciosa que tem esse nome em virtude da deficiência imunológica que causa em seus portadores. O seu agente causativo é o vírus da imunodeficiência humana, conhecido como HIV (do inglês *Human Immunodeficiency Virus*). No organismo, o HIV entra na célula, ataca, causa a morte celular e provoca uma disfunção grave do sistema imunológico, dificultando a resistência do organismo a outras doenças (SOARES, 2001; GUTIERREZ et. al., 2009).

O HIV age no organismo como parasita, hospedando-se nas células linfócitos TCD4+, que são as principais células-alvo do vírus e responsáveis pela defesa imunológica do indivíduo. Ao infectar tais células, aquele vírus insere a sua própria informação genética na célula hospedeira, que passa a produzir proteínas virais. Neste ínterim, a célula começa a reproduzir o vírus dentro dela até o momento em que se rompe, morre e libera milhares de outras partículas do vírus que vão infectar outras células do organismo (SOARES, 2001). Como destaca Soares (2001, p. 17), "diferentemente de outras infecções, em que o sistema imune é capaz de controlar o crescimento do patógeno e eventualmente abortar a infecção, na aids o sistema imune é imensuravelmente destruído pela e ao longo da infecção". Além disso, em uma tentativa de combater o vírus, o sistema imune, ao tentar combater as células infectadas, passa a se autodestruir.

As principais formas de transmissão do HIV identificadas são: sexual, sanguínea e vertical. Todavia, tem-se a possibilidade de transmissão ocupacional, acarretada por acidentes de trabalho com profissionais da saúde (SOARES, 2001). De acordo com Sontag (1989), a vida, aqui representada pelo sangue e pelos fluídos sexuais, a partir do HIV, passa a ser o próprio veículo da contaminação.

A transmissão sexual é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a

[6] Do inglês *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (em português: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA). O Brasil adotou, desde o início da epidemia, o uso da sigla em inglês AIDS, para designar a síndrome da imunodeficiência adquirida, em invés de SIDA. O uso de tal termo se deu em virtude de Cidas aparecer comumente como uma forma de chamar as mulheres com nome Aparecida, o que poderia causar constrangimentos. Além disso, tem-se a implicação de cunho religioso, pois, a padroeira do Brasil é Nossa Senhora Aparecida. Vale destacar que entre os países latino-americanos, o Brasil é o único a utilizar a sigla em inglês (BALDIN, 2010; MARTINS, 2009).

principal forma de transmissão do HIV no Brasil e no mundo. Já a transmissão sanguínea se dá por meio de transfusão de sangue e hemoderivados infectados pelo vírus, além do uso de drogas injetáveis. Sobre a transfusão de sangue e hemoderivados, atualmente tem-se um decréscimo significativo por essa via de transmissão, considerando que os investimentos no controle de qualidade nos bancos de sangue têm aumentado significativamente. Por outro lado, o compartilhamento de seringas e agulhas por indivíduos que fazem uso de drogas injetáveis faz com que aumente o número de infectados entre os usuários de drogas injetáveis. Por fim, tem-se a transmissão vertical, que é a transmissão da mãe para o feto durante a gestação (intrauterina por via transplacentária) ou durante o parto (decorrente da exposição de mucosas fetais ao sangue materno ou secreções vaginais), ou mesmo para o recém-nascido durante a amamentação (GUTIERREZ et. al. 2009).

A manifestação da infecção do vírus HIV se dá em quatro fases. A primeira fase, denominada infecção aguda (ou infecção primária), é observada nas primeiras semanas após a infecção, sendo que em tal período, o vírus se reproduz rapidamente no organismo. Aqui, o indivíduo infectado não dispõe de uma resposta imune, o que faz com que aumente a carga viral em seu fluxo sanguíneo. Nesse momento, tem-se o aparecimento de algumas manifestações clínicas, como, por exemplo, vermelhidão em algumas partes do corpo, aftas, sendo possível até mesmo o aparecimento de nódulos linfáticos na região do pescoço. Desse quadro clínico, há a manifestação de alguns sintomas, tais como: febre, mal-estar, tosse, dores musculares e diarreia, que podem ser confundidos facilmente com uma gripe ou outro tipo de virose. Inicialmente, os sintomas tendem a aparecer entre cinco a 30 dias após a infecção e, em geral, duram em média 14 dias (GUTIERREZ et. al. 2009; SOARES, 2001).

A segunda fase é conhecida como fase assintomática, ou período de latência, onde o sistema imunológico responde à infecção desenvolvendo mecanismos específicos e reduzindo a carga viral no organismo. Todavia, vale destacar que nesse período, o vírus continua se replicando no organismo. Aqui, a PVHA apresenta manifestações clínicas mínimas ou ainda inexistentes, e o seu sistema imunológico controla os níveis virais no organismo. Tal período de latência dura em torno de sete a 10 anos e é caracterizado por uma luta incessante entre o vírus e o sistema imunológico (GUTIERREZ et. al. 2009; SOARES, 2001).

Na luta do vírus contra o sistema imunológico, chega um momento em que este último começa a perder a batalha: é o início da terceira fase, denominada fase sintomática inicial (ou precoce). Segundo Soares (2001), não é possível definir o momento da ocorrência desta, muito menos quais os eventos que causam o colapso do sistema imunológico. Aqui, o número

de vírus que circula no organismo aumenta significativamente, acarretando em queda na contagem dos linfócitos TCD4+.

Com o sistema imunológico sendo destruído pelo HIV, o organismo torna-se vulnerável às infecções oportunistas[7] causadas por outros vírus, fungos, bactérias e protozoários, caracterizando a quarta e última fase: a presença da aids. Nesta, considerado o estágio mais avançado da doença, os sintomas mais comuns são: perda de peso, febre e fadiga, que geralmente são causados pelas infecções que, além de graves, podem ser fatais (SOARES, 2001). Entre as infecções oportunistas têm-se, por exemplo, a salmonelose, a toxoplasmose cerebral, a criptococose extrapulmonar, a tuberculose pulmonar, a pneumonia causada por *Pneumocystis carinii*, a herpes, alguns tipos de câncer (Sarcoma de Kaposi, por exemplo), entre outras (RODRIGUES-JÚNIOR; CASTILHO, 2010).

Ainda hoje não há cura para a aids e a infecção pelo HIV, embora haja a possibilidade de controle da infecção por meio de medicamentos antirretrovirais que garantem melhoras na qualidade de vida das PVHA.

A aids é uma doença causada pelo vírus. Logo, o HIV é o agente causador, ou seja, a circunstância necessária para o desenvolvimento daquela Síndrome. O indivíduo com o vírus vai regularmente ao médico para controle do vírus, porém, não necessariamente possui os sintomas. Ela toma remédio, mas não está doente. Eis o grande paradoxo do viver com HIV.

1.2.2. Os impactos da epidemia da aids

Diário de Campo – 07 de abril de 2016.

Hoje volto ao serviço. Sou atendida na recepção pela técnica de enfermagem que pede para eu aguardar. Sempre quando venho nesta instituição tenho que aguardar um bom tempo para ser atendida e não adianta agendar, porque sempre tenho que esperar. A espera acontece em uma sala ampla, arejada e espaçosa, porém sempre vazia. Chama atenção esse vazio. Enquanto espero, observo os vários cartazes fixados na parede. Os temas são diversos: alguns alertam para o preconceito e para homofobia, outros para prevenção da infecção pelo HIV, outros chamam a atenção para o cuidado com a dengue. Todavia, em meio a tantos cartazes, um chama a minha atenção. Impresso em uma folha sulfite simples, em branco e preto, o cartaz adverte: "O exercício do silêncio é tão

[7] São denominadas infecções oportunistas porque aproveitam o estado imunodepressor para infectar o indivíduo com o *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). As infecções oportunistas são raras na população geral e muitos desses microrganismos são capazes de viver em harmonia com os indivíduos quando não infectados pelo vírus em questão (SOARES, 2001).

> *importante quanto a prática da palavra. Silêncio!". Questiono-me o que quer dizer aquele cartaz. Em uma recepção tão vazia, sempre silenciosa, o que significa esse cartaz que pede silêncio? Lembro do trecho da música de Vinícius de Moraes e Claudio Santoro "Cala. Ouve o silêncio. Ouve o silêncio que nos fala tristemente". Mesmo vazio e silencioso, aquele espaço diz muito sobre a aids hoje.*

A aids, enquanto epidemia, apresenta vários impactos que vão muito além da infecção pelo vírus e da doença em si. Tal fato se dá devido a sua relação direta com a sexualidade e com o uso de drogas injetáveis – aspectos que fazem com que a repercussão social daquela Síndrome e da infecção pelo HIV seja diferente de outras doenças.

Neste sentido, o presente estudo optou por iniciar a discussão que se segue apresentando mais um fragmento do diário de campo da pesquisadora. Sem dúvida, o trecho em questão, que aborda o silêncio em uma unidade de atendimento, diz muito sobre os silêncios existentes nas discussões sobre o preconceito e a discriminação em torno da temática. Assim, tem-se que os impactos causados pela epidemia, principalmente na vida das PVHAs, foi silenciado, negligenciado e, muitas vezes, tratado como um tema insignificante.

Retomando a conceituação de Mann (1987), aqui se tem a terceira fase da epidemia e que se refere aos impactos da aids. Surgem, então, os diversos discursos, os preconceitos, as interdições e a discriminação às PVHAs. Daniel e Parker (1991) ressaltam que essa terceira fase da epidemia não é causada pelo HIV, mas por outro vírus com consequências mais nefastas, denominado vírus ideológico – que causa medo, pânico e diversos impactos de diversas dimensões, principalmente na vida das PVHAs. É um vírus difícil de enfrentar e o seu controle, ao contrário do HIV, está longe de ser alcançado.

Não obstante, é preciso salientar o quanto na história da epidemia da aids, logo em seu início, foram definidos os grupos desviantes: aqueles que praticam sexo e os criminosos que usam drogas. Dois grupos distintos, mas ligados pelos mesmos fatores: o preconceito e o estigma que levam à sua discriminação em vários espaços públicos.

Sobre a questão, Sontag (1998, p. 9) sugere que as doenças sofrem um processo de metaforização, o qual “consiste em dar a uma coisa o nome de outra”. Conforme aquela autora, tal mecanismo de metaforização não é recente e é a origem da maioria dos tipos de conhecimento: é impossível pensar sem metáfora, embora seja imprescindível deixar de utilizar algumas delas.

O surgimento da aids como uma doença desconhecida e resistente ao tratamento foi um campo propício para a metaforização da epidemia (SONTAG, 1989). Conforme Sontag

(1989), a peste é a principal metáfora pela qual aquela Síndrome é compreendida. Por peste entende-se aquilo que há de pior e está associado à morte e à desfiguração. A palavra "peste" vem do latim *pestir* (flagelo, calamidade) e também significa nome genérico daquelas doenças assustadoras. As epidemias são, em geral, consideradas pestes, sendo as doenças coletivas encaradas como castigo.

Desde a Antiguidade, a doença como castigo é a mais antiga das explicações para as doenças. Neste ínterim, as metáforas contribuíram para retomar tal ideia e estigmatizar doenças e doentes. Estes últimos, ao serem encarados como vítimas, trazem consigo a ideia de culpa impregnada. Assim, algumas metáforas da aids são de morte, horror, punição e crime (PARKER; AGGLETON, 2001).

A aids foi definida como uma doença e possui todos os requisitos necessários para tal. Todavia, aquela Síndrome envolve outras questões que vão muito além da doença e da infecção pelo vírus. Para Herzlich e Pierret (2005), a epidemia da aids realça a articulação entre o biológico, o político e o social. Galvão (2000), por sua vez, destaca que a Síndrome em questão combina à doença comportamentos sexuais e uso de substâncias psicoativas, o lhe que confere uma multidimensionalidade. Assim, dizer que existem outras faces na epidemia de aids é afirmar a sua dimensão para além da infecção pelo HIV e da doença.

Segundo Augé (1984 apud Herzlich, 2004, p. 384), "o grande paradoxo da experiência da doença é que ela é tanto a mais individual quanto a mais social das coisas". Neste sentido, algo que é tão singular à experiência do indivíduo pode se tornar uma experiência coletiva e social. Logo, a aids se tornou um fenômeno multifacetado, não apenas pelo fato de toda doença transitar entre várias instâncias, como religiosa, jurídica, social, entre outras, mas, principalmente, pelas suas repercussões e pelos seus impactos.

Anteriormente ao surgimento da aids, ocorreu na década de 1960 a revolução sexual, também denominada liberalismo sexual. Impulsionada pelo aparecimento da pílula anticoncepcional, tal revolução estava relacionada às práticas sexuais, ao controle de natalidade e a um comportamento sexual feminino mais liberal. Todavia, o movimento supramencionado pouco durou e, com o advento da epidemia daquela Síndrome, logo perdeu o seu espaço para o conservadorismo, sofrendo um processo de desaceleração (SOUZA, 2008; LEITE et. al., 2007). Naquele momento, o conservadorismo ainda provocou pânico moral e muita discriminação às PVHAs – fato em repercussão até os dias atuais. Sobre a questão, Maluschke (2001) aponta o surgimento de uma tríade: relação sexual-culpa-castigo, em que, aos olhares de uma importante parcela da sociedade, a aids seria o castigo pela liberação sexual e a valorização do prazer.

A televisão, carregada de desinformação, apresentou a aids para os brasileiros e assumiu um papel importante na história da Síndrome no País. Ora, uma doença letal, moralizante e desconhecida da ciência, preenchia todos os critérios necessários para que os seus "consumidores" dessem audiência aos noticiários que divulgavam as matérias sobre o tema (GALVÃO, 2000).

Para Herzlich e Pierret (2005), na primeira década da epidemia, a imprensa foi partícipe de duas ações fundamentais, a saber: 1) anunciar a aids como a nova patologia; e, 2) assumir o papel de mediação entre a sociedade e o domínio médico. Para aqueles autores, a imprensa, ao mediar a troca de informação entre o domínio médico e a sociedade, criou os contornos da Síndrome em questão, fazendo-a existir para a sociedade. Logo, "[...] o caso da aids torna evidente o papel desempenhado pela comunicação de massa na produção do real" (HERZLICH; PIERRET, 2005, p. 73).

Compreendendo o papel da imprensa na divulgação da aids no início da epidemia, é fundamental ressaltar que, se de um lado, a mídia fazia a intermediação apontada por Herzlich e Pierret (2005), por outro lado, as notícias eram carregadas de estereótipos, medo e preconceitos (BARATA, 2006), alimentando debates públicos e permanecendo do lado mais provocante e enigmático da epidemia. Neste sentido, a aids, no Brasil, chegou antes de si mesma, ou seja, antes de qualquer registro de caso no País, sendo considerada como o mal de folhetim (DANIEL, 1991).

Uma doença nova no espaço público. A aids na sociedade, a ameaça e o perigo eminente do desconhecido. Neste sentido, segundo De Paula e Lago (2013), a aids ocupa o posto de doença mais estigmatizada da sociedade, superando outras doenças transmissíveis (sífilis, por exemplo).

Erving Goffman, em sua obra intitulada *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, publicada originalmente em 1963, traz grandes contribuições para o pensamento sobre o estigma de viver com HIV nos dias atuais. Conforme aquele autor, o termo "estigma" tem sua origem com os gregos, significando marcas e sinais corporais que evidenciam o *status* moral daqueles que os carregavam. Os estigmas eram os recursos visuais, feitos a partir de cortes, ou ainda cravados com fogo para identificar escravos, traidores, criminosos, enfim, indivíduos que deveriam ser evitados nos espaços públicos. O termo em questão também foi utilizado na era cristã por médicos para se referir aos distúrbios físicos, e pelos cristãos, como uma forma de sinalizar as graças divinas.

Atualmente, o conceito de estigma, termo tão usual, é definido como um atributo altamente depreciativo, utilizado para identificar categorias que uma determinada sociedade

estabelece, criando uma "identidade social". Tal identidade, composta por atributos, diferenciam os estigmatizados dos sujeitos "normais"[8]. Sobre a questão, o desvio e a diferença são, para Goffman (1988, p. 6), a base do estigma: "[...] deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande".

O estigma é uma marca depreciativa que faz com que aqueles que o possui seja considerado menos humano, ou seja, menos possuidor de direitos. Os estigmatizados não são tratados igualmente aos outros. Portar um estigma acarreta, ao indivíduo estigmatizado, vergonha e autopercepção de que realmente aquele atributo o torna impuro e abaixo dos outros indivíduos.

A infecção pelo HIV é uma marca capaz de separar e distinguir dois grupos, a saber: 1) os infectados; e, 2) os não infectados. Cravado no corpo, embora não visível, tal marca (o vírus) é o registro de uma condição social que remete a comportamentos não aceitáveis pela sociedade. Os estigmatizados não estão ilesos ao julgamento moral, mas são condenados quando identificados, tendo muitos dos seus direitos negados.

O estigma serve como uma anulação do outro. Um indivíduo que vive com o vírus HIV passa apenas a ser o portador daquela infecção. Ele não é mais o João, a Maria, o José. Ele é, a partir da sua sorologia, o impuro, o perverso. Sobre a questão, Goffman (1988) aponta que um indivíduo estigmatizado pode tentar corrigir a sua situação estigmatizante. Além disso, escondê-la também é outro modo de enfrentamento, aliás, muito frequente no contexto do HIV.

Parker e Aggleton (2001) advertem que o estigma relacionado à aids e ao HIV raramente é exclusivo de tais condições. Conforme aqueles autores, a estigmatização se dá a partir de uma série de formas preexistentes, ou seja, de condições independentes e anteriores à Síndrome em questão. É possível, assim, elencar quatro dessas condições, a saber: "(1) estigma em relação à sexualidade; (2) estigma em relação ao gênero; (3) estigma em relação à raça ou etnia; e (4) estigma em relação à pobreza ou à marginalização econômica" (PARKER; AGGLETON, 2001, p. 20).

As condições preexistentes foram reafirmadas como categorias estigmatizadas já no início da epidemia. A análise do perfil dos infectados, identificados nos primeiros estudos epidemiológicos da aids, determinaram alguns grupos, os quais, segundo os dados correlatos, tinham mais chance de infecção pelo vírus (AYRES et.al., 2009b). Neste ínterim, acarretou-se um grande preconceito e estigma às PVHAs, e as informações, por vezes, como destacam

[8] O termo normal é utilizado pelo autor para categorizar aqueles que não possuem estigmas.

Rocha e Samudio (2013), acabaram sendo legitimadas como verdades absolutas, perpetuando pejorativamente uma compreensão limitada daquela Síndrome.

A aids relaciona sexualidade e uso de drogas injetáveis e, desde o seu início, aterrorizou a sociedade e despertou vários fantasmas (SANCHES, 1997). As condutas sexuais associadas à infecção pelo HIV são provenientes da rejeição social contra os grupos identificados no início da epidemia. Na sociedade ocidental, segundo Moral et al. (2015), os comportamentos sexuais são condutas censuradas e submetidas a um forte controle moral, principalmente homens que fazem sexo com outros homens e mulheres com múltiplos parceiros. Quanto aos usuários de substâncias psicoativas, tem-se uma grande associação com a delinquência – fato gerador de grande estigmatização social.

Foucault (1976) retrata como a sociedade ocidental faz do sexo seu instrumento de poder, não pela repressão, mas pelo discurso. Criou-se a ilusão de que se tem uma sexualidade reprimida, porém, "[...] não se fala menos do sexo, pelo contrário. Fala-se dele de outra maneira; são outras pessoas que falam, a partir de outros pontos de vista e para obter outros efeitos" (FOUCAULT, 1976, p. 29-30). O sexo passa a ser um objeto de discurso da demografia, Biologia, Medicina, Psiquiatria, Psicologia, na moral e na crítica política. Assim, prevalece a ocorrência da incitação ao discurso do sexo. O poder esboça o sexo. E a sexualidade, longe de ser reprimida na nossa sociedade contemporânea, é permanentemente suscitada.

Discutindo sobre o sexo como dispositivo de poder, Foucault (1976) destaca que é possível compreendê-lo como foco de disputa política. Ele se encontra entre os dois polos, a saber: 1) faz parte das disciplinas do corpo: adestramento, intensificação e distribuição das forças, ajustamento e economia das energias; e, 2) o sexo pertence à regulação das populações, por todos os efeitos globais que induz.

O sexo é o acesso à vida do corpo e a vida das espécies. É matriz das disciplinas e princípio das regulações. É por isso que a sexualidade foi esmiuçada, perseguida, suspeitada. Além disso, a sexualidade tornou-se tema de operações políticas, intervenções econômicas, campanhas ideológicas moralização ou responsabilização. Concentram-se na tecnologia do sexo uma série de táticas cujo objetivo é a disciplina do corpo e a regulação das populações (FOUCAULT, 1976).

Logo, o advento da aids não passou isento do controle da sexualidade. Condutas foram marginalizadas e patologizadas. Aquela Síndrome, ao ser anunciada como a peste *gay* ou o câncer *gay* pela imprensa, foi considerada, por muitos, como o castigo merecido para os homossexuais por seus comportamentos sexuais (PARKER, 1991). A aids colocou ainda mais

o sexo em discurso e forneceu todos os subsídios de controle e de poder sobre o sexo da população.

Heilborn e Brandão (1999) destacam o quanto o advento da aids fez também emergir e intensificar vários estudos biomédicos e epidemiológicos cujo foco era mensurar e controlar o comportamento sexual, de modo descontextualizado – o que evidencia o quanto o controle fez-se presente no binômio sexualidade- aids.

Para Galvão (2000), o vínculo estabelecido entre os primeiros casos da Síndrome em questão e a homossexualidade não foi interrompido e se perdura mesmo depois de tantas modificações no perfil epidemiológico da doença. Tão logo, os discursos em torno da aids misturam, muitas vezes, às questões de homofobia, racismo e misoginia – as chamadas interseccionalidade[9] da epidemia, que envolve gênero, raça e classe social, além da própria questão da sexualidade que transita pelas referidas categorias. É o que Kergoat (2016) nomeia de "tríplice confluência" de gênero, raça e classe, que estão em uma situação de dominação e precariedade, sendo essas as condições paradigmáticas da sociedade global. Neste sentido, não se pode referir à epidemia de aids sem pontuar os aspectos supramencionados.

Para além da doença do corpo, do HIV, tem-se um vírus ideológico que devasta mais do que a própria aids. Assim, revelar o diagnóstico de HIV não é apenas dizer que é portador do vírus em uma época onde a doença se tornou crônica (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006), mas sim, é entrar em contato, acima de tudo, com todas as outras dimensões que envolve a infecção por aquele vírus; é entrar em contato com esse outro vírus tão nocivo quanto esse.

Jones (2008), discutindo sobre o impacto do diagnóstico de HIV na vida de uma pessoa, destaca que é maior, tanto psicologicamente quanto socialmente, quando comparado a outras doenças graves, uma vez que a aids, ainda hoje, é vista pela ótica do julgamento moral. Se no início da epidemia, a PVHA era considerada pela sociedade como culpada ou vítima, com o avanço da triagem de hemoderivados – que reduziu o número de infectados por transmissão sanguínea –, tornou-se apenas 'a culpada'. Logo, o sujeito tem que lidar com a sua própria impotência diante das adversidades. O "estar com HIV/ aids" remete, necessariamente, no contato com a angústia e a inquietação de uma morte anunciada – morte não no sentido biológico, mas sobretudo, no sentido social.

[9] O termo "interseccionalidade" se refere ao cruzamento de categorias. Foi introduzido, primeiramente, no campo jurídico, sendo posteriormente muito utilizado nas discussões de gênero e na teoria feminista para designar as imbricações entre gênero, raça e classe social (KERGOAT, 2016).

Meiches (1997) destaca que existem dois tipos de morte, a saber: 1) a morte súbita; e, 2) a morte anunciada. De modo específico (aids), tem-se a morte social anunciada: "[...] a morte anunciada, que se espera e se padece caprichosamente, tal como aquela por aids" (MEICHES, 1997, p. 118).

Atualmente e, socialmente, tem-se a ideia de que o portador do HIV/ aids é aquele dotado de comportamento ou de atitudes impróprias (comportamentos sexuais inadequados ou uso de drogas injetáveis) (GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010).

De acordo com Piot et al. (2009), o ser humano, em geral, subestima que o estigma e a discriminação contra as PVHAs seriam um dos obstáculos no combate à epidemia. Todavia, como destacam aqueles autores, o preconceito e o estigma ainda impedem muitos indivíduos da busca pelos serviços de prevenção, como, por exemplo, o teste rápido e o acesso ao tratamento.

A aids, como epidemia multifacetada, se apresenta como um grave problema social e de saúde pública no Brasil e no mundo. Embora, muitas vezes, seja compreendida pela ótica biológica, observar outros aspectos existentes torna-se um desafio para a saúde pública e um meio de superar o vírus ideológico.

Sobre o vírus ideológico, é importante ressaltar que ele é, sobretudo, um vírus cruel e devastador. Ele divide a população em "eles" – os infectados – e "nós" – os não infectados. É um vírus potente, que dissemina a ideia constante de medo e terror e, em mais de três décadas de epidemia, nenhuma resposta foi tão efetiva a ponto de controlar sua disseminação. É até comum em algumas fases ele não ter tanta visibilidade, porém, como o HIV, ele é silencioso e a sua disseminação se dá rapidamente, passando, por vezes, despercebida.

Diante do exposto, uma luta efetiva contra a epidemia da aids deve ser também uma luta contra o vírus ideológico. Uma política efetiva de controle da epidemia também deve tomar tal ação como prioridade. Conforme destacam Daniel e Parker (1991), considerar e combater a disseminação do vírus e daquela Síndrome é uma medida falaciosa, caso não sejam realizados esforços para olhar a multidimensionalidade que envolve a querela em questão.

2. O CONCEITO DE CUIDADO E SEU USO NA SAÚDE

Cuidar é querer, é fazer projetos, é moldar a argila.
[...] Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência
da matéria, uma forma simplesmente humana de ser (AYRES, 2011, p.36).

As linhas a seguir destacam alguns apontamentos acerca do conceito de cuidado e o seu emprego no campo da saúde.

2.1. Sobre o conceito de cuidado

O termo "cuidado" é polissêmico, onipresente em diversas dimensões da vida social e utilizado para descrever relações, processos e sentimentos de indivíduos que cuidam uns dos outros, ou ainda, que cuidam de outros seres vivos ou objetos (HIRATA; DEBERT, 2016).

Leonardo Boff (2005, p. 29), retomando a filologia da palavra "cuidado", a fim de compreender o seu significado existencial, destaca que aquele termo é derivado de duas palavras do latim, a saber: 1) *coera* (que significa cura, e era utilizado para designar as relações humanas, de amor e amizade; que expressa a "atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pelo objeto ou pela pessoa amada"); e, 2) *cogitare-cogitatus* (que carrega o mesmo sentido de cura: "[...] cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo, até de preocupação pelo outro"; tem-se uma disposição para ajudar aqueles que tem alguma importância para quem cuida).

Ainda segundo aquele autor, o termo "cuidado" significa desvelo, solicitude, zelo, que implica necessariamente um modo de ser que "a pessoa sai de si e se centra no outro com desvelo e solicitude" (BOFF, 2005, p. 29). Aqui, o cuidado assume dois significados básicos, a saber: 1) revela a atitude de atenção e desvelo para com o outro; e, 2) deriva do primeiro e refere-se à preocupação e inquietação por aqueles que se está, de certo modo, intimamente ligados. Para Boff (2005), o cuidado é muito mais que um ato e uma atitude; é um modo de ser-no-mundo.

Luiz Claudio Figueiredo (2011) traz uma concepção abrangente de cuidado, também em uma perspectiva filosófica, que, assim como Leonardo Boff (2005), coloca em perspectiva o cuidado em relação à própria existência humana. Segundo aquele autor, o cuidado se refere ao campo das ocupações e preocupações mútuas, próprio da natureza humana e, assim,

a dependência e interdependência individual são compreendidas como “fatos da existência”. Em suma, Figueiredo observa que o homem não existe sem oferecer ou receber cuidado.

Corroborando com aquele autor, Moreira et al. (2014, p.817) apontam que o cuidado está estritamente relacionado à solidariedade, ao apoio, ao suporte e à produção da vida, tratando-se da própria “[...] produção do humano, da construção da teia de relações e encontros que conformam a vida”. Logo, conforme ressalta Boris (2014, p. 103), o cuidado “sugere interdependência, intimidade e valorização mútua”.

Antônia Lima (2016), ao se referir sobre o conceito de cuidado, aponta que este possui duplo sentido. Ou seja, se de um lado, enquanto tratamento do outro, o cuidado se refere a uma prática, do outro lado, se refere a um valor (oferta de afeto, empatia, compaixão com o outro). Assim, o ecletismo do conceito em questão pode variar conforme as formas de exercício de cuidar, sendo ativados diferentemente em contextos distintos e propiciando “[...] um amplo leque de valores, compromissos direitos e obrigações que, de alguma maneira, estão envolvidos nas práticas de “tomar conta”” (LIMA, 2016, p. 80).

Nas discussões sobre o cuidado, uma definição utilizada pelo colóquio internacional *Teorias e Práticas do Cuidado*[10] traz grandes contribuições para pensa-lo não apenas como uma atitude de atenção, mas como um trabalho voltado para atender as necessidades do outro. Neste sentido, o cuidado

> [...] não é apenas uma atitude de atenção, é um trabalho que abrange um conjunto de atividades materiais e de relações que consistem em oferecer uma resposta concreta às necessidades de outros. Assim, podemos defini-lo como uma relação de serviço, apoio e assistência, remunerada ou não, que implica um sentido de responsabilidade em relação à vida e ao bem-estar de outrem.

Endossando a definição supramencionada, Juan Tronto (2007), a partir de uma flexão do termo “cuidado” para verbo cuidar, destaca o quanto este implica certo tipo de responsabilidade e compromissos contínuos. Resgatando o vocábulo em inglês *care*, aquela autora destaca que um dos seus significados é ‘carga’, o que presume que um dos sentidos de cuidar é assumir uma carga, uma incumbência para com o outro. Assim, “[...] quando uma pessoa ou um grupo cuida de alguma coisa ou de alguém, presumimos que estão dispostos a trabalhar, a se sacrificar, a gastar dinheiro, a mostrar envolvimento emocional e a despender energia em relação ao objeto de cuidados” (TRONTO, 2007, p. 188).

O ato de cuidar envolve sempre alguém que cuida e algo/alguém que é cuidado. Logo, o cuidar é um ato necessariamente relacional, uma vez que envolve compromisso com

[10] Colóquio realizado em Paris em junho de 2013. Tal definição foi apresentada por Danièle Kergoat (2016, p.18).

alguém, com um objeto ou uma coisa. Na definição de Tronto (2007) têm-se dois tipos de cuidado, a saber: 1) o "cuidado com" (uma forma mais geral de comprometimento; um preocupar-se e importar-se com, sendo uma de suas principais características o objeto mais abstrato); e, 2) o "cuidar de" (um objeto específico, que é o centro dos cuidados, abrangendo as respostas às suas necessidades concretas).

A fronteira entre o "cuidado com" e o "cuidar de" não são tão nítidas, porém, como adverte aquela autora, cuidar é uma atividade subordinada ao gênero, tanto na esfera pública quanto na esfera privada. Às mulheres é designado, geralmente, o cuidado em um ambiente doméstico privado, o "cuidar de"; e, aos homens, a esfera pública, "o cuidado com", evidenciando papéis tradicionais de gênero na sociedade atual.

É nesse sentido que os estudos da Sociologia do Trabalho e das discussões de gênero sobre o cuidado contribuem significativamente para uma compreensão multidimensional do fenômeno em questão, principalmente nas discussões sobre o trabalho do cuidado.

O trabalho do cuidado, conforme Boris (2014, p. 103), envolve a prestação de serviços de ordem pessoal para outrem, sendo "atividades que se voltam para as necessidades físicas, intelectuais, afetivas e para outras demandas emocionais de cônjuges, filhos e pessoas idosas, doentes ou com deficiências".

O trabalho de cuidado tem suas raízes na esfera privada, atrelado a uma questão de gênero, o que o faz carregar dois aspectos, a saber: 1) a invisibilidade desse tipo de trabalho; e, 2) um padrão de reconhecimento e qualidade, ou seja, quanto mais se aproxima do cuidado dedicado a um membro da família, mais bem feito ele é considerado (SOARES, 2012).

Zelizer (2012, p. 19) sugere compreender o trabalho do cuidado como "qualquer tipo de atenção pessoal, constante e/ou intensa, que visa melhorar o bem-estar daquela ou daquele que é seu objeto". Aqui, o que chama atenção é o caráter constante e intenso que o trabalho de cuidar envolve, o qual inclui, necessariamente, uma relação dual para que este ocorra. De modo abrangente, aquela autora ainda destaca que o trabalho de cuidar pode ser uma atividade remunerada, como, por exemplo, as cuidadoras e os profissionais de saúde, bem como um trabalho não remunerado, como, por exemplo, o trabalho doméstico e os cuidados parentais de uma mãe para com a filha ou de um filho para com o pai. Neste sentido, o termo "cuidado" aparece com definições amplas que inclui vários tipos de relação.

Guimarães, Hirata e Sugita (2012) trazem grandes contribuições para a discussão em questão ao tentar conceituar e classificar o trabalho de cuidado. Para aquelas autoras, o cuidado, em uma conotação ampla, envolve tanto ação como também atitude. Nos países de

língua espanhola e também no Brasil, o cuidado é o termo utilizado em referência à atitude (ter zelo por alguém ou por um objeto), e o termo "cuidar" é utilizado para se referir à ação (cuidar de alguém ou de um objeto), ou ainda, à atividade de cuidado.

Para uma definição mais abrangente de trabalho do cuidado, Parreñas (2012) inclui as possíveis variações assumidas por este. Segundo aquela autora, o trabalho do cuidado pode ser executado em condições de proximidade ou distância; pode ser realizado diretamente ou indiretamente; pode operar no nível individual e também institucional.

Ângelo Soares (2016), ao discutir sobre o trabalho de cuidar, enfatiza que este envolve diferentes dimensões e também diferentes atividades, determinadas a partir do seu objeto, tendo em vista que cuidar de um doente não é a mesma coisa que cuidar de uma criança ou de uma casa, por exemplo. Aqui, o cuidar envolve relações desiguais de poder e assimetrias socialmente estabelecidas, além de requerer qualificações específicas dependendo do objeto de cuidado.

Tal qual destaca Soares (2012), o trabalho do cuidado envolve cinco dimensões, que embora estejam presentes em outras atividades de trabalho, são mais facilmente identificadas no trabalho de cuidar. Segundo aquele autor, tem-se: 1) a dimensão física, que se refere ao contato corporal que o cuidado demanda; 2) a dimensão cognitiva; 3) a dimensão sexual, que está relacionada ao corpo de quem cuida; 4) a dimensão relacional, que se refere à interação; e, 5) a dimensão emocional, que é requisitada para a realização do trabalho de cuidar. Tais dimensões possuem limites arbitrários, uma vez que são vividas simultaneamente, existindo uma sinergia importante entre si.

De todas as definições, muitas estão presentes no trabalho de cuidado em saúde, cuja interação entre quem cuida (o profissional) e quem é cuidado (o paciente) perpassa várias dimensões e envolve uma relação que vai muito além do atendimento pontual.

Destarte, compreende-se o trabalho de cuidar em saúde como uma ação voltada para o outro, que envolve a necessidade de lidar com a fragilidade e o sofrimento do outro, estabelecendo uma relação com quem é cuidado e visando a recuperação, o tratamento ou a cura. Não diferente das outras formas de cuidado, o cuidado em saúde implica relações assimétricas e de poder e está relacionado a várias outras dimensões e outras formas de compreender a ação de cuidar.

Nas linhas que se seguem, tem-se a discussão sobre o cuidado em saúde pública, retomando a sua configuração ao longo da história da humanidade, para tratar da configuração da oferta de serviços de saúde. De fato, as discussões sobre tais questões são fundamentais para pensar sobre a configuração do cuidado às PVHAs.

2.2. O cuidado em saúde

A noção de saúde e doença é uma construção social, cultural e histórica. Neste sentido, cada sociedade, considerando a sua compreensão de saúde e doença, define suas práticas de cuidado à saúde (GONZALEZ REY, 2015). Tais práticas de cuidado, também denominadas modelos assistenciais, referem-se às ações de atenção e envolvem aspectos assistenciais e tecnológicos (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

O trabalho em saúde, conforme Cecílio e Lacaz (2012), poderia ser definido em uma única palavra: cuidar. Independente do espaço da ocorrência do cuidado, o que identifica um trabalhador como profissional da saúde é o fato do produto final de seu trabalho resultar em cuidado. Neste sentido, conforme Merhy e Feuerwecker (2009), a prática de saúde é um ato produtivo, tendo em vista que seu objetivo é produzir ou modificar alguma coisa. Tais práticas são orientadas por um saber científico. Porém, a sua finalidade é social, sendo que ao mesmo tempo em que são produzidas por quem cuida, são consumidas por quem é cuidado.

A organização da atenção à saúde não é algo recente na história da humanidade, tendo em vista que em todas as civilizações humanas sempre existiram indivíduos responsáveis pelos cuidados aos doentes (SBISSA; SCHNEIDER; SBISSA, 2011).

Vaghetti et al. (2007) resgatam a história da origem do cuidado na trajetória humana. Conforme aqueles autores, a primeira manifestação de cuidado humano considerada por historiadores e antropólogos foi a proteção materna instintiva, datada de milhões e milhões de anos, no Paleolítico. Além disso, ali outras práticas de cuidado à saúde podiam ser observadas, sendo todas relacionadas a uma economia de subsistência, estabelecidas a partir de um sistema de troca e inter-relacionamento entre os membros do mesmo grupo. Entre as práticas de cuidado mais frequente têm-se as medidas higiênicas relacionadas à saúde e à sobrevivência, com destaque para aquelas que minimizavam dores e males físicos.

Avançando um pouco mais na história da humanidade, na Antiguidade têm-se os pajés, feiticeiros e sacerdotes para cuidar e curar os problemas de doenças. Naquele período acreditava-se que tais curadores tinham poderes especiais, sempre inquestionáveis pelo grupo. Práticas místicas de cuidado e uma visão mágico-religiosa da doença podem ser observadas no período em questão. Muitos povos acreditavam que a doença era um castigo por um ato de desobediência a Deus, e as práticas mágicas e da 'ciência médica' natural eram utilizadas como terapêuticas pelos curandeiros, xãmas e religiosos, como é o caso, por exemplo, dos rituais, cujos doentes ingeriam substâncias, tomavam banhos e recebiam massagens com a finalidade de cura (VAGHETTI et.al., 2007; SCLIAR, 2005).

Em uma forma de organização coletiva, surge na Grécia Antiga uma forma mais organizada de cuidado, compreendida como a primeira medida de prevenção e cuidado de doenças. Tinham-se os templos gregos, onde os cidadãos recorriam para pedir a cura de seus males e eram atendidos por monges que buscavam a purificação do corpo do doente fazendo uso de diferentes especiais e banhos (VAGHETTI et.al., 2007).

Hipócrates (460-377 a. C.), o pai da Medicina, atribui à doença uma valorização empírica. Naquele período, a Fisiologia e a Patologia eram desconhecidas, e a doença era concebida como o desequilíbrio do corpo. Os casos eram observados e registrados, porém, sem seguir uma metodologia científica (SCLIAR, 2005). Sobre a questão, Sbissa, Schneider e Sbissa (2011, p. 96) atentam que "o médico clássico devia ser antes de tudo, um filósofo; um conhecedor das leis da natureza e da pessoa humana". Tal pensamento racional a respeito da doença manteve-se com a queda da Grécia e a ascensão do Império Romano.

Na Idade Média, houve uma retomada do simbolismo, e a doença tornou-se fruto do pecado. Assim, a religião era o meio utilizado para explicar o sentido do sofrimento causado pela doença. Naquele período, a partir de uma hegemonia religiosa do Cristianismo, surgem as instituições de caridade, que antecederam a criação de hospitais e serviam como asilos para os doentes e viajantes, e o cuidado aos doentes passou a ser apreendido como um ato de caridade e vocacional, sendo desempenhado por diferentes indivíduos, inclusive, religiosos, das mais variadas formações. Os ensinamentos cristãos serviam como motivação para os comportamentos voltados para o cuidado com o outro (VAGHETTI et.al., 2007). A Medicina sofria hostilização e a especulação científica era considerada desnecessária, e foi somente no final da Idade Média que surgiram as primeiras escolas médicas, influenciadas pelo advento do Cartesianismo (SCLIAR, 2005).

Com a decadência do feudalismo e o surgimento da expansão ocidental e das sociedades industrializadas – período caracterizado por diversas mudanças sociais –, o cuidar passa a assumir uma identidade profissional, a fim de uma legitimação científica (VAGHETTI et.al., 2007).

No final do século XVII e início do século XVIII – período que antecede o surgimento da Medicina moderna –, de acordo com Foucault (1979), é possível destacar três modelos de Medicina que serviram de alicerce para a compreensão saúde-doença que se tem atualmente, a saber: 1) Medicina do Estado; 2) Medicina urbana; e, 3) Medicina da força do trabalho.

A medicina do Estado surgiu na Alemanha, entre o final do século XVII e início do século XVIII, e visava a força estatal do povo que compunha o Estado. O médico era

prognosticador e administrador de saúde (FOUCAULT, 1979). Sobre a questão, Scliar (2005) atenta que naquela época, a saúde já era uma questão política, o médico já tinha autoridade e o seu poder foi aumentando cada vez mais.

A Medicina urbana, por sua vez, tem seu surgimento na França, no final do século XVIII, com o desenvolvimento da urbanização. Esta é um aperfeiçoamento do esquema médico político realizado no final da Idade Média como forma de higiene pública. Seu objetivo era analisar aquilo que provocava doença no espaço urbano, controlar a circulação das coisas e elementos em tal espaço e organizar sua distribuição. Ela não é uma Medicina do homem, mas, sobretudo, das coisas. Foi a função higienista do médico que lhe ofertou prestígio e uma posição politicamente privilegiada desde o século XVIII (FOUCAULT, 1979).

Considerado obsoleto, o modelo autoritarista da Medicina de Estado do século XVIII foi progressivamente substituído por uma visão científica da doença (SCLIAR, 2005). Ali se tem o surgimento do capitalismo, que se desenvolve entre o final do século XVIII e início do século XIX, e faz do corpo o seu primeiro objeto. Como destaca Foucault (1979), é no controle do corpo que se passa a exercer o controle na sociedade. Neste sentido, surge, na Alemanha, a Medicina da força de trabalho, que visava proteger a burguesia e ofertar assistência e controle de saúde para o pobre, com a finalidade de garantir a força de trabalho.

O hospital nasce no final do século XVIII como instrumento curativo. A partir daí, ele deixa de ser apenas uma figura arquitetônica, e a disciplina é a forma de reorganizar o hospital. Antes daquele período, poder-se-ia afirmar que ele já cumpria tal papel. Porém, conforme Foucault (1979, p. 101), "não curavam tão bem quanto deviam". O que houve de novo no período em questão foi a figura do médico hospitalar, uma vez que antes da chegada daquele profissional, os hospitais serviam apenas como instituições de assistência aos pobres, ou ainda de separação, segregação e exclusão (FOUCAULT, 1979). Se até aquele período o domicilio era o principal local dedicado ao cuidado, a partir daí, passou a ser o hospital, sendo os cuidados de manutenção da vida e os cuidados curativos atribuídos à figura do médico (VAGHETTI et.al., 2007).

A partir da transformação do saber e da prática médica, foi atribuído ao médico o poder disciplinador. O ato de disciplinar, conforme Foucault (1979), é uma técnica de poder, e a Medicina passa a exercer um grande poder sobre os corpos. O hospital torna-se, então, um meio de intervenção sobre o doente. Muda-se quem detém o poder no hospital, passando esse das mãos dos religiosos para o médico. O hospital passa a ser "um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber" (FOUCAULT, 1979, p. 110). O saber médico é transferido dos livros para

o hospital, e é a partir daí que a formação médica passa a ser no hospital. Em uma nova roupagem, o hospital, a partir dos anos 1780-1790, além de ser um lugar de cura, torna-se também um lugar de formação e, com o uso da tecnologia[11], os indivíduos e a população passam a ser os objetos da Medicina (FOUCAULT, 2008).

É nesse momento que se tem uma objetivação do doente, sendo possível identificar o quanto o discurso médico e o discurso das ciências modernas se entrelaçam.

O nascimento da Medicina moderna se deu nos últimos anos do século XVIII, pelo início da sua positividade. Inaugurada pela Patologia do encéfalo, a nova maneira de pensar sobre a Medicina manifesta-se pela agilidade de quebrar crânio com precisão científica. Neste sentido, "poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica", onde o leito do doente torna-se o campo de investigação e do discurso científico (FOUCAULT, 2008, p. XI). É o surgimento de um "poderoso grupo técnico-profissional" (SCLIAR, 2005, p. 90).

Na Medicina pré-moderna, a doença é descrita tal como é vivenciada. Já a Medicina moderna é caracterizada por uma concepção mais complexa do corpo. É uma concepção de doença muito mais elaborada, uma vez que se tem a necessidade de se observar a causa da doença (o microrganismo que causa a doença, por exemplo), bem como os seus resultados – uma investigação armada que evoca a presença de laboratórios, de exames, dentre outros recursos (SONTAG, 1989).

A descoberta da anatomia patológica foi o fator responsável pela mudança de olhar na compreensão da doença. Foi o momento em que a Medicina deixou as teorias para apoiar-se em uma perspectiva científica. Aqui se tem o cruzamento da ciência e o discurso dominante da saúde. A doença passou a ocupar um lugar no corpo, estando imersa em um discurso estruturante, conceitual e técnico (SBISSA; SCHNEIDER; SBISSA, 2011). Sobre a questão, Foucault (2008) atenta que no início do século XIX, os médicos descrevem aquilo que por muito tempo permaneceu escondido, e foi assim que "o método anátomo-clínico permitiu a consolidação da MEDICINA científica" (SBISSA; SCHNEIDER; SBISSA, 2011).

[11] Compreende-se a tecnologia no presente estudo como "[...] o campo de conhecimento que faz referência ao desenho de artefatos e à planificação da sua realização, operação, ajuste, manutenção e monitoramento, à luz do conhecimento científico" (LORENZETTI et. al., 2012, p. 434). Assim, tem-se, sobretudo, uma tecnologia moderna, fruto do avanço científico e de uma valorização da ciência. Aqui fez-se uso, como referencial teórico, das discussões de Merhy e Feuerwecker (2009), cujos autores definem três caixas de ferramentas, denominadas tecnologia dura, leve-dura e leve. Quando o termo "tecnologia" for aqui empregado em alusão aos avanços científicos no contexto da saúde, faz-se referência à tecnologia dura, que pode ser compreendida como os exames laboratoriais e de imagem, os medicamentos, os equipamentos que permitem o acesso a dados físicos, entre outros recursos – frutos do avanço científico da Biomedicina. A presente pesquisa aborda a definição daqueles autores sobre as tecnologias e sua aplicabilidade no contexto da saúde ainda no capítulo em questão.

O ser humano atualmente vive em uma era onde o conhecimento científico é o meio dominante que se utiliza para explicar tudo o que ocorre em sua volta. Não é raro observar alguém se apoiando na ciência para justificar os seus argumentos sobre determinado assunto. Notícias simples do nosso cotidiano são validadas por estudos e pesquisas, e não é raro observar cientistas opinando na mídia sobre o que ocorre no Brasil e no mundo. O que a ciência produz em seus laboratórios espalhados por todo o mundo é validado como verdadeiro e quase nunca é questionado. Vive-se em uma era onde a ciência está onipresente em todos os lugares, inclusive na assistência à saúde.

Segundo Santos (2008), tal modelo de racionalidade das ciências modernas foi constituído a partir do século XVI, com base na revolução científica. Porém, foi somente a partir do século XIX que se configurou em um discurso hegemônico que desvalidaria todo conhecimento proveniente do senso comum e das humanidades. Aí se tem o início de um modelo global e totalitário de racionalidade científica.

Na ciência moderna, principalmente naquela fundamentada no paradigma positivista, todo elemento não cognitivo (emoção, paixão, desejo, ambição etc.) deve ser abolido e eliminado, tendo em vista que pode desnortear a racionalidade da ciência. Assim, tal elemento somente é analisado como objeto de investigação científica, uma vez que os seus efeitos são neutralizados (SANTOS, 1989). O conhecimento científico pode ser caracterizado como um conhecimento fechado a outros saberes, um conhecimento mínimo, pautado em um rigor que, ao quantificar, desqualifica, e que ao objetivar os fenômenos, os degrada (SANTOS, 2008).

Na Medicina moderna, a influência do paradigma moderno aparece no que Gonzáles Rey (2015) denominou fragmentação mecanicista do organismo. Para aquele autor, os sintomas da doença representam os fenômenos positivistas, uma vez que estes são passíveis de mensuração, quantificação e observação. Neste sentido, o corpo passa a ser considerado uma máquina, formado por partes independentes, acarretando em uma naturalização do corpo, sendo desconsiderados todos os outros aspectos envolvidos no adoecimento.

Como qualquer outro sistema produtivo, a produção do conhecimento científico obedece a ciclos que envolvem seus produtores, seus consumidores, seus distribuidores, a concorrência, enfim, várias etapas que têm início no laboratório até chegar ao usuário final (CAMARGO JR., 1994). Neste sentido, o mesmo ocorre com os sistemas de saúde: desde o laboratório até o paciente, tem-se um processo similar a um sistema produtivo.

Para Santos (2008), a conversão de tudo o que é complexo em leis simples foi a base para a formação de um discurso hegemônico das ciências modernas, que logo se estendeu

do estudo da natureza para o estudo da sociedade. Neste sentido, é possível incluir o estudo sobre as doenças e sobre o corpo, que sofre influência do discurso das ciências modernas. Como afirmam Amorim e Szapiro (2008), a Medicina passou a ocupar um lugar de destaque, uma vez que dita os ideais de corpos e de mentes saudáveis através do seu discurso hegemônico.

Tal Medicina moderna, também denominada modelo biomédico ou biomedicina, embora tenha sua origem no século XVIII, ainda é dominante em todo o mundo. Ela tem relação direta com o capitalismo e está "estreitamente associada ao grande capital da produção de medicamentos e de tecnologias aplicadas às práticas de atenção à saúde" (GONZALEZ REY, 2015, p. 10).

Aqui cabem as palavras de Bourdieu (1983, p.128): "[...] os dominantes são aqueles que conseguem impor uma definição da ciência segundo a qual a realização mais perfeita consiste em ter, ser e fazer aquilo que têm, são e fazem".

Na prática clínica, é possível verificar que os profissionais da saúde cederam seus espaços para as novas tecnologias (ou tecnociência, como bem destaca Ayres (2011)) e atribuiu-lhes o papel principal nos cuidados. Assim, o campo da saúde passa a se assemelhar ao campo científico, os profissionais de saúde se equivalem a cientistas, tem-se uma mecanização do cuidado e o discurso do poder passa a acentuar a relação entre o profissional e o doente (TESSER, 1999).

Parafraseando Helman (2009), atua-se, principalmente, na doença e esquece-se do sujeito que adoeceu e de todas as outras dimensões que envolvem uma enfermidade.

Conforme Silva Junior e Alves (2007, p. 30), tal modelo não é dominante apenas no Brasil, mas também em outras partes do mundo; faz-se uso de recursos tecnológicos, enfatizando sempre o diagnóstico, porém, "não necessariamente cuida-se dos pacientes em sofrimento".

Diante da ineficiência do modelo em questão para compreender todos os aspectos envolvidos no processo de adoecimento, é possível verificar a sua impossibilidade de ofertar respostas para muitos problemas de saúde: a tecnologia possui seus limites e, quando se faz uso de tal aparato, é preciso dar o devido reconhecimento (BARROS, 2002). Tem-se ainda a falsa ideia de que o uso da tecnologia na saúde pública fará com que os gastos sejam diminuídos, o que não ocorre. A cada novo equipamento, têm-se mais gastos, além da necessidade de um técnico especializado e, assim, quanto mais caro, menos acesso, contrariando e limitando o seu acesso (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Contra as práticas hegemônicas à saúde, é possível destacar que várias críticas àquele modelo resultaram em outros modos de atenção à saúde com o intuito de contemplar a

gama de aspectos envolvidos no processo de adoecimento. Um exemplo são as ações voltadas para a atenção integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Outra compreensão do adoecimento é a noção de cuidado ecológico. O cuidado ecológico é uma expressão pouco conhecida no contexto da saúde e que abrange dimensões amplas e sistêmicas de relações, interações e associações com o ambiente local, bem como global, relacionadas ao cuidado em saúde (BACKES et. al., 2011a). É uma junção das várias disciplinas que consideram determinados aspectos para além do seu contexto fragmentado.

O cuidado ecológico parte da convicção de que o cuidado envolve várias dimensões para além da doença, sendo necessário "unir e integrar os diferentes aspectos vitais ameaçados pelo reducionismo mecanicista que desapropria a parte do todo e o todo da parte" (BACKES et. al., 2011b, p. 877). O ato de cuidar não pode ser meramente isolado a intervenções pontuais, mas fundamentado no processo de relações, interações e associações do indivíduo (BACKES; ERDMANN; BACKES, 2009).

Ayres (2004) também propõe que o cuidado em saúde seja compreendido a partir de quatro categorias, a saber: 1) ontológica; 2) genealógica; 3) crítica; e, 4) reconstrutiva. Como categoria ontológica, aquele autor retoma as reflexões de Heidegger em *Ser e Tempo*, a fim de explorar o sentido do cuidado, sendo que este aparece como um modo de ser do humano (ser-aí *da-sein*). A partir de uma leitura de Heidegger, Ayres (2011, p. 43) destaca que "o cuidado molda, a partir do mundo e contra a sua dissolução nesse mundo, as diversas formas particulares da existência".

A fim de discutir sobre o cuidado como categoria genealógica, Ayres (2011) retoma os escritos de Michel Foucault, reportando uma gênese histórica do "cuidado de si" apresentada por este último. Assim, Foucault, ao traçar uma genealogia do cuidado de si, evidencia a sua trajetória de transformação como um labor, permitindo uma compreensão histórica do cuidado enquanto existência humana. Aqui, o cuidado como categoria ontológica se aproxima da categoria genealógica, pois, de acordo com Ayres (2011, p. 55): "O cuidado de si possibilita, assim, enraizar genealogicamente o plano de imanência da ontologia heideggeriana, ao mesmo tempo em que o *dasein* abre-nos a possibilidade de conferir um sentido existencial à genealogia foucaultiana".

A categoria crítica remonta ao cuidado como prática em saúde, questionando o lugar da tecnociência na oferta de serviços de assistência. Aqui, a crítica do uso dos recursos da tecnociência não deve ser compreendida como a sua negação, mas como o lugar de tais recursos na relação entre quem cuida e quem é cuidado. Daí surge outro aspecto, que também está

ancorado na categoria ontológica do cuidado: o cuidado como prática reconstrutiva. Para Ayres (2011, p. 178), trata-se de reconstruir ações de saúde, a partir de reflexão crítica sobre o cuidado, visando a articulação entre "recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados". Aquele autor ainda aponta três motivações fundamentais para a reconstrução de práticas de saúde, a saber: "voltar-se à presença do outro; otimizar a interação e enriquecer horizontes" (AYRES, 2011, p. 66).

A partir do cuidado como categoria reconstrutiva, é possível compreender o cuidado como um valor. A compreensão de cuidado como valor é apresentada por Pinheiro (2009), que propõe conceber o cuidado como uma ação integral, cujas diferenças individuais sejam respeitadas. A ideia de valor é entendida por aquela autora como uma construção de sentido, tanto por quem cuida como também por quem é cuidado, aproximando-se das considerações realizadas por Lima (2016) sobre o duplo sentido do conceito cuidado.

Como o cuidado envolve diversos aspectos, faz-se importante destacar que o trabalho em saúde não é individual, mas, sobretudo, coletivo, pois "não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde" (MERHY; FRANCO, 2006, p. 283).

A partir de uma leitura de Karl Marx, Merhy e Fauerwecher (2009) definem dois tipos de trabalho em saúde, a saber: 1) o trabalho morto; e, 2) o trabalho vivo em ato. O trabalho morto são os produtos envolvidos no processo de cuidado, ou seja, as ferramentas (tecnologias e o saber tecnológico) que viabilizam o cuidado em um novo processo produtivo. O trabalho vivo em ato, por sua vez, é o "trabalho criador, que possibilita a fabricação de um novo produto" (MERHY; FAUERWECHER, 2009, p. 03).

Conforme destaca Merhy e Franco (2006), o trabalho vivo em ato implica ao trabalho duas dimensões. A primeira dimensão é a atividade do trabalho como construtora de um produto que tem uma finalidade; já a segunda está relacionada à vinculação do trabalhador com o seu produto, com o ato produtivo, com os usuários e com outros trabalhadores.

O trabalho em saúde se dá em um processo onde o profissional de saúde, por meio desse instrumento de trabalho, produz bens (o cuidado). O trabalho do profissional de saúde é o trabalho vivo em ato, e os instrumentos que ele utiliza para realização das suas atividades é o trabalho morto (MERHY; FEUERWECKER, 2009).

Para produzir cuidado, o profissional de saúde faz uso de algumas ferramentas, nomeadas por Merhy e Feuerwecker (2009), como tecnologias, distribuídas em três caixas diferentes, a saber: 1) tecnologias duras (instrumentos utilizados, recursos materiais); 2)

tecnologia leve-dura (o saber técnico e estruturado, e as teorias); e, 3) tecnologias leves (as relações). As tecnologias leves seriam, por exemplo, o vínculo e o acolhimento.

Para atuar em saúde, os profissionais precisam fazer uso das três caixas de ferramentas propostas por aqueles autores. Todavia, muitas vezes, o cuidado acaba se resumindo ao uso das tecnologias duras e leve-dura em detrimento das tecnologias leves. O resultado são usuários insatisfeitos e poucos resultados concretos das ações de saúde.

Diante do exposto, é possível questionar: no contexto do HIV/aids, qual tem sido o modelo dominante das ações de cuidado em saúde? Como tais práticas foram se configurando ao longo da epidemia e qual o papel das novas tecnologias duras e leve-dura, fazendo uso dos termos de Merhy e Feuerwecker (2009), na atenção às PVHAs? Qual o papel das tecnologias leves, em uma perspectiva reconstrutivas das práticas de cuidado, na atenção às PVHAs?

Visando refletir sobre as questões supramencionadas, a seguir, têm-se os aspectos sobre o cuidado às PVHAs no contexto da saúde pública.

3. O CUIDADO À SAÚDE: POLÍTICAS PÚBLICAS E A ASSISTÊNCIA ÀS PVHAs

Mas a aids é muito mais do que uma doença, ela é um fenômeno social amplo, envolvendo questões polêmicas e diferentes grupos sociais (Seffner, 1998, p.4).

O presente capítulo trata do cuidado e da atenção às Pessoas vivendo com HIV/aids (PVHAs). A princípio, têm-se as respostas brasileiras frente à epidemia, com destaque para a organização das Políticas Públicas e a participação dos movimentos sociais na construção de ações efetivas de saúde, tanto de prevenção como de cuidado. Em seguida, procurou-se discutir a respeito dos Serviços de Assistência Especializada (SAEs), tendo em vista a realização da pesquisa em questão nas referidas instituições. Por fim, fez-se menção aos aspectos da configuração do cuidado às PVHAs no Brasil.

3.1. A resposta brasileira à epidemia de aids

A *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) surgiu no Brasil em meio a dois grandes acontecimentos, a saber: 1) a redemocratização do País; e, 2) o movimento sanitarista no campo da saúde (MARQUES, 2002). Ambos os acontecimentos foram essenciais na articulação frente à epidemia e possibilitaram o fortalecimento dos movimentos sociais em prol da saúde da população atingida (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

Na década de 1980, tinha-se no Brasil uma grande mobilização social pela democracia. O País, que enfrentava desde 1964 o período do regime militar com centralização máxima do poder, clamava por eleições diretas (BERKMAN et. al., 2005). Junto ao referido acontecimento, havia o Movimento da Reforma Sanitária, que surgiu na luta contra a ditadura e buscava transformações e mudanças na área da saúde. Conforme Feuerwerker (2005), tal movimento visava a criação de um modelo de saúde democrático que garantisse o direito individual e o acesso igualitário às ações de saúde, constituído a partir de uma gestão democrática. Além disso, havia uma proposta de reconceitualizar a saúde a partir de uma perspectiva integral às necessidades da população e uma crítica às práticas hegemônicas de saúde desenvolvidas no País até então.

O movimento em questão cresceu na década de 1980 e, diante do processo de redemocratização do Brasil, serviu de arcabouço para a política de combate ao *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e à Síndrome aqui analisada, influenciando os seus princípios e diretrizes (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

A primeira resposta oficial à epidemia de aids é datada do ano de 1983, e contou com um forte ativismo dos movimentos sociais. O Estado de São Paulo foi o pioneiro, uma vez que os primeiros casos da doença foram ali identificados. Um dos marcos iniciais é apontado por Teixeira (1997, p. 44), ao destacar que

> Em 1983, um grupo de militantes do movimento pelos direitos dos homossexuais do estado de São Paulo procurou a Secretaria de Estado de Saúde para cobrar uma posição diante de um problema novo e inquietante, detectado em nosso meio e já bastante veiculado pelos meios de comunicação: a ocorrência de casos de Aids.

Em resposta àquele movimento, a Secretaria de Saúde daquela Unidade da Federação (UF) constituiu um grupo de trabalho para atuar no contexto da epidemia composto por médicos sanitaristas, infectologistas, especialistas em laboratório e especialistas sociais. O grupo era coordenado pela Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde – setor da saúde que já estava trabalhando na estruturação de um serviço de atendimento às Infeções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (TEIXEIRA, 1997).

De acordo com Sampaio e Araújo Júnior (2006), a presença maciça dos movimentos sociais na formulação das Políticas Públicas em HIV/aids foi fundamental para romper padrões hegemônicos e fortalecer ações emancipatórias (possibilitar outros olhares a grupos vulneráveis e redefinir noções de risco e cuidado, por exemplo).

O termo "Política Pública" é um conceito evolutivo e está sempre em transformação, dependendo do contexto que se estabelece na relação Estado-Sociedade (GIOVANNI, 2009). Para Souza (2006, p. 26), a Política Pública é um campo de conhecimento que ao mesmo tempo tem a finalidade de "colocar o governo em ação". É a capacidade de os governos democráticos produzirem mudanças por meio de programas e projetos.

O momento de formulação da Política é um processo de construção teórica que visa delimitar as ações, e está atrelado aos interesses dos diversos atores (políticos, pressão social, por exemplo) e também à quantidade de recursos disponíveis. No caso da aids, houve uma grande pressão dos grupos sociais, principalmente dos movimentos *gays*, para a formulação de Políticas Públicas voltadas para a epidemia da doença em questão (MONTEIRO, VILELA; 2009).

Em meados dos anos 1980, quando teve início os primeiros casos de aids no Brasil, algumas autoridades referiam-se à epidemia como um problema restrito apenas a grupos minoritários, entre os quais, homossexuais e usuários de drogas injetáveis, que não mereciam atenção especial (BASTOS et. al., 1993). Neste sentido, conforme Monteiro e Villela (2009), muitos segmentos da própria saúde eram contrários às ações epidemiológicas propostas para o controle daquela Síndrome.

A participação efetiva dos movimentos sociais em torno da aids garantiu mais atenção ao problema da epidemia e à urgência em se criar Políticas e ações de combate à doença. Com base em princípios da garantia de direito, a formulação do Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS) foi impulsionada por aqueles que detinham o sentimento de sujeitos de direito e exigiam que as ações fossem realizadas. Em consonância com o movimento em questão, agrupavam-se intelectuais, acadêmicos, profissionais da área de saúde, ativistas sociais e grupos marginalizados, que paulatinamente foram aproximando o Estado das necessidades da sociedade, no caso, das necessidades gritantes da epidemia (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

Para Grangeiro, Silva e Teixeira (2009), os movimentos sociais ativistas foram essenciais na organização de Políticas Públicas de enfrentamento da epidemia, não apenas no período supramencionado, mas também ao longo dos anos seguintes, garantindo àquela Política o seu caráter de urgência e prioridade dentro das ações de saúde pública.

Em 1985, em meio à luta de direitos aos primeiros casos de aids identificados no Brasil e com o intuito de amparar as PVHAs, divulgar as informações sobre a prevenção e fiscalizar as ações do governo, começaram a surgir as primeiras Organizações Não Governamentais (ONGs) voltadas para a temática. Tais organizações não tinham um marco inicial. Muitas eram clandestinas. Porém, o que todas tinham em comum era a necessidade de defesa dos direitos das PVHAs naquele momento (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

O surgimento das ONGs foi apenas uma das iniciativas da sociedade civil em relação à aids, sendo que muitas outras, como, por exemplo, os movimentos de grupos *gays*, já atuavam na luta contra a epidemia desde o seu início (GALVÃO, 2000). A mobilização da comunidade *gay* teve início quando começaram publicar as primeiras manchetes na mídia do surgimento da aids com base na utilização das expressões "cancer *gay*" ou "peste *gay*"[12], além da associação daquela Síndrome com os homossexuais. Os movimentos *gays* pipocaram[13] em

[12] Os termos (pejorativos) eram utilizados no início da epidemia em referência ao fato do perfil epidemiológico da epidemia, que tinha grande incidência entre homossexuais e bissexuais.
[13] Termo utilizado por Altman (1995) para ressaltar a quantidade de movimentos *gays* organizados que surgiram no início da epidemia em todo o mundo.

todo o mundo, inclusive no Brasil, e foram cruciais na luta pela garantia de direito das PVHAs, no enfrentamento das desigualdades em relação ao tratamento e na mobilização da solidariedade (ALTMAN, 1995).

Conforme Galvão (2000), uma das características da resposta não governamental frente a aids no Brasil foi a utilização de trabalho voluntário. Tais ações, iniciadas pelos movimentos *gays*, foram de extrema importância na articulação da resposta brasileira ao combate àquela Síndrome e ao preconceito.

A primeira organização não governamental (ONG) foi o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA), constituído por profissionais da área de saúde e militantes de movimentos homossexuais. Tal instituição serviu de modelo para outras organizações similares. Em seguida, tem-se a fundação da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e outras, tais como: o Grupo Atobá, a Associação de Rua e Cultura Alternativa (ARCA), o Programa Prostituição e Direitos Civis, e o Grupo Pela VIDDA (GPV), sendo esta última a primeira instituição em defesa dos direitos das PVHAs (BERKMAN et. al., 2005; BASTOS et. al., 1993).

O papel que os movimentos sociais tiveram no País foi fundamental na resposta brasileira à aids, o que não minimizou as responsabilidades estatais, tendo em vista que foi o diálogo, muitas vezes tenso, entre o governo e a sociedade civil[14], e a cobrança, principalmente do movimento *gay*, que resultou em uma resposta mais efetiva em relação à epidemia no País (BERKMAN et. al., 2005).

O Programa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, pioneiro na atenção às PVHVs, foi considerado a primeira resposta governamental à epidemia. A atuação do referido Programa se dava a partir da oferta articulada dos "serviços de referência assistencial e laboratorial, vigilância epidemiológica, informação e educação à população e mobilização e participação social" (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p. 88). Entre as principais características daquele Programa, é preciso atentar-se ao envolvimento da comunidade, ao reconhecimento da demanda e uma postura não discriminatória dos profissionais de saúde, os quais já estavam acostumados a desenvolver ações de saúde para enfermidades vinculadas historicamente ao medo de contágio, ao estigma e à discriminação (como, por exemplo,

[14] Vale destacar que as tensões em torno da aids ocorreram principalmente pelo fato da epidemia ser considerada, durante um período, como um fato secundário, sendo a sua gravidade minimizada. Tal fato acarretou no crescimento do preconceito e na atribuição daquela Síndrome como um problema específico de um grupo (DANIEL, PARKER, 1991).

hanseníase). A postura ética daquele Programa serviu de modelo para a criação do programa do Ministério da Saúde (MS).

O Programa desenvolvido no Estado de São Paulo virou referência para outras Unidades da Federação (UFs), bem como para profissionais da área de saúde (TEIXEIRA, 1997). Assim, gradativamente, outros Estados também implantaram programas estaduais (MARQUES, 2002). Em 1985, 11 estados já possuíam programas específicos para HIV/aids, porém, as ações ainda eram pontuais e não atingiam todo o território nacional (MONTEIRO; VILLELA, 2009; TEIXEIRA, 1997). No âmbito federal, poucas ações de controle da epidemia foram realizadas até o final de 1985 (TEIXEIRA, 1997).

Em maio de 1985, o MS reconheceu publicamente a gravidade da epidemia de aids no País e publicou a Portaria n. 236, que instituiu o PN-DST/AIDS, suas primeiras diretrizes e as normas para enfrentar a massificação de casos no território nacional. Porém, no período em questão, a assistência e os programas de prevenção continuavam centralizados nos locais que apresentavam casos de infecção pelo vírus (MARQUES, 2002). Outro acontecimento importante foi o lançamento de um programa de prevenção da transmissão de HIV por hemoderivado, em 1987, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Todavia, tal programa se dava somente no setor público, sendo somente em 1988, sancionada a Lei que regulamentava a triagem de hemoderivados em todo o Brasil (TEIXEIRA, 1997).

O PN-DST/AIDS[15] foi criado em 1988, ou seja, seis anos após do aparecimento do primeiro caso no Brasil, e teve papel importante nas ações voltadas para o combate à doença. Acontecimentos precursores foram essenciais para consolidar e implantar Políticas Públicas em HIV/aids no território nacional. Um destes foi a criação do Programa Global de aids, em 1986, em toda a América Latina, que passou a oferecer suporte técnico e estratégico para reforçar os programas, principalmente em ações referentes ao combate à discriminação e na luta da garantia de direitos às PVHAs (MONTEIRO; VILLELA, 2009). O programa em questão, em âmbito nacional, centralizou as ações frente à epidemia, bem como o poder decisório (MARQUES, 2002).

Concomitantemente àquele período, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF), a saúde pública deixou seu caráter clientelista e passou a ser assegurada como

[15] Recentemente, o Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST-AIDS) teve seu nome alterado, sendo substituída a sigla DST por IST (Infecção Sexualmente Transmissível), tendo em vista as limitações do termo "DST". No presente estudo, optou-se por manter a sigla PN-DST/AIDS, tendo em vista que no período em questão, era esse o nome atribuído ao Departamento responsável pelas ações no contexto analisado.

direito. Tinha-se ainda o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), único e integrado, com diretrizes claras e pautado nos princípios de universalidade, descentralização e gratuidade na prestação de serviços (ABRUCIO; COSTA, 1998; DRAIBE, 1998). Instituído com o propósito de unificar e coordenar as ações entre os três entes da Federação, o SUS torna-se o produto final da reforma sanitária (VASCONCELOS; PASCHE, 2009). Sua regulamentação se deu em 1990, com a Lei Orgânica de Saúde – Lei n. 8.080. Vale ressaltar que o referido Sistema já nasceu plenamente descentralizado no que "implica a realocação de capacidade decisória, de recursos e funções nos Municípios" (ALMEIDA, 1995, p. 6).

Conforme Pereira, (2002), o modelo de seguridade social em questão marca um novo modelo de proteção social, uma vez que desvincula a política social da lógica capitalista, onde a oferta de programas de saúde estava vinculada à contribuição e à inserção no mercado de trabalho. Neste sentido, após o período analisado, o *status* de cidadania passa a ser o único parâmetro de atendimento à população e do acesso universal, igualitário e sem contrapartida dos usuários.

Os princípios fundamentais do SUS, a responsabilidade pública com a saúde da população e o financiamento público da saúde, fizeram com que o Sistema em questão se tornasse o sistema de saúde adequado para enfrentar a epidemia da aids (BERKMAN et. al., 2005).

O período 1990-1992 foi marcado por alguns avanços e muitos retrocessos no processo de enfrentamento da epidemia no Brasil (MARQUES, 2002). Como retrocesso, houve uma grande desestabilização do PN-DST/AIDS, sendo que a articulação do Estado com as ONGs tornou-se frágil, acarretando em uma desestruturação dos programas existentes. No período em questão, também foram veiculadas campanhas que ressaltavam a ameaça da morte às PVHAs e que reforçavam o estigma e a exclusão àquela população, como, por exemplo, a campanha que tinha como frase de efeito "se você não se cuidar, a aids vai te pegar" (TEIXEIRA, 1997). Como avanço no período analisado, é possível destacar o início da distribuição gratuita, pelo SUS, de medicamentos para profilaxia de doenças oportunistas para as PVHAs (MARQUES, 2002).

Com o término do governo Collor e após uma década de ações frente à epidemia da aids no Brasil, Marques (2002) aponta que, a partir de 1993, o País deu início a uma nova era. Houve uma reorganização do programa na esfera federal, reestabeleceram-se novamente as parcerias da esfera federal com os Estados, os Municípios e as ONGs, e elaborou-se um projeto de financiamento encaminhado ao Banco Mundial (BM) (TEIXEIRA, 1997).

Nos períodos 1994-2014, o BM passou a ser um dos maiores provedores de recursos financeiros para as ações no contexto HIV/aids no País, apoiando quatro projetos, que foram fundamentais na consolidação do programa, na prevenção da infecção pelo HIV, na ampliação e qualificação do serviço, no fortalecimento e na descentralização das ações e no desenvolvimento de ações para a população de risco (PEREIRA; NICHIATA, 2011; MARQUES, 2002; Brasil, 2012). Vale ressaltar que os projetos "AIDS I" e "AIDS II", financiados pela instituição financeira em questão, foram cruciais para a implantação e implementação da rede de assistência às PVHAs.

Em 1996, o Brasil deu início à distribuição gratuita de Antirretroviral (ARV) pelo SUS, porém, apenas para os indivíduos portadores da aids. Os critérios adotados na época foram: 1) a contagem dos linfócitos TCD4+ abaixo de 200 células/mm3; ou, 2) a manifestação clínica (como doença oportunista), causada em decorrência da imunodeficiência (CORDEIRO; BACCARINI; POSSAS, 2010; GUIMARÃES, et. al., 2010). O acesso gratuito ao ARV garantiu ao Brasil reconhecimento universal. Vale destacar que o Brasil resistiu à exigência do BM de parar com a distribuição gratuita do ARV.

Em 2000, tiveram início as discussões para descentralizar a atenção no contexto de HIV/aids e, em 2001, houve uma reformulação do programa, passando, gradativamente, de um sistema centralizado, para um sistema descentralizado, como um meio de superar as lacunas governamentais (GRANGEIRO et. al., 2010).

Com assistência técnica e financiamento do PN-DST/AIDS, em 2001, todas as UFs possuíam programas de prevenção, combate ao HIV/aids e de assistência às PVHAs. A centralização da coordenação e do financiamento das Políticas no governo federal intensificou as discussões sobre a descentralização da administração e do controle financeiro no âmbito das Políticas de combate ao HIV/aids. Ali era grande a expectativa em relação à descentralização que, de acordo com Almeida (2011, p. 44), visava

> [...] promover a agilidade no fluxo de desembolso financeiro; dar maior sustentabilidade às ações; conhecer as demandas e necessidades locais e, consequentemente, compatibilizar as ações implementadas; buscar a melhoria na qualidade e na oferta dos serviços; promover a corresponsabilidade dos gestores (nas três esferas).

Como resultado das discussões, foi implantada, em 2002, a Política de Incentivo no âmbito do PN-DST/AIDS e outras DST, que passou a garantir o repasse automático, fundo a fundo, de recursos federais para financiamento das ações e serviços. O objetivo da referida Política era induzir novas políticas, além de substituir a transferência de recursos federais por

meio de convênios, agilizando o processo e garantindo maior cobertura de financiamento (BRASIL, 2006).

Em 2005, com a quebra de patente de alguns antirretrovirais, o Brasil passou a produzir alguns antirretrovirais de segunda linha e, a partir de 2009, o MS passou a disponibilizar o teste rápido na rede de saúde (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2015). Além disso, desde 2013, o tratamento antirretroviral passou a ser disponibilizado para todas as PVHAs, independentemente da carga viral (BRASIL, 2013a). Vale ressaltar que a quebra de patente e a fabricação local possibilitou que o País se fortalecesse para negociar com as grandes indústrias farmacêuticas, diminuindo os gastos com o tratamento daqueles sujeitos (BERKMAN et. al., 2005).

Em 2013, o MS também regulamentou, por meio da Portaria conjunta n. 1, de 16 de janeiro de 2013, as diretrizes de organização e estrutura dos serviços de atenção a IST/HIV/AIDS (BRASIL, 2013b). Conforme tal ditame, são cinco tipos de serviços oferecidos pela referida política, a saber: 1) Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): realizações de testagem e prevenção das DST, aids e hepatites virais; 2) Serviço de Assistência Especializada (SAE): unidade ambulatorial de atendimento às pessoas com IST/HIV/AIDS; 3) Centro de Referência e Treinamento (CRT): unidade de referência na atenção às pessoas com IST/HIV/AIDS, informações técnicas e capacitação das equipes de saúde; 4) Assistência Domiciliar Terapêutica em aids (ADT): assistência domiciliar multiprofissional às pessoas com HIV/aids; e, 5) Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM): estabelecimento de dispensação de medicamentos e insumos de prevenção.

A criação dos serviços em questão aparece como evolução no cuidado as PVHAs, bem como na prevenção à epidemia, uma vez que possibilitou o aperfeiçoamento e aprimoramento dos profissionais que atuavam em tal contexto (SADALA; MARQUES, 2006).

Em 2015, houve uma atualização do protocolo de Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV, publicado em 2010, sendo disponibilizada a Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição (BRASIL, 2015b).

Um programa de prevenção, combate ao HIV/aids e de assistência às PVHAs, pode garantir ou não os direitos dos cidadãos (SAMPAIO; ARAUJO JUNIOR, 2006). Para que os seus direitos sejam garantidos, faz-se importante que os sujeitos sejam tratados integralmente, considerando a saúde como um conceito abrangente que vai muito além do que a infecção pelo vírus. Contudo, tal ação nem sempre é concreta. Modelos reducionistas no campo da saúde pública acabam, muitas vezes, reduzindo os programas de assistência e os programas de

prevenção a ações descontextualizadas que em nada contribuem para a efetivação das ações em favor da saúde.

Como bem destacam Berkman et al. (2005), as respostas brasileiras frente à epidemia de aids evidenciam que não existem epidemias homogêneas e tampouco respostas pré-determinadas. Segundo aqueles autores, tal fato é crucial para se pensar a respeito da epidemia daquela Síndrome no Brasil – País das disparidades (econômicas, políticas, sociais, raciais, de gênero), com uma longa história de discriminação social, sendo que todos esses fatores influenciam diretamente (e negativamente) na saúde da população.

Neste sentido, a organização de serviços efetivos à epidemia de aids no País passa necessariamente por tal viés, e a contextualização de suas ações é o ponto de partida para a construção de qualquer resposta.

3.2. A assistência ambulatorial às PVHAs

O programa de controle de HIV/aids contempla ações de prevenção, de assistência e de proteção aos direitos das PVHAs (PAIVA, 2002). Diante dos altos índices de indivíduos vivendo com o vírus, a assistência é um dos fatores mais complexos da atenção à epidemia. Neste sentido, o presente estudo pretende identificar as práticas de assistência e cuidado em nível ambulatorial ofertado às PVHAs nos SAEs. Portanto, faz-se importante compreender a organização dessa rede de atenção à saúde.

O Brasil sempre trabalhou na prevenção e no tratamento do HIV/aids de modo articulado, sendo tais ações um dos seus diferenciais em relação a outros países (BERKMAN, et. al., 2005). Assim, a assistência às PVHAs sempre foi um dos eixos do programa, desenvolvido desde as primeiras ações. Porém, foi somente a partir da década de 1990, com a consolidação do PN-DST/AIDS, que foram definidas as diretrizes para organizar a assistência ambulatorial neste contexto (NEMES et. al., 2004).

De acordo com Hallal et al. (2010), no período analisado, com o financiamento de fundos internacionais, foi criada uma rede de serviços de diferentes estruturas, implantados pelo SUS, para diagnóstico, aconselhamento e tratamento às PVHAs. A partir desse período, essa rede de atenção ambulatorial vem aumentando significativamente.

Historicamente, a compreensão do curso da epidemia no Brasil passa por três grandes fases, a saber: 1) os grupos de risco; 2) os comportamentos de risco; e, 3) a vulnerabilidade. Tais fases são cruciais para a compreensão da configuração da rede de

assistência às PVHAs, uma vez que foi a partir dos referidos conceitos que se reestruturou a atenção à saúde para aquele grupo (BRASIL, 1999).

A noção de grupo de risco surge nos primórdios da doença – período em que não se tinham informações precisas sobre a aids e que se acreditava que a transmissão do vírus se dava pelo contato com o sangue e pela saliva. Sem ter uma causa definida daquela Síndrome, os epidemiologistas deram início ao estudo sobre os fatores associados à disseminação da doença, realizando pesquisas retrospectivas e buscando características capazes de identificar comportamentos e práticas associados à nova doença. Os primeiros infectados pelo vírus foram os homossexuais, os usuários de drogas injetáveis, os hemofílicos, as profissionais do sexo, sendo identificados como o grupo dos 5H (homossexuais, haitianos, heroinômanos, hemofílicos e *hookers* (profissionais do sexo)). Logo, aqueles indivíduos foram denominados grupo de risco (ZARPELON, 2011; CARVALHEIRO, 1998).

Ao identificar as práticas e os comportamentos associados à aids, definiu-se também a promiscuidade como característica daquela população. Neste sentido, o conceito de grupo de risco marginalizou ainda mais aqueles que já estavam à margem da sociedade, e os seus resultados foram catastróficos, uma vez que não auxiliaram no desenvolvimento de campanhas e ações educativas que minimizassem a disseminação do vírus e diminuíssem o preconceito contra as PVHAs (SCHAURICH, 2004; CARVALHEIRO, 1998).

No Brasil, a referência ao grupo de risco apareceu na Portaria MS n. 236, de 02 de maio de 1985 (BRASIL, 1985), que definiu como pertencente àquele grupo: os homossexuais e bissexuais masculinos, os usuários de drogas injetáveis e os hemofílicos ou politransfundidos.

A característica principal do grupo de risco é que a doença transformava-se em coisa dos "outros". Os "outros" – no caso, aqueles pertencentes ao grupo de risco – são aqueles que manifestam sexualidade desviante (homossexuais), excessiva e pecaminosa (profissionais do sexo) ou que praticam crime (uso de drogas injetáveis). Nunca é o sujeito (SEFFNER, 1998).

Em termos de saúde pública, a noção de grupo de risco restringia o olhar dos profissionais de saúde, impedindo a ampliação de ações eficazes tanto no tratamento, bem como nas campanhas de prevenção (BRASIL, 1999). Com o aumento da aids entre as mulheres, as crianças, os bissexuais e os heterossexuais, o termo "grupo de risco" passou a ser inapropriado para designar os indivíduos com maiores chances de serem infectados pelo HIV, tendo em vista que não era apenas nos grupos considerados "de risco" que o HIV estava se disseminando, mas também entre aqueles que mantinham relação sexual sem preservativo, compartilhavam seringas e recebiam transfusão de sangue não testada (SCHAURICH, 2004; SEFFNER, 1998). Sobre a questão, segundo Ayres et al. (2009a), é nesse momento que o conceito de grupo de

risco entra em processo de declínio e passa receber críticas severas, entrando em cena um novo termo: “comportamento de risco”.

Sobre o novo termo, Rocha e Samudio (2013) destacam que, mesmo sendo mais avançado e menos rotulador, também passou a apresentar limitações, uma vez que suas designações desconsideravam a construção sociocultural do risco. Sobre a questão, Seffner (1998) elenca três problemas do uso de tal conceito no contexto da aids. O primeiro é dele apagar todos os fatores associados à epidemia (questões econômicas, sociais, culturais, acesso à informação e acesso aos serviços de saúde, por exemplo). O segundo é o de que a aids, a partir desse viés, ainda não é uma doença de todos. E o terceiro é o sentido de individualização da epidemia e culpabilização dos infectados.

Logo, como destaca Schaurich (2004), o conceito de comportamento de risco contribuiu para aumentar ainda mais o julgamento moral, o preconceito e o estigma que norteiam a infecção pelo vírus, tendo em vista que os indivíduos não consideravam os seus comportamentos como sendo de risco, mas somente os dos outros. Assim, era o outro que tinha comportamentos de risco, e era esse um possível portador do HIV. De acordo com aquele autor, “a população, na grande maioria das vezes, não se identificava com as campanhas midiáticas, assim como estas não enfocavam o verdadeiro contexto epidemiológico” (SCHAURICH, 2004, p. 120),

Em uma crítica ao uso dos conceitos “grupos de risco” e “comportamento de risco”, Seffner (1998, p. 9) ressalta que “na ideia de grupo de risco, a grande estratégia é isolar. Na ideia de comportamento de risco, a grande estratégia é o adestramento individual”.

Diante das limitações e tensões supramencionadas, verificou-se a necessidade de (re)construir um conceito mais abrangente, capaz de universalizar o conceito de risco no contexto da aids (ROCHA; SAMUDIO, 2013). A partir daí tem-se a terceira fase da epidemia, surgindo o conceito de vulnerabilidade, visando, sobretudo, uma resposta social, que superasse as estratégias de grupo de risco e comportamento de risco utilizadas anteriormente (SEFFNER, 1998). Para Schaurich (2004, p. 121),

> [...] o conceito de vulnerabilidade aflora no momento em que alguns questionamentos ficavam sem resposta, como qual comportamento arriscado em relação ao HIV apresenta uma mulher dona de casa, em relacionamento estável e com parceiro único? Ou então, qual o comportamento de risco à infecção pelo HIV tem uma criança em vida intrauterina?

É em meio a muitas perguntas sem respostas é que o conceito de vulnerabilidade passa a ser utilizado no contexto da aids, uma vez que o referido termo não se refere apenas a

um grupo ou comportamentos específicos, mas sim, a todos os indivíduos (SCHAURICH, 2004).

Para chegar ao uso do termo "vulnerabilidade", dois fatores foram fundamentais, quais sejam: 1) as mudanças significativas no perfil epidemiológico; e, 2) o insucesso das campanhas de prevenção. Neste sentido, mostra-se evidente a necessidade de olhar não apenas as questões individuais, mas também seus entornos sociais, considerando que, dependendo das condições que um indivíduo se encontra, é possível verificar que elas podem estar mais vulneráveis a alguns agravos do que outros (ROCHA; SAMUDIO, 2013).

O conceito de vulnerabilidade é um constructo e construtor de uma visão ampliada que identifica "a epidemia e seus impactos em totalidades dinâmicas formadas por aspectos que vão de suscetibilidades orgânicas a formas de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos" (AYRES et. al., 2009a, p. 122). Assim, o conceito em questão coloca em evidência componentes sociopolíticos relacionados à aids, considerando a sua dimensão "híbrida" (CASTIEL, 1999).

Nas discussões sobre a vulnerabilidade, Cutter (1996) traz grandes contribuições para refletir sobre o uso do referido conceito no contexto da saúde. Para aquela autora, o conceito de vulnerabilidade apresenta três perspectivas. A primeira refere-se à vulnerabilidade como uma circunstância pré-existente, ou seja, refere-se ao grau de exposição do indivíduo diante do perigo e risco. Tal perspectiva preocupa-se essencialmente em medir e quantificar se o indivíduo está mais ou menos vulnerável ao risco. A segunda perspectiva concentra-se na ação da resposta do indivíduo a determinado evento, incluindo a noção de resistência social ao risco. Já a terceira perspectiva seria a junção das duas perspectivas anteriores, ou seja, a vulnerabilidade é concebida tanto como um risco biofísico, bem como uma resposta social, porém, dentro de um determinado espaço geográfico (lugar onde estão as pessoas vulneráveis) ou espaço social (locais em que as pessoas são mais vulneráveis). No contexto da epidemia de aids, a terceira perspectiva apresentada por Cutter demostra-se fundamental para uma compreensão contextualizada e multideterminada da infecção pelo HIV.

Neste sentido, é na terceira fase da epidemia que surge a necessidade de novas respostas do governo e da sociedade civil, exigindo a formulação e implantação de ações de acordo com a realidade da sua expansão social, a partir de uma compreensão da epidemia pelo viés da vulnerabilidade (BRASIL, 1999). No período em questão surge o atendimento ambulatorial, com a implantação dos SAEs, e uma rede de atenção fundamentada no Programa de Alternativas Assistenciais (BRASIL, 2000).

Destarte, o que se pode verificar é que a assistência integral foi um dos principais focos de atuação dos SAEs desde o surgimento desses serviços de saúde. Neste sentido, a oferta de um atendimento às PVHAs deve contemplar todos os aspectos envolvidos na infecção pelo vírus, e não apenas o controle da infecção. Todavia, a fim de observar tais aspectos, faz-se importante olhar para aquele sujeito de forma contextualizada, preconizando as ações que contemplem uma visão integral desses sujeitos, e a perspectiva da vulnerabilidade traz grandes contribuições. É nesse sentido que surge o seguinte questionamento: os SAEs conseguem oferecer um atendimento integral aqueles sujeitos? Os SAEs desenvolvem ações para além do controle do vírus?

Para responder às referidas questões, é necessário conhecer como os serviços de saúde têm configurado seus modelos assistenciais, para, em seguida, discutir especificamente sobre o contexto em questão.

3.3. O cuidado e a atenção às PVHA

Diário de campo, 18 de abril de 2016.

Enquanto aguardo na sala de espera, testemunho uma discussão na recepção. Em um tom de voz mais alto, uma senhora faz uma queixa para a recepcionista do médico que não vai atendê-la, pois ela chegou atrasada. Ela argumenta, tenta justificar o atraso e diz: "se ele está aqui, ele deveria atender" (sic). A recepcionista explica o funcionamento do serviço. Ressalta que não é possível e diz que vai verificar a possibilidade de reagendar. A senhora se queixa de todas as consultas no ambulatório serem agendadas para o mesmo horário. Novamente a recepcionista fala sobre a rotina das consultas para a paciente. Nesse momento o médico passa rapidamente pela recepção e, sem cumprimentar, vai embora. Uma outra paciente que aguardava atendimento, entra na conversa concordando com essa senhora. "Ele precisa abrir o consultório dele" (sic), diz esta última em tom irônico. A recepcionista tenta apaziguar a situação, porém sem muito sucesso. Enquanto isso, a paciente se retira em direção à farmácia.

Diário de campo, 11 de maio de 2016.

"Desta vez será de manhã e o senhor não vai tomar o leitinho, hein" – diz a recepcionista em tom mais descontraído para o paciente enquanto agenda o exame. Ao lado do balcão, observo a cena. Ele sorri para a recepcionista que o chama pelo nome e reforça as orientações do exame. A conversa segue em um tom de cordialidade. Em seguida, ele se despede, deseja uma boa tarde para a recepcionista e deixa a instituição.

Os dois trechos supramencionados do diário de campo da pesquisadora são referentes ao atendimento oferecido em duas instituições diferentes. São relatos simples que se deram na recepção e que fazem referência à temática tratada no presente capítulo: o atendimento à saúde das PVHAs.

Concordando com Souza e Silva (2013), é preciso destacar que a aids trouxe consigo a necessidade de reformular a estrutura da atenção à saúde. A aids colocou o profissional de saúde em contato com questões incomuns no contexto do cuidado à saúde, como, por exemplo, a sexualidade, as diferenças, os comportamentos, as escolhas e a morte.

Neste sentido, a atenção e o cuidado às PVHAs é um dos aspecto mais problemático da epidemia, tendo em vista que lidar com o problema da aids exige não somente cuidados biomédicos, mas também de outras dimensões. O profissional precisa lidar com os medos e preconceitos, inclusive seus. "Todos esses aspectos reclamam uma abordagem do paciente de aids baseada numa visão mais abrangente e põem em cheque as limitações da medicina em seus moldes mais tradicionais" (SILVA et. al., 2002, p. 109).

A aids é uma doença que ainda não tem cura. Desde sua descoberta, a ciência busca produzir uma vacina capaz de conter a infecção pelo vírus. Em 1984 – época de descoberta do HIV –, as projeções eram otimistas e acreditava-se que o prazo para o desenvolvimento de uma vacina contra a infecção pelo HIV era de dois anos (PIOT et. al., 2009). Porém, os anos foram passando e até hoje não se tem resultados eficazes. Mesmo sem ter cura, o tratamento da aids evoluiu muito nos últimos anos, o que possibilitou a passagem da fase aguda da doença para a fase de cronicidade.

No Brasil, a aids aguda[16] durou até o ano de 1996. A principal característica da doença naquele período era a rápida evolução do quadro clínico em que, após diagnóstico e manifestação dos primeiros sintomas, o seu desfecho era rápido e as taxas de óbito muito elevadas (ALENCAR; NEMES; VELLOSO, 2008).

Segundo Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015), o Hospital Emílio Ribas, na cidade de São Paulo, foi responsável pelas primeiras internações de casos suspeitos de aids. O primeiro paciente internado naquela instituição foi um cabeleireiro, com suspeita de febre tifoide, que, após dois meses de internação, passou apresentar lesões cutâneas. Após uma investigação do histórico do paciente, foi descoberto que ele era homossexual, e logo surgiu a hipótese da Síndrome em questão.

[16] O termo "doença aguda" é um conceito utilizado para nomear estados clínicos cuja a produção de sintomas e sinais evoluem em curso rápido, súbito e de curta duração. O risco de morte é eminente, porém, dependendo do problema de saúde, pode haver a recuperação do estado de saúde (FREITAS; MENDES, 1999).

> O paciente ficou hospitalizado por três meses e meio no Hospital Emílio Ribas, onde seu quadro evoluiu de forma acentuada. Muito emagrecido, desenvolveu um quadro sistêmico de icterícia, linfoadenopatia, monilíase oral, tuberculose, esofagite por citomegalovírus e sarcoma de Kaposi disseminado, todas elas doenças oportunistas relacionadas à aids (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015, p.60).

O primeiro caso de indivíduo com aids internado no hospital demonstra a fase aguda e evidencia uma imagem daquela Síndrome relacionada à magreza extrema e ao surgimento de doenças que deixam marcas da infecção visíveis no corpo. Embora o tratamento hoje possibilite superar essa fase da doença, ainda persiste no imaginário coletivo a imagem em questão da aids.

Foi de forma quase acidental que em 1986, médicos, enquanto administravam uma droga para tratamento de sarcoma de Karposi, perceberam que ela auxiliava na diminuição do HIV no organismo e no aumento das células do sistema imunológico, reduzindo, assim, infecções oportunistas. A droga era a Zidovudina (AZT) e ficou conhecida como o primeiro ARV (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

A partir do AZT, surgiram pesquisadores que se empenharam para descobrir outras drogas e, em 1996, o combate à aids ganhou o seu mais novo aliado: pesquisadores descobriam uma nova classe de medicamentos ARV mais potentes que o AZT (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Com o avanço do Tratamento Antirretroviral (TARV)[17] e a sua disponibilização gratuita no SUS desde 1996, a aids passou a ser uma doença crônica, possibilitando uma cessação dos sintomas, melhoria na qualidade de vida e uma queda nos índices de mortalidade causada pela referida Síndrome (HALLAL et. al., 2010; ALENCAR; NEMES; VELLOSO, 2008).

Assim, a aids tornou-se uma doença crônica[18], como, por exemplo, o diabetes, o câncer, a hipertensão arterial, entre outras. Sobre a questão, Alencar, Nemes e Velloso (2008) destacam três fatores para a cronicidade da doença. O primeiro se refere aos avanços da ciência em relação ao conhecimento a respeito da infecção pelo vírus. O segundo fator está relacionado aos avanços no monitoramento da infecção e da doença por meio dos exames laboratoriais. E o terceiro se refere ao avanço do TARV.

---

17 É a terapia medicamentosa utilizada por pacientes com HIV/aids na tentativa de controlar o retrovírus. Seu objetivo é inibir o progresso da imunodeficiência e restaurar a imunidade, promovendo, assim, melhoria nos índices de morbidade associadas, mortalidade e qualidade de vida dos portadores que realizam o tratamento (CORDEIRO; BACCARINI; POSSAS, 2010; UNICEF, 1998).

18 Doença crônica que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), pode ser definida como problemas de saúde persistentes, que necessitam de certo nível de cuidado permanente. As doenças crônicas podem ser tanto doenças transmissíveis (a aids, por exemplo) como não transmissíveis (a diabetes, por exemplo) (OMS, 2003).

Com a cronicidade da aids, aumentou também a expectativa de vida das PVHAs que, segundo Moral et al. (2015), em caso de diagnóstico precoce e de uma aderência ininterrupta ao ARV, podem viver mais de 40 anos com o vírus.

Da aids aguda para a aids crônica, é possível verificar dois momentos diferentes na atenção às PVHAs. No primeiro momento – a aids aguda –, o que se pode verificar é um modo de atuação de acolhimento, pautado em uma política de não discriminação. Conforme Berkman et al. (2005), no Brasil, o eixo central sempre foi a batalha contra o estigma. Já o segundo momento se deu a partir do avanço da tecnologia, com o aprimoramento dos ARVs e dos exames de controle das células CD4+ e de carga viral. Estudos como o de Sanches (1997), Gusmán e Iriart (2009), Carneiro (2007) e Silva et al. (2002) discutem o uso de tais recursos na assistência às PVHAs e, em um consenso, afirmam que é possível verificar o quanto a tecnologia possibilitou um aparato científico para o cuidado daquelas pessoas, contribuindo para melhores condições de vida e queda nos índices de mortalidade. Todavia, por outro lado, aqueles autores apontam o quanto o uso dessas tecnologias acabou reduzindo o atendimento às PVHAs ao controle do vírus, com base em uma lógica biomédica.

Com os exames CD4 e CVP e o TARV, é possível monitorar e controlar a doença e a infecção pelo HIV. Porém, Sanches (1997, p. 55), ao discutir sobre as expectativas do paciente em relação à equipe de saúde, aponta que

> [...] o que o paciente procura num profissional da saúde é a esperança e o reconhecimento de que existe nele, sujeito, uma força de vida. Uma possibilidade de se fortalecer para enfrentar os ataques que virão, de dentro e de fora. Procura alguém que não tema chegar perto da dor e da angústia que carrega. Mas que não se contamine com ela a ponto de ficar paralisado. Que não o coloque no lugar daquele que é portador do mal. Enfim, alguém que o respeite e ouça, para ser também ouvido.

Guzmán e Iriart (2009) realizaram um estudo para compreender o papel dos exames CD4 e CVP na relação terapêutica. Os resultados evidenciaram que aqueles exames exercem um papel central nas consultas de PVHAs: quando os resultados eram bons, o foco era nos resultados, o que tornava esse encontro mais rápido e dispensava o médico de realizar, no paciente, exames físicos e uma anamnese; quando os resultados não eram bons, buscava-se desvelar as atitudes desviantes do paciente no que se referia à adesão ao tratamento medicamentoso. Sobre a questão, para aquelas autoras,

> Os exames, por sua capacidade de perscrutar as profundezas do corpo, permitem ao médico revelar a "essência da doença", ao contrário do exame físico e da anamnese que revelam apenas sua "aparência". Sem os exames, os

> médicos ficam sem ação em face da doença (GUZMÁN; IRIART, 2009, p.1136).

Junto aos exames, outro aliado é o uso da medicação ARV. Conforme Altman (1995), para a indústria farmacêutica, a nova epidemia virou um negócio lucrativo.

Para Guzmán e Iriart (2009), o médico busca a verdade na ciência, no mundo dos exames e dos fármacos. É de lá que vem as respostas e é de lá que vem as condutas a serem tomadas pelo médico e por todos os demais profissionais da saúde envolvidos no tratamento de PVHAs.

Carneiro (2007) realizou um estudo com 12 mulheres, puérperas, que haviam realizado o teste rápido antes do parto em um CTA. A proposta era a de que, ao realizar o teste rápido do HIV com aquelas mulheres antes do parto, fosse oferecido também o aconselhamento pré e pós-teste. Todavia, os resultados daquela autora apontaram para a prevalência de um modelo biomédico de atenção àquelas mulheres, com ênfase nos resultados dos exames, que não as reconheciam como sujeitos. Não era oferecido nenhum aconselhamento e acolhimento às mulheres. Além disso, o atendimento era caracterizado pela relação assimétrica entre o profissional e a usuária do serviço.

De acordo com Silva et. al. (2002), o tratamento da aids "doença", a partir dos ARV, acaba sendo abordado por todos os profissionais de saúde pela grande adesão ao tratamento, permanecendo centralizado à tradição biomédica, reduzindo todos os fatores transversais ao HIV, a aquilo que dificulta ou facilita o tratamento. "O único produto para o trabalho de todos os profissionais, por mais diversas que sejam suas áreas de formação, torna o 'paciente aderido'" (SILVA et al., 2002, p. 115).

Em um jogo de *status* e poder, os temas transversais à aids são sempre tratados como temas periféricos de uma ciência biomédica, que ocupa o lugar central e aborda aspectos clínicos e epidemiológicos (ALTMAN, 1995).

Segundo Scliar (2005, p. 19): "tratar a doença dá poder". Parafraseando aquele autor, é preciso destacar que o conhecimento da doença dá poder, e não apenas ao médico, mas também à toda equipe de saúde que atua com base no referido saber – equipe essa que, assim como ressalta Tesser (1999), desvenda enigmas, trata várias doenças e vários aspectos em um mesmo sujeito isoladamente, esquartejando-o, fragmentando-o, desumanizando-o e reforçando, cada vez mais, o discurso biomédico, o discurso científico.

Para lidar com o cuidado e a atenção no contexto do HIV/aids, Silva et al. (2002) destacam que as equipes têm recorrido a profissionais oriundos de diversas formações

acadêmicas. Porém, o que se percebe é uma diversidade de profissionais que não têm respondido adequadamente às demandas do HIV/aids. Neste sentido, têm-se vários profissionais isolados, muitas vezes, concorrentes, que apresentam dificuldades de interação.

Ora, a aids é, de fato uma doença que atinge o corpo e que possui todas as características necessárias para ser classificada como tal. Assim, não se pretende negar e tampouco ignorar tal fato, pois, conforme Camargo Jr. (1994), somente um tolo poderia mostrar-se tão cético e ingênuo diante de um grave problema de saúde como aids, que já ceifou a vida de tantos indivíduos. Neste sentido, não se pode perder de vista todos os benefícios que as tecnologias trouxeram para as PVHAs. Todavia, é preciso considerar que a aids não envolve somente aspectos biológicos, mas também aspectos culturais, sociais e de outras dimensões existentes em toda enfermidade (HELMAN, 2009), e olhar somente por esse prisma, a partir de um modelo biomédico, é restringir uma gama de aspectos e dimensões que envolvem o viver com HIV, além, é claro, de reforçar e legitimar o modelo biomédico, enquanto campo científico, como a único possuidor de autoridade para falar sobre o assunto.

Em 1993, Mann, Tarantola e Netter, ao discorrerem sobre a epidemia da aids no mundo, questionavam se aquela Síndrome era uma epidemia global fora de controle. Para aqueles autores, naquela primeira década de enfrentamento da epidemia, a resposta à aids, embora apresentasse alguns casos de sucesso isolado, detinha, em grande parte das comunidades, um sentimento de fracasso global, coletivo e de uma epidemia fora do controle (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993).

Em 2015, durante a abertura do 8° Encontro Estadual das ONGs/aids do Rio de Janeiro, Richard Parker, presidente da ABIA, deu início à sua fala questionando se o mundo está próximo ao fim da aids e se se vive atualmente uma nova era de enfrentamento da epidemia, a qual se aproxima da possibilidade de uma nova geração sem aquela epidemia (PARKER, 2015).

Entre os referidos questionamentos tem-se uma diferença de 22 anos, ou seja, Mann, Tarantola e Netter (1993) questionavam a falta de controle da aids, e Richard Parker, sobre a possibilidade de uma proximidade do fim da epidemia. Nas duas questões é evidente o quanto as perguntas mudaram, sendo que a epidemia da aids sofreu várias no decorrer dos anos. Atualmente não se trata mais da epidemia das décadas de 1980-1990. Tem-se outra aids, fruto de vários fatos e acontecimentos, bem como de novos rumos tomados pela epidemia.

Retomando o questionamento de Richard Parker, é preciso salientar que ele é antes de tudo uma crítica aos discursos atuais a respeito da aids, que se referem à epidemia como algo próximo ao fim. De fato, o avanço científico em torno daquela Síndrome criou a falsa ideia de

que por meio do uso desse aparato era possível conter a epidemia da aids hoje. Tal discussão vem de encontro às discussões aqui apresentadas, tendo em vista que esse modelo acaba reduzindo cada vez mais o cuidado à saúde das PVHAs.

Desde o final do ano de 2013, o Brasil adotou a estratégia combinada de Tratamento como Prevenção (TcP) (ou TasP – *Treatment as Prevention*). Estudos científicos evidenciaram que uma PVHA em uso de ARV, com carga viral indetectável, diminui significativamente a possibilidade de transmitir o vírus. Assim, quanto mais PVHAs estiverem em uso de ARV, com carga viral indetectável, menores são as chances de propagação do HIV. Tal modo de prevenção não é exclusivo do Brasil e já está sendo utilizada por outros países com evidências de bons resultados (SEFFNER; PARKER, 2016; PARKER, 2015; SAID; SEIDL, 2015).

No TcP, dentro das ações de saúde, é preconizada a ampliação do acesso ao teste de HIV e o início imediato do ARV. Esta é uma estratégia adota pelo Brasil conhecida como testar e tratar. Em 2014, o Brasil, juntamente a outros países da América Latina, em reunião da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), firmou o compromisso de três metas, conhecidas como 90-90-90, que significa, em termos de tratamento, "90% das PVHAs diagnosticadas; 90% das PVHAs diagnosticadas em terapia antirretroviral (TARV); e 90% das PVHAs em TARV com supressão viral" (BRASIL, 2015a, p. 51).

Sobre o TcP, Parker (2015) adverte que se corre um grande risco quando este tipo de proposta passa a ser a única alternativa utilizada. No período 2013-2014, por exemplo, somente 6% do orçamento da Política de HIV/aids foram direcionados para prevenção primária (UNAIDS, 2016b).

O investimento maciço em novas tecnologias para conter a epidemia da aids reflete diretamente no cuidado às PVHAs, uma vez que os recursos são destinados à estratégia de testar e tratar, e poucos investimentos são realizados no cuidado contínuo e na melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados àqueles indivíduos (TERTO JR. et.al., 2016).

De acordo com Piot et al. (2009), um dos retornos dos investimentos de várias décadas foi uma queda da taxa de óbito de PVHAs, o que gerou um mito de que o problema da aids no mundo, de alguma forma, foi resolvido. Todavia, os dados evidenciam, segundo aqueles autores, que se tem o enfrentamento de uma nova fase da epidemia, com um novo conjunto de desafios. Em suma, combater a epidemia é algo complexo.

Neste sentido, Seffner e Parker (2016) alertam para o risco de delimitar as ações, tanto de prevenção como de assistência, a um viés biomédico, pautado na fragmentação e centrado no vírus. Quando combinado a outras estratégias, o TcP pode ser uma forma de potencializar as ações no contexto do HIV/aids. Sobre a questão, Parker (2015, p. 9) destaca

que “a nova era de abordagens biomédicas oferece sim uma possibilidade de ampliar a caixinha de ferramentas que podem ser utilizadas para enfrentar a epidemia, e essa ampliação da caixinha de ferramentas é superimportante”. Todavia, corre-se o risco quando se tem apenas na estratégia de TcP o único meio para conter a epidemia e tratar as PVHAs.

Para Grangeiro (2016), a introdução de novas tecnologias medicamentosas no tratamento do HIV/aids não é, *de per si*, suficiente para garantir um tratamento efetivo e de qualidade para às PVHAs, tendo em vista que, com o tempo, elas se esgotam e são necessárias outras ações. Um exemplo disso é o número de sujeitos sem tratamento.

De fato, voltar a atenção para as ações de saúde torna-se fundamental e possibilita compreender como os SAEs têm se organizado para atender a referida demanda. Neste sentido, é possível questionar: o que os SAEs têm organizado o cuidado para as PVHAs? Quais atividades estas instituições têm desenvolvido para além do controle do vírus? Como os serviços de saúde têm capacitado seus profissionais para atuar de maneira integral no cuidado às PVHAs?

As respostas para tais questionamentos é o que direciona o presente estudo, sendo a intenção respondê-los na próxima parte das linhas que se seguem, a partir da pesquisa empírica nos SAEs.

PARTE 2
O CUIDADO ÀS PVHAs NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS

4. PERCURSO METODOLÓGICO

O trabalho de campo propicia o contato direto, face a face com os sujeitos e com a realidade estudada. Permite múltiplos olhares, abrindo a reflexão a muitas vozes, [...] O encontro entre pesquisadores e membros do grupo estudado dá os contornos e a matéria prima da interpretação (DESLANDES, 2005, p..157).

Para Minayo (2010, p. 47), a ato de pesquisa é "a atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade". Logo, tal prática se constitui em uma atitude e em uma prática sempre inacabada, sempre em vias de ocorrência. Corroborando com aquela autora, Gil (2008) acrescenta que a pesquisa serve como um instrumento na busca de respostas para problemas, e é científica porque inclui o emprego de um método científico na busca por novos conhecimentos.

O método científico é definido por aquele autor como o conjunto de procedimentos e técnicas utilizados em uma determinada pesquisa científica para a construção do conhecimento. O método deve, então, ser compreendido como o caminho percorrido para chegar a um determinado resultado. Assim, no presente capítulo, tem-se a descrição do percurso metodológico empreendido, bem como das estratégias utilizadas e dos aspectos do campo, dos participantes, da coleta e da análise dos dados então obtidos.

Quando do início de uma nova pesquisa, Briceño-León (2003) sugere que é preciso questionar quais técnicas possibilitarão uma melhor compreensão, ou ainda, como integrar técnicas que viabilizem compreender a realidade de maneira mais completa. Assim, nas linhas que se seguem, optou-se pelo uso de diferentes abordagens, integrando técnicas que favorecessem o cruzamento de múltiplos pontos de vista que explorassem os aspectos que envolvem o problema de pesquisa.

Diante do exposto, faz-se importante destacar que a presente pesquisa tem como objetivo identificar, descrever e discutir práticas de assistência e cuidado às Pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHAs) que excedam o modelo assistencial centrado no controle do vírus. Assim, fez-se uma pesquisa empírica, fundamentada na abordagem da Pesquisa Social, utilizando como estratégia a triangulação de métodos, por meio de diferentes técnicas, para explorar e compreender a percepção dos profissionais de saúde acerca do cuidado àqueles indivíduos.

A Pesquisa Social tem o propósito de descobrir ou indagar uma realidade. Seu objeto são as pessoas que possuem consciência histórica, que pertencem a um grupo e/ou classe social, possuem crenças, valores e significados próprios, e estão inseridas em uma sociedade, que existe em um determinado tempo e espaço. Por estar em constante transformação, tal objeto é considerado complexo e contraditório (MINAYO, 2010).

Ainda sobre a questão da Pesquisa Social, Gil (2008) define três tipos desta, a saber: (1) exploratória; (2) descritiva; e, (3) explicativa. O presente estudo se enquadra nas pesquisas exploratórias e descritivas que, como o próprio nome induz, visa explorar e descrever as principais características de um determinado fenômeno – no caso em estudo, o cuidado às PVHAs.

A seguir, têm-se as estratégias de pesquisa e suas aplicabilidades na produção científica no campo das Ciências Sociais e Saúde Pública envoltas no estudo em questão.

4.1. A triangulação de método como estratégia de pesquisa

A modernidade trouxe consigo o método científico, ou seja, a definição de um caminho a ser percorrido na busca pelo conhecimento (GIDDINGS, 2006). O sonho cartesiano era lograr apenas um método que resolvesse tudo. Todavia, esse movimento não permaneceu isento de críticas e foi, então, que na própria modernidade, surgiu a sua antítese: a crítica na crença metodológica (GURGEL, 2007).

É nesse momento que surgem modelos de pesquisas mais dinâmicos, como, por exemplo, multiparadigmas, multiplicidades de métodos, bricolagem metodológicas, combinação de teorias e métodos, triangulação de métodos, entre outros, tendo em comum a combinação de métodos das diferentes abordagens de investigação, que pode ser definida como o uso de métodos mistos (GURGEL, 2007).

Por método misto entende-se um tipo de pesquisa científica onde o pesquisador mistura ou combina técnicas, métodos, abordagens, conceitos ou linguagem em um único estudo (JOHNSON; ONWUEGBUZIE, 2004). De acordo com Axinn e Pearce (2007), é uma estratégia de coleta de dados projetada para combinar elementos de um método com elementos de outros, oferecendo oportunidades especiais para fazer uso de múltiplas fontes de informação, a partir de múltiplas abordagens, a fim de lograr novas descobertas.

Os métodos mistos de pesquisa são também uma tentativa de legitimar o uso de múltiplas abordagens visando responder questões de investigação. Assim, possibilitam uma

forma expansiva e criativa de fazer pesquisa, sendo inclusiva, plural e complementar (JOHNSON; ONWUEGBUZIE, 2004).

Em muitos casos, a meta de fazer uso de métodos mistos não é a busca de validação, mas um meio para expandir a compreensão (JOHNSON; ONWUEGBUZIE, 2004), que é o caso do presente estudo. Entre o uso de métodos mistos, tem-se a triangulação de métodos.

Considerando o cuidado às PVHAs um fenômeno complexo, que envolve diversos aspectos e percepções, corroborou-se a triangulação de métodos como estratégia de pesquisa, dispondo da combinação de diferentes abordagens e técnicas de coleta de dados.

A triangulação de métodos surge como um meio de superar a dicotomia entre as abordagens, "servindo e adequando-os a determinadas realidades, com fundamento interdisciplinar" (MINAYO et. al., 2005, p. 71). Assim, tal estratégia de pesquisa tornou-se adequada para o contexto aqui apontado, tendo em vista que se trata de uma investigação interdisciplinar de um fato social.

De acordo com Minayo (2005, p. 29), a ação triangular em metodologia é a realização "[...] [d]a combinação e [d]o cruzamento de múltiplos pontos de vista; [...]; [d]a visão de vários informantes e [d]o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o processo de investigação". Para aquela autora, a triangulação de métodos integra aspectos objetivos e subjetivos, além de incluir os atores, inclusive, como sujeitos de autoavaliação.

Gurgel (2007) ressalta que a triangulação de métodos é, sobretudo, um instrumento que permite iluminar a realidade sob vários ângulos, como um prisma, demonstrando maior claridade teórica e aprofundamento da interdisciplinaridade. Inclusive, havendo necessidade de novas ferramentas ou técnicas, o pesquisador inventará ou as reunirá.

É esse diálogo entre diferentes abordagens que se buscou no presente estudo. Deste modo, tem-se, a seguir, o caminho percorrido, as estratégias utilizadas para combinar paradigmas e a forma de construção aqui empreendido.

4.2. Local do estudo

O presente estudo se deu em três Serviços de Assistência Especializada (SAEs) da Diretoria Regional de Saúde (DRS) X. A DRS é uma repartição da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, instituída por meio do Decreto n. 51.433, de 28 de dezembro de 2006, como uma forma de reorganização administrativa. É composta por 26 Municípios (SÃO

PAULO, 2006). Destes, seis possuem SAEs e são referências para os outros 20 Municípios que não possuem.

Os SAEs surgem a partir do Programa de Alternativas Assistenciais, com a finalidade de desenvolver ações que contemplem a gama de fatores envolvidos na epidemia de *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) no País. Como um dos dispositivos do Programa em questão, o surgimento do SAE é o marco fundador do atendimento ambulatorial, que detém o intuito de oferecer "resolutividade diagnóstico-terapêutica" e assistência integral aos pacientes e familiares, por meio de uma equipe multidisciplinar, visando, sobretudo, a qualidade do atendimento ofertado (BRASIL, 2000, p. 10).

A implantação e implementação dos SAEs se deu a partir dos recursos disponibilizados pelo primeiro projeto com financiamento do Banco Mundial (BM), em 1994: o AIDS 1, cujo objetivo era conceber um programa de alternativas assistenciais em nível ambulatorial.

Os SAEs foram implantados em 1994, a princípio, de forma descentralizada com recursos repassados pelo Ministério da Saúde (MS) e coordenação local e, em um segundo momento, a partir de 1997, de forma centralizada, sendo necessária a aprovação de um projeto para implantação do serviço. A mudança de descentralização para centralização se deu em detrimento da precariedade da oferta de serviço pelos SAEs, onde muitos destes não seguiam as determinações e exigências mínimas para a oferta do serviço (BRASIL, 2000).

De acordo com os dados do Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST-AIDS), em março de 1996, existiam no Brasil 33 SAEs. E já em junho de 1998, tinha-se o quantitativo de 76 serviços. Em 2009, em todo o território nacional existiam 644 SAEs, sendo que o número atual ultrapassa 712 Serviços (COELHO, 2016; VILLARINHO et. at., 2013; BRASIL, 2000).

Na implantação dos SAEs foi definida uma equipe de atenção multidisciplinar composta por médicos, enfermeiro, assistente social, psicólogo e farmacêutico, cujo objetivo das suas ações deveria contemplar "uma assistência humanizada e de qualidade, baseada na atenção integral do paciente e de sua família" (BRASIL, 2000, p. 56).

Dos seis SAEs da DRS-X, foram selecionados três serviços, considerando o número de atendimento, o fluxo de usuários, a disponibilidade da instituição e o aceite para participar da presente pesquisa.

4.3. Participantes

Como o objetivo do presente estudo é conhecer a opinião de profissionais de saúde

sobre o cuidado às PVHAs, a pesquisa teve em sua composição profissionais de saúde e gestores. A escolha da população em questão atendeu aos seguintes critérios:

(1) manifestação do desejo de participar do estudo; e

(2) ser profissional de saúde ou gestor e laborar no serviço especializado de atendimento a indivíduos portadores do *Human Immunodeficiency Virus*/*Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV/aids).

Neste sentido, o estudo exclui aqueles profissionais de saúde que não atendiam PVHA. A amostra total se deu em quatro gestores dos serviços e 45 profissionais de saúde.

4.4. Instrumentos de coleta de dados

Diante da complexidade que é o cuidado às PVHAs, a presente pesquisa fez uso de três instrumentos de coleta de dados, utilizados em momentos diferentes da pesquisa, a saber: (1) questionário; (2) grupo de discussão; e, (3) entrevistas semiestruturadas.

4.4.1. Questionário

O primeiro instrumento utilizado no estudo foi a aplicação de um questionário fundamentado no modelo de pesquisa de levantamento, denominado *survey* ou pesquisa descritiva.

Utilizada desde o século XIX, esse tipo de pesquisa permite a descrição, explicação e exploração do fenômeno que se pretende estudar, possibilitando a coleta de dados objetivos (CALAIS, 2007). Optou-se pelo método em questão tendo em vista que, por meio dele, foi possível o acesso à opinião de um maior número de profissionais de saúde. Além disso, como não foi necessária a identificação, é de fé que o profissional se sentiu mais confortável para manifestar sua opinião.

Para a realização do *survey*, fez-se uso do questionário, que é uma técnica de investigação composta por questões que visam conhecer opiniões, interesses, expectativas, entre outras características pertinentes (GIL, 2008; CALAIS, 2007).

O questionário utilizado nesta etapa do estudo foi autoaplicável e elaborado a partir de pesquisa de avaliação (SOUZA, 2010; BRASIL, 2010b, BRASIL, 2004), de estudos realizados no contexto de HIV/AIDS (PINTO, 2010; MINAYO et. al., 1999), de Portaria do MS (BRASIL, 2013b) e de pesquisas sobre a assistência e cuidado na saúde (BRASIL, 2013c).

A sua estrutura foi composta por questões fechadas e questões dependentes.

O questionário (vide Apêndice "A") foi composto por quatro partes, a saber: 1) identificação e formação acadêmica; 2) opinião sobre a estrutura e atividade desenvolvidas pelos SAEs; 3) percepção do cuidado e assistência às PVHAs; e, 4) concepção do trabalho em equipe.

Vale destacar que o instrumento de coleta de dados em questão teve sua aplicação somente nos profissionais de saúde, respeitando o caráter voluntário de participação do estudo.

4.4.2. Entrevistas semiestruturadas

O segundo instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada com profissionais de saúde e gestores. A entrevista na pesquisa social possibilita a coleta de dados de duas dimensões, quais sejam: 1) os dados "objetivos" sobre o tema proposto no estudo; e, 2) os dados sobre os sujeitos de pesquisa, ou seja, as crenças, os valores e as opiniões individuais (MINAYO, 2010).

Dentro das modalidades de entrevista, tem-se a de cunho semiestruturado. Esta é composta por questões fechadas e abertas (MINAYO, 2010), determinada *a priori*, de acordo com os objetivos do estudo. Embora a técnica nela existente faça uso de um roteiro, o mesmo serve apenas como guia de orientação para o entrevistador, que deve criar condições para que o entrevistado possa comunicar as suas experiências e os afetos de modo informal.

Nesta etapa do estudo, fez-se um roteiro de entrevista (vide Apêndice "B") com temas sobre o cuidado e a assistência às PVHAs, que serviu para orientar e mediar a conversa com os participantes.

Participaram dessa etapa 11 profissionais de saúde e quatro gestores.

Para determinar o fim da coleta de dados nas entrevistas, fez-se uso de amostragem por saturação, que é uma ferramenta que na pesquisa qualitativa norteia a sua finalização. Neste sentido, o ponto de saturação se dá quando da repetição ou redundância na coleta dos dados, em que novos dados pouco contribuiriam para aperfeiçoar as reflexões (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.4.3. Grupo de discussão

A terceira técnica de coleta de dados aqui utilizada foi a de grupos de discussão. Os grupos de discussão são uma técnica de discussão grupal, qualitativa, e foram utilizados pela primeira vez em pesquisa social empírica na década de 1950, como uma técnica para coletar

dados. A partir da década de 1970, essa técnica, amparada pela fenomenologia social, a etnometodologia e o interacionismo simbólico, recebeu tratamento teórico-metodológico, tornando-se um método de pesquisa (CASTRO et. al., 2010; WELLER, 2006).

Como método de pesquisa, os grupos de discussão "constituem uma ferramenta importante para a reconstrução dos contextos sociais e dos modelos que orientam as ações dos sujeitos" (WELLER, 2006, p. 246).

Enquanto opção metodológica, os grupos de discussão permitem compreender determinado fenômeno a partir da produção coletiva, sendo o diálogo e a conversa entre os indivíduos a ferramenta básica de favorecimento de práticas investigativas de mecanismos sociais ocultos e latentes (MEINERZ, 2011; CASTRO et. al., 2010).

De acordo com Santos (2009), o grupo de discussão trabalha com a fala em uma perspectiva de discurso social, permitindo, assim, uma informação resultante da produção coletiva, diferente das informações oriundas de outras técnicas de pesquisa.

Os grupos de discussão visam, sobretudo, um intercâmbio de opiniões entre os participantes e, embora a dinâmica e a forma de conduzir um grupo possa ser a mesma, as discussões nunca serão iguais, tendo em vista que o modo de pensar dos participantes é sempre diferente e pode ser modificado por múltiplas variáveis (CASTRO et. al., 2010).

Na presente pesquisa deu-se a realização de dois grupos de discussões em dois SAEs diferentes. O primeiro grupo contou com a participação de oito integrantes, e o segundo grupo, de 10 integrantes. Para a condução dos grupos, partiu-se de perguntas disparadoras sobre o viver com HIV na atualidade e sobre o cuidado às PVHAs e cada grupo teve a duração de uma hora.

4.5. O processo de coleta de dados

O processo de coleta de dados se deu entre os meses de fevereiro e novembro de 2016. Todavia, o primeiro contato com os SAEs ocorreu no segundo semestre de 2015. Nesse primeiro momento, a pesquisadora entrou em contato com os gestores dos SAEs da DRS-X para verificar a possibilidade de realizar o estudo em questão em tais instituições.

Considerando que cada Município tem o seu próprio processo interno de autorização para a realização de pesquisa em unidades de saúde, foram incluídos três serviços de um total de seis instituições, tendo em vista que não houve tempo hábil e retorno dos outros SAEs para que a pesquisa pudesse ser realizada também nesses outros espaços.

Vale destacar que a inclusão de apenas três SAEs acarretou em maior aproximação da pesquisadora com as instituições, o que favoreceu a coleta de dados e a troca de conhecimento entre a pesquisadora e os participantes. Tal aproximação não se deu do mesmo modo em todos os serviços, uma vez que um dos SAEs possibilitou uma maior inserção da pesquisadora na instituição, cuja mesma conseguia transitar nos diversos espaços da instituição, favorecendo melhor conhecimento sobre o processo de acolhida e atendimento dos usuários. No SAE em questão, era comum a pesquisadora circular pelas salas de espera e espaços de convivência, além conversar com profissionais e usuários sobre temas diversos, do cotidiano. Nos outros SAEs, o acesso foi limitado ao contato com os profissionais de saúde, que ocorriam em momentos previamente agendados.

Ainda em relação ao SAE de melhor acessibilidade pela pesquisadora, a aproximação com os profissionais favoreceu um contato mais cordial. Neste sentido, alguns profissionais davam dicas de cursos *online* gratuitos que tinham relação com a temática do presente estudo, além de indicar leituras. Aqui, os profissionais também indagavam a pesquisadora quando eles participariam das outras fases do estudo, manifestando disponibilidade para participar de todas as etapas.

No presente estudo, durante o processo de coleta de dados, levaram-se em consideração as palavras de Minayo (2010), que destaca que o participante não é neutro e possui as mesmas características daquele que o investiga. Neste sentido, a coleta de dados se deu a partir da relação, aproximação e troca mútua entre a pesquisadora e os participantes, em um processo constante que envolveu o encontro entre os diferentes, entre as singularidades.

Situações inusitadas ocorreram durante todo o processo de coleta de dados, como, por exemplo, a pesquisadora ser confundida como usuária do serviço ou como profissional de saúde. A presença constante de alguém estranho àquele ambiente chamou a atenção de todos os atores sociais que frequentam aquele espaço, conforme os relatos que se seguem:

> *Diário de Campo – 26 de abril de 2016.*
>
> *Aguardo na recepção enquanto uma profissional termina o atendimento para que eu possa entrevistá-la. Enquanto aguardo, um jovem se aproxima e me cumprimenta. Em seguida começa a falar da temperatura, do tempo, de coisas do cotidiano, deixando em sua fala bem claro que estava naquele espaço acompanhando a sua tia e que não tinha HIV. Ele fala também do seu novo emprego e dos desafios que tem vivenciado. Em seguida olha pra mim e diz: "acho que você deve passar por isso aqui também" (sic). Tento entender melhor*

o porquê daquela afirmação e ele diz: " você não é nova aqui? Sempre venho com a minha tia e nunca vi você. Então pensei que você trabalha aqui a pouco tempo".

Diário de Campo – 10 de maio de 2016.

Aguardo na recepção da farmácia para conversar com uma profissional de saúde. Como tem muitos usuários para ela atender, ela solicita que eu espere um pouco. Sou confundida diversas vezes como usuária do serviço. Alguns chegam a me entregar uma senha de atendimento outros olham desconfiados como quem não quer ser identificado por aquela estranha que ocupa aquele espaço. Uma senhora se aproxima e começa a conversar. Comenta que naquele dia o serviço está bem cheio. Em seguida fala do tempo e dos últimos acontecimentos até que chamam a senha dela. Ela estranha o fato de eu não ter uma senha. Neste momento outra profissional se aproxima e nos cumprimenta. Eis então que ela diz: "Elas são boazinhas aqui. Você vai ver. São anos de estrada com elas" (sic). Em seguida nos despedimos e ela entra para atendimento".

Outras cenas como essas se repetiram ao longo da coleta de dados nas instituições e foram importantes no processo de contextualização da presente pesquisa.

Alguns profissionais de saúde também apresentaram certa desconfiança com o presente estudo. Embora a pesquisadora afirmasse em diversos momentos que seu objetivo era conhecer os aspectos do cuidado às PVHAs, alguns profissionais apresentavam certo receio em participar, como se estivessem sendo avaliados pelo trabalho desenvolvido na instituição. Tal fato também foi observado em relação a uma gestora que, sempre quando conversava com a pesquisadora, tentava justificar todas as atividades da instituição. Durante diversos momentos, a pesquisadora reforçou que seu objetivo naquele espaço não era de investigar ou avaliar o trabalho desenvolvido pelo SAE, esclarecendo que sua presença na instituição era restrita aos objetivos do presente estudo.

A coleta de dados foi dividida em três fases. Na primeira fase, a pesquisadora disponibilizou o questionário para todos os profissionais de saúde dos três SAEs. No primeiro SAE, a pesquisadora conversou individualmente com cada profissional, entregou o questionário e informou sobre a possibilidade de eles responderem em outro momento. Dos 24 profissionais ali habilitados para a participação na pesquisa, três se negaram a participar desta etapa do estudo alegando falta de tempo para preencher o questionário diante do grande fluxo de atendimento do seu setor. Outros dois profissionais não devolveram o questionário respondido.

No segundo SAE, o gestor agendou uma reunião com todos os profissionais para que a pesquisadora pudesse explicar o procedimento de coleta de dados. Nesta, além de expor

os objetivos do presente estudo, apontou-se junto aos profissionais cada fase da pesquisa, disponibilizando, posteriormente, o questionário. Na instituição em questão, por sugestão dos profissionais, foi agendada uma data para a entrega dos questionários respondidos – seis profissionais não devolveram o questionário respondido.

No terceiro SAE, a entrega do questionário foi individual. Aqui também foi agendada uma data de entrega dos questionários respondidos, porém, o retorno da equipe não foi tão exitoso. Nenhum profissional se negou a participar desta etapa da pesquisa, e seis participantes não devolveram o questionário. Era muito comum neste SAE os profissionais agendarem uma data para entregar o questionário respondido e, quanto a pesquisadora chegava na instituição, diziam que não conseguiram responder e reagendavam outra data. Dois profissionais perderam o questionário, sendo, então, disponibilizadas aos mesmos outras cópias, que também não foram respondidas e tampouco devolvidas para a pesquisadora.

A fim de garantir o anonimato dos participantes, a pesquisadora disponibilizou duas pastas em cada SAE para que os profissionais depositassem em uma delas o TCLE e, na outra, o questionário. Alguns profissionais se queixaram com a pesquisadora do tamanho do questionário; porém, estes devolveram o questionário respondido.

A segunda etapa deste estudo culminou na realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais e gestores. Foram realizadas 15 entrevistas com gestores e profissionais de saúde dos três SAEs, totalizando 10h20mim de áudios gravados.

Como todas as outras fases da pesquisa, a participação nas entrevistas teve caráter voluntário e se deu mediante o aceite do participante. Quanto ao horário e o local das entrevistas, estes foram primeiramente ajustados com o profissional convidado e com os gestores, com o intuito de não causar transtornos nos atendimentos realizados pela instituição.

Durante a entrevista, quando necessário, a pesquisadora interrompia para que o profissional pudesse realizar seus atendimentos. Tal fato se deu durante três entrevistas que foram retomadas após o atendimento aos usuários. Em um dos SAEs, por exemplo, a interrupção da entrevista se deu três vezes por uma gestora. Embora a mesma afirmasse que não haveria problemas em agendar com a profissional naquele momento, a mesma alegava que precisava resolver assuntos urgentes, fazendo com que a pesquisadora sugerisse que a entrevista fosse remarcada – posicionamento discordado pela profissional, ao afirmar que poderia concluir a entrevista naquele momento, pois seria possível resolver os assuntos depois. Esta mesma gestora chegou a interromper uma outra entrevista com outro profissional.

Mediante a autorização e o consentimento dos participantes, todas as entrevistas foram gravadas. Inicialmente foi possível observar que alguns entrevistados apresentaram certo

desconforto com o gravador. Porém, tal fato se deu somente no início da entrevista e, durante a conversa, o gravador foi completamente ignorado. A pesquisadora se comprometeu em apagar as gravações após o término do estudo.

As entrevistas neste estudo se configuraram como o momento de ouvir àqueles que produzem o cuidado em saúde. Embora tivesse um roteiro a ser seguido, o mesmo serviu apenas para balizar alguns temas importantes para a pesquisa em questão, não sendo utilizado como um instrumento estático e disfuncional. Logo, esse foi o momento, sobretudo, de escuta atenta para tudo aquilo que os partícipes tinham a declarar sobre o tema aqui proposto.

Dois profissionais de saúde manifestaram interesse em participar das entrevistas, porém, no dia agendado, não compareceram. Ao ser indagado, um profissional disse que não conseguiria participar do evento diante do grande fluxo de atividades que precisava realizar na instituição. Outro profissional manifestou que gostaria muito de participar, porém, reagendou para outros horários que não estava presente no SAE.

A terceira e última fase da pesquisa foi a realização de dois grupos de discussão, em dois SAEs diferentes, sendo a data e o horário acordados antecipadamente junto aos gestores. A escolha dos participantes foi intencional, sendo o único critério utilizado, para a seleção dos participantes, a necessidade de representação de um profissional de cada categoria.

No primeiro SAE, o convite se deu com antecedência, a fim de que os profissionais pudessem se organizar para participar do grupo. Neste sentido, foram convidados sete profissionais de saúde. O horário do grupo se deu momentos antes da reunião de equipe, o que favoreceu a participação dos profissionais, tendo em vista que neste período não é agendado atendimento na instituição. Um fato curioso merece ser relatado. Neste SAE, após o grupo já ter começado, um profissional perguntou se poderia participar, aumentando o número de participantes para oito. Após o término do grupo, muitos profissionais apontaram o quanto seria interessante se eles tivessem mais momentos como aquele dentro do serviço para refletir sobre o cuidado às PVHAs. Outros ainda questionaram a pesquisadora se ela não realizaria mais grupos como aqueles.

No segundo SAE, o grupo se deu no período da reunião de equipe. Neste serviço, os profissionais foram convidados a participar momentos antes do grupo. Além disso, alguns profissionais participaram somente de uma parte do grupo, pois tinham que atender os usuários. Ao total, participaram deste grupo dez profissionais de saúde.

Em ambas instituições, os grupos foram conduzidos pela pesquisadora. As discussões foram motivadas a partir dos seguintes questionamentos disparadores: “O que significa viver com o vírus HIV hoje? Como é a configuração do cuidado às PVHAs nos

SAEs?". Visando promover a discussão, a pesquisadora tentou interferir o menos possível, a fim de permitir que os participantes pudessem discutir e refletir sobre os temas apontados. A pesquisadora contou com a ajuda de uma assistente para auxiliar na observação e no registro das discussões, bem como anotar a dinâmica do grupo.

Toda a coleta de dados foi registrada no diário de campo da pesquisadora, o que possibilitou compreender outros dados, contextualizando este estudo.

Posteriormente, todo o material coletado foi averiguado e uma leitura atenta foi necessária para a correção de possíveis erros ortográficos. Além disso, todos os dados que pudessem identificar os participantes foram alterados visando garantir o anonimato da participação no presente estudo.

4.6. Análise dos dados

Quando se faz uso de triangulação de métodos, a organização e o processamento dos dados são os aspectos mais complexos, considerando a necessidade do cuidado analítico com os dados coletados (GOMES et. al., 2005).

De acordo com Johnson e Onwuegbuzie (2004), a análise de dados em pesquisas que envolvem diferentes estratégias de pesquisa é composta por várias etapas, que incluem desde a análise isolada de cada dado até a sua correlação, comparação e integração.

No presente estudo, para análise dos dados, adotou-se o modelo proposto por Gomes et al. (2005), onde a organização, o processamento, a análise e a interpretação dos dados se dão em dois momentos distintos. O primeiro momento é composto por uma análise interna do material, e o segundo, uma análise contextualizada e triangulada dos dados.

Assim, os dados foram aqui organizados, analisados e descritos separadamente, para somente *a posteriori* serem correlacionados e discutidos.

Os dados coletados por meio do questionário foram analisados via estatística descritiva, cuja finalidade é organizar e classificar os resultados com o uso de recursos, como, por exemplo, gráficos e tabelas, para descrever resumidamente determinado fenômeno (VENDRAMINI, 2007).

Considerando que o questionário foi composto por questões qualitativas, fez-se uso de análise quantitativa de variáveis qualitativas, proposta por Vendramini (2007), para mensurar e codificar os dados coletados a partir de distribuição de frequência.

A análise das entrevistas semiestruturadas e dos grupos focais se deu separadamente por meio da análise de conteúdo e, dentro desta, fez-se uso da técnica de análise categorial.

A análise de conteúdo, de acordo com Bardin (1977, p. 38), pode ser compreendida como "um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens". Já as categorias de dados "são utilizadas para estabelecer classificações. Neste sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso" (GOMES, 2003, p. 70).

Todo o material coletado por meio de entrevista e grupo de discussão foi gravado e transcrito, e a sua análise ocorreu de acordo com as três fases propostas por Bardin (1977), a saber: 1) pré-análise; 2) tratamento dos resultados; e, 3) inferência e interpretação.

Para o grupo de discussão foi observado também a posição social das falas, como proposto por Meinerz (2011), bem como os conteúdos que eram mais recorrentes, os consensos e dissensos entre os participantes, acarretando na criação das unidades de discurso do grupo.

O segundo momento de análise dos dados foi a integração, a discussão e o diálogo dos diferentes resultados (GOMES et. al., 2005). De acordo com Minayo (2005), é nessa etapa que se realiza um esclarecimento dos aspectos abordados e uma articulação, refletindo sobre os resultados à luz da literatura pertinente. Nessa segunda fase da análise dos dados, o intuito era explorar os consensos e dissensos entre os resultados, articulando-os e triangulando-os.

4.7. Aspectos éticos

A coleta dos dados na presente pesquisa se deu após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com parecer favorável conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.51783715.7.0000.5404 (vide Anexo "1").

Destarte, todas as etapas deste estudo foram realizadas mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (vide Anexo "2"), que teve por objetivo possibilitar ao participante o mais amplo conhecimento do teor da pesquisa, especificando seus objetivos, os métodos utilizados, os riscos e os benefícios, bem como garantindo o caráter sigiloso e a confidencialidade da participação no estudo.

Foi assegurado ao participante a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento, além da observância dos requisitos previsto na Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Como solicitado por uma das instituições participantes, após a conclusão e defesa do presente estudo, a pesquisadora apresentará os resultados para as equipes de saúde.

5. RESULTADOS

As linhas a seguir versam sobre os resultados e as vicissitudes da pesquisa de campo. Primeiramente, discorre sobre o campo de pesquisa, com destaque para as características gerais dos três SAEs analisados. Em seguida têm-se os resultados das três fases deste estudo na sequência que se segue: 1) apresentação dos dados coletados a partir dos questionários; 2) apresentação dos dados dos depoimentos dos profissionais de saúde coletados nas entrevistas; e, 3) apresentação das discussões realizadas nos grupos de discussões.

5.1. O campo de pesquisa

Os três serviços de referência na assistência às PVHAs se enquadram na tipificação de SAE (Serviço de Assistência Especializada), que oferece atenção ambulatorial. Estes devem atender aos critérios estipulados pela Portaria conjunta n. 1, de 16 de janeiro de 2013 (BRASIL, 2013), que determina uma equipe multiprofissional mínima em seus espaços. A equipe deve ser formada pelas seguintes categorias profissionais: médico clínico treinado ou infectologista, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, assistente social e/ou psicólogo. Todos os SAEs participantes do presente estudo atendem à referida determinação e, além dos profissionais supramencionados, tem-se ainda dentistas, farmacêuticos, nutricionistas e outras especialidades médicas.

Nos SAEs onde a pesquisa foi realizada, funciona também a Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). Esta é responsável por disponibilizar o Tratamento Antirretroviral (TARV) e outros medicamentos para doenças oportunistas e efeitos colaterais do uso de Antirretroviral (ARV), além de insumos de prevenção ou estratégicos para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2013).

Em dois SAEs também funciona o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) – serviço que é responsável pela realização de ações de testagem e prevenção das ISTs, aids e hepatites virais (BRASIL, 2013). Embora em um SAE participante do presente estudo não funcione o CTA, tal instituição também realiza ações de prevenção e testagem no município.

Além de atender os usuários do Município, os SAEs também são referência de atendimento para outros Municípios que não oferecem esse tipo de serviço de saúde. Assim,

um dos SAEs é referência para cinco Municípios, o outro é referência para 11 Municípios e o terceiro é referência para três Municípios.

Os três SAEs têm localização estratégica nos Municípios, estando próximos a hospitais e vias de acesso. Quanto à estrutura física, duas instituições possuem boas instalações, sendo que uma delas teve sua sede reformada com recursos do PAM, e a outra está sediada em um prédio amplo, próprio para serviços de saúde, alugado pelo Município. Quanto à terceira instituição, a sua sede está em reforma e o serviço funciona temporariamente em um imóvel improvisado, alugado pelo Município.

Os recursos para a manutenção dos SAEs são repassados pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do PAM, e pela prefeitura, por meio das Secretarias de Saúde. Nos três serviços, os funcionários são concursados pelas Secretarias Municipais de Saúde, sendo que em um deles, o serviço de limpeza é terceirizado.

Em todas as instituições analisadas têm-se protocolos de atendimento. A porta de entrada do usuário pode ser tanto por demanda espontânea como por encaminhamento de outros serviços de saúde. Para os usuários sem diagnóstico de *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), é feito o aconselhamento e a testagem. Vale destacar que nos três Municípios onde os serviços foram analisados, o teste de HIV é descentralizado, sendo o mesmo realizado conjuntamente pelas Unidades de Saúde. É competência também dos SAEs oferecer treinamento para as equipes da rede de saúde e servirem de referência e suporte para realização dos testes nas Unidades.

Quando o usuário já possui diagnóstico positivo para HIV, tem início o protocolo interno de atendimento. O acolhimento geralmente se dá pelo enfermeiro e, quando este não se encontra no serviço ou não consegue atendê-lo, a função é realizada pelos profissionais de Assistência Social ou Psicologia. É nesse momento que a equipe trabalha com o usuário as questões do diagnóstico, informando-o sobre o atendimento ofertado pela instituição e agendando consulta com profissionais médicos e não médicos (psicólogos, assistente social, dentistas etc.). A partir da primeira consulta com o médico, o paciente é orientado sobre a farmácia e o uso de medicação antirretroviral, passando também por atendimento nesse setor.

No primeiro contato com o usuário, é informado que todos os serviços ofertados pela instituição podem ser requeridos por ele em qualquer momento do tratamento. A equipe também trabalha com encaminhamentos internos, ou seja, quando um usuário apresenta demanda de um setor, este é encaminhado para uma consulta com o profissional pertinente. Além disso, têm-se os encaminhamentos externos para atendimento em outros setores da rede de Assistência Social e de Saúde dos Municípios.

As atividades assistenciais oferecidas pelos SAEs são: consulta médica (infectologista, ginecologista, pediatria, pneumologista, dermatologista clinico geral); atendimento social; atendimento psicológico; atendimento odontológico; exames clínicos; exames CD4 e carga viral; eventos para os usuários; reiki[19]; Profilaxia Pós Exposição (PEP) dispensação de remédios; atenção farmacêutica; atendimento pré e pós-consulta com a Enfermagem; leito dia; programas de prevenção; e, orientação nutricional.

As reuniões de equipe variam de um SAE para o outro. Em um dos SAEs investigados, a equipe se reúne em três momentos diferentes, sendo que uma dessas reuniões é com toda a equipe. No segundo SAE há dois formatos de reunião: educação continuada e educação permanente, sendo que a presença de todos os profissionais é obrigatória em ambas reuniões. Já no terceiro SAE as reuniões acontecem por setor e não há uma reunião geral para todos os profissionais de saúde. Neste último serviço a periodicidade das reuniões não é regular.

A seguir, têm-se os dados coletados nos três serviços analisados.

5.2. O atendimento às PVHAs – panorama geral

Os dados apresentados a seguir tratam do levantamento de dados coletados na primeira fase da pesquisa em questão, a partir do questionário autoaplicável. Trata-se de uma investigação cuja proposta foi a obtenção de um retrato da amostra, descrevendo as principais características dos SAEs e do cuidado às PVHAs na percepção dos profissionais de saúde. Participaram desta fase todos os profissionais que atuam na atenção àquelas pessoas, com exceção dos gestores.

A composição do quadro de profissionais de saúde dos SAEs é diversificada e heterogênea. Cada SAE possui o seu próprio quadro de profissionais e, como alguns serviços atendem outras patologias, tem-se a divisão de tarefas dentro dos serviços. Embora seja raro, existem instituições que possuem uma equipe exclusiva para o atendimento de HIV/aids, e outra para atender às demais patologias. No presente estudo, tal aspecto foi observado em um dos serviços.

Participaram dessa fase do estudo 71% dos profissionais de saúde que atuam nas três instituições analisadas, de um universo total de 58 profissionais. Neste sentido, verificou-

[19] Reiki é uma terapia completar à Medicina, de origem japonesa, que visa a redução do estresse, o relaxamento e a cura, por meio da imposição das mãos. Essa técnica acredita em uma energia vital que é capaz de recuperar o equilíbrio do organismo (WOLFF, 2012).

se uma perda amostral de 17 profissionais, o que representou 29%. Na **Tabela 1**, a seguir, tem-se o número e a distribuição dos participantes de acordo com a instituição de origem.

Tabela 1. Número e distribuição dos participantes por instituição.

Instituição	N. de profissionais	Participantes	%
SAE1	24	19	79
SAE2	22	16	73
SAE3	12	6	50
Total	**58**	**41**	**71**

Para melhor compreensão dos dados, têm-se os resultados a seguir, divididos em quatro categorias, quais sejam: (1) identificação e formação acadêmica; (2) infraestrutura dos SAEs; (3) percepção sobre o cuidado às PVHAs; e, (4) o trabalho em equipe e com a rede.

5.2.1. Identificação e formação acadêmica

Participaram desta fase do presente estudo 41 profissionais de saúde que trabalham nos SAEs de três Municípios da DRS-X, sendo os mesmos das seguintes categorias laborais: médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras, técnicos de enfermagem, recepcionistas, farmacêuticos, auxiliar de farmácia, dentista e auxiliar de saúde bucal. Destes, a maioria eram mulheres, cerca de 71%, 22% eram homens e um profissional não se identificou.

Quanto a categoria profissional, grande parte dos participantes foram os técnicos de enfermagem (27%) e os médicos (17%). Entre os participantes do estudo, 32% afirmaram ter cursado algum tipo de pós-graduação na área da saúde (*lato sensu* ou *stricto sensu*).

Os dados supramencionados foram disponibilizados na **Tabela 2**, a seguir.

Tabela 2. Distribuição dos participantes por categoria profissional (n=41).

	H		M		Total	
Categoria profissional	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Médico	3	7	4	10	7	17
Técnico de Enfermagem	1	2	10	24	11	27
Recepcionista	2	5	4	10	6	15
Assistente Social	-	-	2	5	3	7
Psicólogo	2	5	2	5	4	10
Dentista	1	2	2	5	3	7
Enfermeiro	-	-	4	10	4	10
Farmacêutico	1	1	1	2	2	5
Auxiliar de Saúde bucal	1	1	-	-	1	2
Total	**11**	**27**	**29**	**71**	**41**	**100**

Quanto a idade dos participantes, a faixa etária predominante foi de 42 a 51 anos, com 35%, e de 52 a 61, com 30%. Tal dado evidencia que nos três serviços analisados, a grande concentração de profissionais (65%) tem idade superior a 42 anos, conforme ilustrado na **Figura 1**, a seguir.

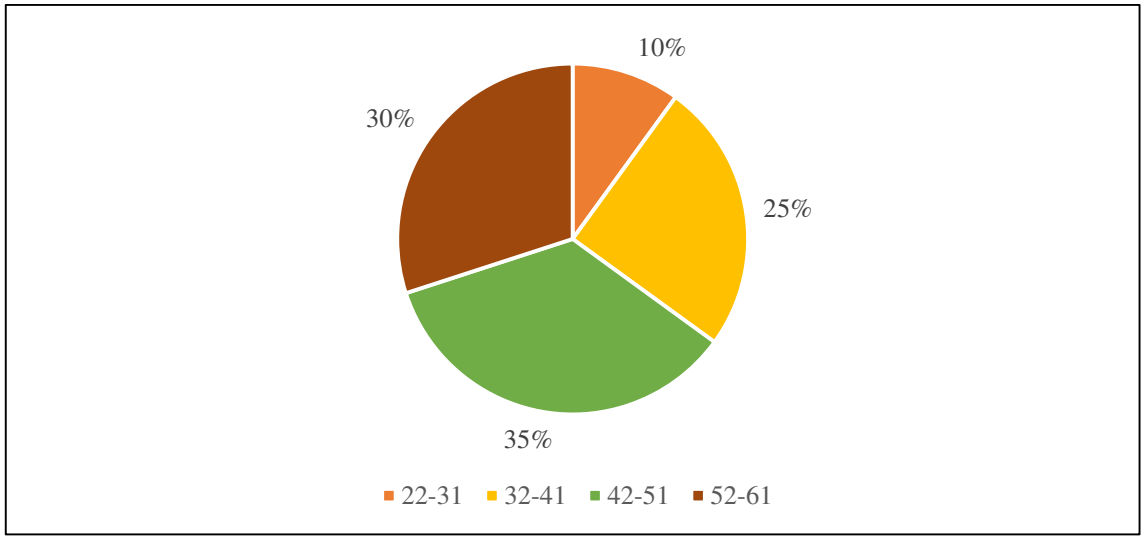

Figura 1. Faixa etária dos profissionais participantes do estudo (n=40).

A **Tabela 3**, a seguir, apresenta a média, o desvio padrão, a mediana, a moda, o menor e o maior valor referente à idade, ao tempo de trabalho no contexto HIV/aids e ao tempo de trabalho na instituição dos participantes. A média de idade entre os participantes é de 45 anos, com desvio padrão de 9,5, mediana 48 e moda de 39 e 49. O participante com maior idade tem 61 anos, e aquele que apresenta menor idade, 24 anos.

Quanto ao tempo de trabalho no contexto HIV/aids, a média foi de 11 anos, com desvio padrão de 8,8, mediana de 9 anos e moda de 1 ano. O participante que trabalha a mais tempo no referido contexto labora há 31 anos, e aquele com menor tempo de serviço, labora há 1 ano.

Quanto ao tempo de trabalho nas instituições participantes, a média foi de 9 anos, com desvio padrão de 8,1, mediana de 7 anos e moda de 1 ano. O participante que têm maior tempo de serviço na instituição trabalha há 29 anos, e aquele com menor tempo, labora há 1 ano. Tais dados evidenciam a grande semelhança com o tempo de atuação no contexto HIV/aids. Logo, o que se pode inferir é que grande parte dos profissionais começam a atuar no referido contexto ao ingressar para trabalhar nas instituições.

Vale destacar que os dados apresentados apontam variações de uma instituição para outra, sendo que uma das instituições é a que apresenta uma equipe mais nova, e outra apresenta uma equipe com mais tempo de trabalho.

Tabela 3. Média de idade dos participantes (Idade n=40, HIV/aids=40, Serviço=41).

	Idade	**HIV/aids**	**Serviço**
Respondentes	40	40	41
Média	45	11	9
Desvio padrão	9,5	8,8	8,1
Mediana	48	9	7
Moda	39/49	1	1
Maior Valor	24	1	1
Menor Valor	61	31	29

Como a forma de ingresso na carreira pública e atuação no SAE é por meio de concurso público, os participantes foram questionados se trabalhar no SAE foi uma escolha. Neste sentido, 85% afirmaram que escolheram trabalhar no serviço.

Quanto à oferta de programa de treinamento e capacitação, foi possível verificar que a grande maioria dos participantes (88%) afirmam que os serviços tratam de tal ação. Verificou-se ainda se os participantes achavam o número de treinamentos e capacitações suficientes para o desenvolvimento de suas atividades e, novamente, a grande maioria (76%) afirmou positivamente sobre a questão.

Quanto à oferta de treinamento quando os funcionários começaram a atuar na instituição, 63% dos participantes afirmaram ter participado de algum tipo de treinamento. Embora os índices de treinamento sejam elevados, foi possível verificar que eles não atingem a todos os profissionais. Tais dados podem ser observados na **Tabela 4,** a seguir.

Tabela 4. Oferta de programas de treinamento e capacitação nos SAE (n=41).

Variável	**F**	**%**
O SAE oferece treinamento e capacitação		
Sim	36	88
Não/Não respondeu	5	12
As capacitações e treinamento são suficientes para desenvolver o seu trabalho?		
Sim	31	76
Não	10	24
Recebeu treinamento quando começou trabalhar no SAE		
Sim	26	63
Não/Não respondeu	15	37

Quanto à participação em congressos, eventos sobre HIV/aids e programas de capacitação, foi possível verificar que dos participantes da pesquisa 51% afirmaram que participam pelo menos de um congresso por ano, sendo 44% referente a um congresso por ano, 2% para dois a três congressos por ano e 5% para quatro ou mais congressos por ano.

Quanto aos eventos, 83% afirmaram que participam de pelo menos um evento por ano, sendo 44% um evento por ano, 34% de dois a três eventos por anos, 5% de quatro ou mais eventos por ano.

Por fim, quanto a participação de treinamentos. 46% afirmaram participar de um por ano, 24% de dois a três treinamentos por ano e 7% de quatro ou mais treinamentos por ano. Aqui é importante destacar que existem variações significativas de uma instituição para outra. Os dados em questão foram expressos na **Figura 2**, a seguir.

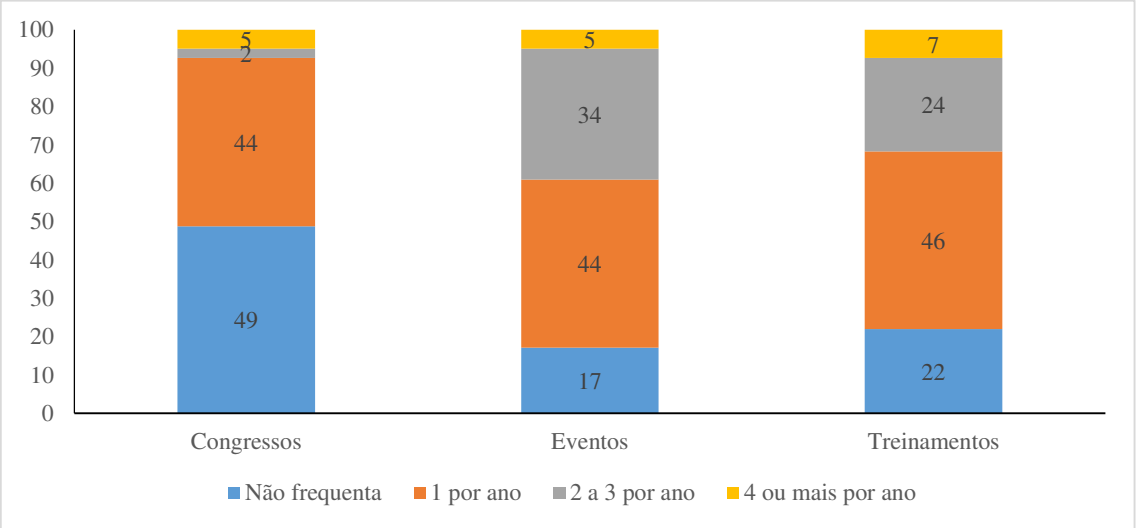

Figura 2. Participação dos profissionais de saúde em congressos, eventos e programas de treinamentos (n=41).

5.2.2. Infraestrutura dos SAEs

A **Tabela 5**, a seguir, destaca as características gerais dos SAEs na perspectiva dos profissionais de saúde entrevistados. Neste sentido, em relação à estrutura dos serviços, 43% dos participantes avaliam as condições gerais de funcionamento como muito boa, e a mesma quantidade de profissionais afirmam que a localização do serviço é muito boa.

A sala de espera é, para 40% dos participantes, muito boa, e o horário de atendimento foi considerado bom por 66% dos participantes. Em relação ao tempo que o usuário deve aguardar para ser atendido, 63% acreditam que é bom. Além disso, 53% afirmaram que a agilidade do atendimento no serviço é boa.

O agendamento de consulta é apontado como bom por 51% dos participantes. Além disso, 60% profissionais também afirmaram que o número de profissionais de saúde no serviço é muito bom (29%) ou bom (31%).

Tabela 5. Características gerais da instituição para os profissionais de saúde (n=41).

Variável	F	%
Condições gerais de funcionamento		
Muito bom	18	43
Bom	14	34
Regular	7	17
Ruim	1	3
Não respondeu	1	3
Localização do SAE		
Muito bom	18	43
Bom	16	40
Regular	5	12
Ruim	2	5
Sala de espera		
Muito bom	16	40
Bom	11	26
Regular	9	22
Ruim	5	12
Horário de atendimento		
Muito bom	12	29
Bom	27	66
Regular	2	5
Agilidade no atendimento		
Muito bom	16	40
Bom	22	53
Regular	3	7
Tempo de espera para atendimento		
Muito bom	7	17
Bom	26	63
Regular	8	20
Agendamento de consulta		
Muito bom	15	37
Bom	21	51
Regular	5	12
Quantidade de profissionais de saúde		
Muito bom	12	29
Bom	13	31
Regular	15	37
Ruim	1	3

Ainda sobre a estrutura do serviço, 56% dos participantes concordam que, na sala de espera, existe assento para todos. Quando questionados se os equipamentos do serviço estão em funcionamento, 83% dos profissionais concordaram positivamente.

Sobre o espaço de convivência, 51% dos participantes concordaram que o serviço possui, e 47% apontaram que as condições de iluminação e de ventilação são adequadas.

Dos participantes, 41% afirmaram que a instituição possui sala para atendimento em grupo. Porém, 41% discordaram que o serviço possui esse tipo de sala de atendimento. Diante de tal dissonância, acredita-se que se tem aí um dado relacionado à infraestrutura das instituições, em que umas possuem sala própria para esse tipo de atendimento, e outras não.

De acordo com 61% dos participantes, os consultórios e salas de atendimento possuem equipamentos adequados, e 63% concordaram que a instituição ocupa um espaço limpo e agradável. Para 59% dos participantes, o espaço físico da instituição garante a privacidade do usuário durante o atendimento, e 71% consideram que as salas de atendimento são bem identificadas.

Sobre o horário de atendimento, 71% afirmam que este atende às necessidades dos usuários e 76% discordam que o usuário tenha que esperar por muito tempo ou tratar com outras pessoas para conseguir agendar um atendimento. Além disso, para 49% dos profissionais, quando os usuários necessitam de atendimento clínico, o serviço é o primeiro lugar que eles procuram. Todas as informações supramencionadas estão disponíveis na **Tabela 6**, a seguir.

Tabela 6. Infraestrutura do serviço na perspectiva dos participantes (n=41).

Variável	F	%
A sala de espera possui assento para todos os usuários		
Concordo	23	56
Concordo Parcialmente	15	37
Discordo	3	7
O serviço possui equipamentos em funcionamento		
Concordo	34	83
Concordo Parcialmente	7	17
Discordo	-	-
O serviço possui espaço de convivência		
Concordo	21	51
Concordo Parcialmente	11	27
Discordo	9	22
As condições de ventilação e iluminação são adequadas		
Concordo	19	47
Concordo Parcialmente	12	29
Discordo	10	24
Há salas para atividades em grupos		
Concordo	17	41
Concordo Parcialmente	7	17
Discordo	17	41

Variável	F	%
Os consultórios / salas de atendimento possuem equipamentos adequados		
Concordo	25	61
Concordo Parcialmente	11	27
Discordo	5	12
O ambiente é limpo e agradável		
Concordo	30	73
Concordo Parcialmente	11	27
Discordo	-	-
O espaço físico garante a privacidade do usuário		
Concordo	24	59
Concordo Parcialmente	10	24
Discordo	7	17
As salas de atendimento são bem identificadas		
Concordo	29	71
Concordo Parcialmente	9	22
Discordo	3	7
O horário de atendimento atende as necessidades dos usuários		
Concordo	29	71
Concordo Parcialmente	10	24
Discordo	2	5
Os usuários têm que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para conseguir agendar um atendimento		
Concordo	2	5
Concordo Parcialmente	8	19
Discordo	31	76
Quando os usuários necessitam de atendimento clínico, este serviço é o primeiro que eles procuram		
Concordo	20	49
Concordo Parcialmente	12	29
Discordo	9	22

Os participantes foram questionados sobre as salas de atendimento, sendo que para 71% destes, as salas de atendimento promovem um espaço de acolhimento ao usuário. Tal informação está ilustrada na **Figura 3**, a seguir.

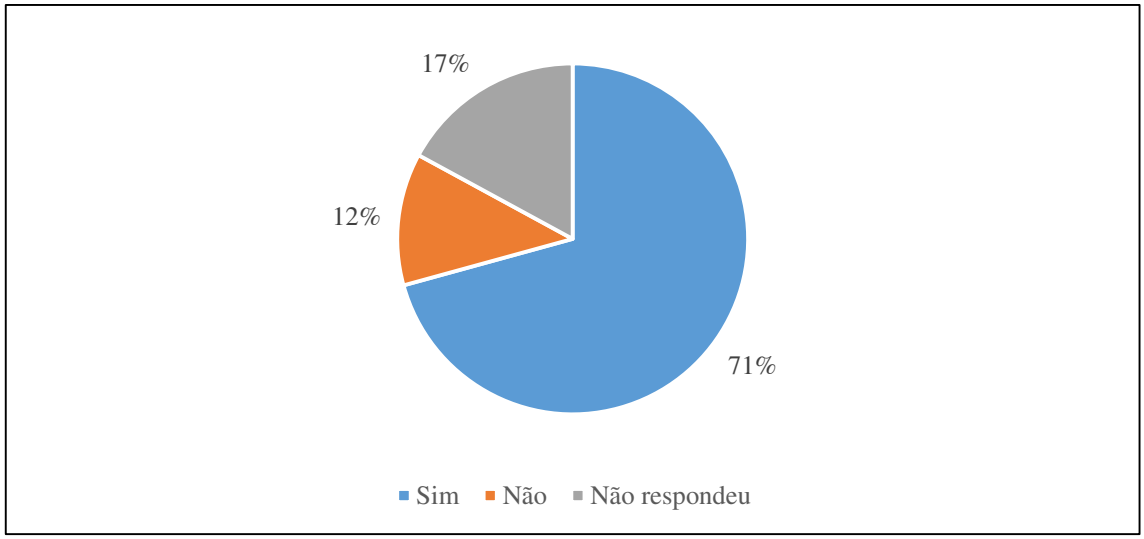

Figura 3. Acolhimento das salas de atendimento na perspectiva dos participantes (n=41).

Sobre o suporte técnico, 66% dos participantes afirmaram que o serviço sempre oferece suporte técnico para os profissionais. Em relação aos recursos necessários para que os profissionais desenvolvam as suas atividades, 59% destes afirmaram que o serviço sempre oferece. Estes dados são apresentados na **Tabela 7**, a seguir.

Tabela 7. Suporte da instituição na perspectiva dos participantes (n=41).

Variável	F	%
O SAE oferece suporte técnico para os profissionais		
Sempre	27	66
Às vezes	13	31
Raramente	1	3
O SAE fornece os recursos necessários para os profissionais desenvolver suas atividades		
Sempre	24	59
Às vezes	15	36
Raramente	2	5

Nesta categoria também foi questionado como os profissionais avaliam as condições de trabalho na instituição. Para a maioria destes, as condições de trabalho são boas (47%) ou muito boa (42%), conforme ilustrado na **Figura 4,** a seguir.

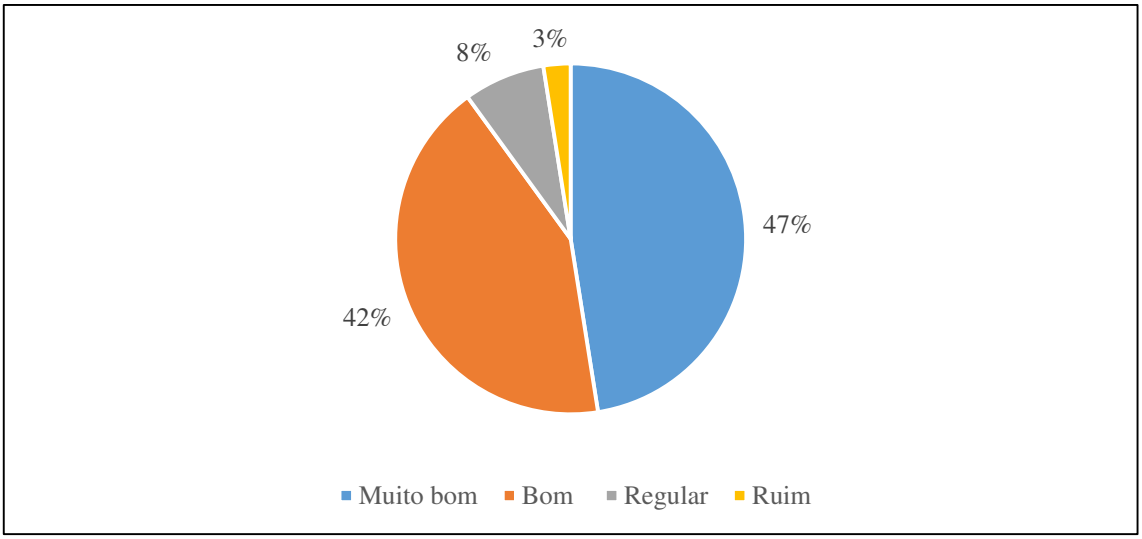

Figura 4. Condições de trabalho nos Serviços de Assistência Especializada na perspectiva dos participantes (n=41).

Diante do exposto, sobre a primeira parte do questionário, é possível verificar que as três instituições foram avaliadas pelos profissionais como tendo boas condições tanto de funcionamento da instituição quanto de suporte para o profissional, além de agilidade no atendimento.

5.2.3. Percepção sobre o cuidado às PVHAs

Os profissionais foram questionados sobre se os serviços ofertam outras atividades além de consultas médicas e liberação do ARV. Neste sentido, 90% dos participantes afirmaram que o serviço oferece outras atividades. Todavia, para 56% dos participantes, existem atividades que o serviço poderia oferecer e ainda não oferece. Para os profissionais que responderam positivamente a última pergunta, foi questionado se o serviço possuía recursos físicos, humanos e financeiros para a realização da atividade. Para 57% dos participantes, existe recurso físico para o desenvolvimento da atividade. Porém, para 74% dos profissionais em questão não existem recursos humanos, e 48% afirmaram que a instituição não dispõe de recursos financeiros para realizar a atividade. Os dados sobre a questão encontram-se na **Tabela 8**.

Tabela 8. Atividades desenvolvidas pelos Serviços de Assistência Especializada na perspectiva dos profissionais de saúde (n=41).

Variável	F	%
O SAE oferece outras atividades além de consulta médica e dispensação do ARV?		
Sim	37	90
Não	3	7
Não respondeu	1	3

Variável	F	%
Há alguma atividade que o serviço poderia oferecer e ainda não oferece?		
Sim	23	56
Não	17	41
Não respondeu	1	3
Há recurso físico para o SAE desenvolver essa atividade? *		
Sim	13	57
Não	9	39
Não respondeu	1	4
Há recurso humanos para o SAE desenvolver essa atividade? *		
Sim	5	22
Não	17	74
Não respondeu	1	4
Há recurso financeiro para o SAE desenvolver essa atividade? *		
Sim	9	39
Não	11	48
Não respondeu	3	13

*Considerado apenas os que responderam sim para a questão sobre outras atividades no serviço (n=23).

Os profissionais foram questionados se eles conversam com os usuários sobre outras questões de saúde que não o controle do HIV. Neste sentido, 93% dos participantes afirmaram positivamente sobre a questão. Tal dado pode ser verificado na **Figura 5,** a seguir.

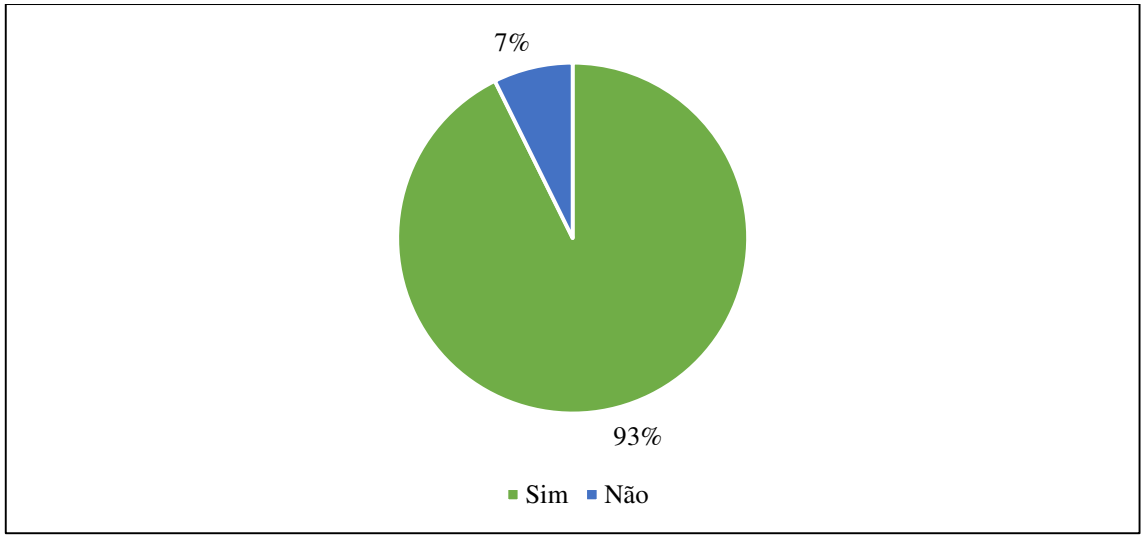

Figura 5. Abordagem de outras questões de saúde pelos profissionais de saúde (n=41).

Dos participantes do presente estudo, 49% nunca encaminharam ou orientaram os usuários sobre as Organizações Não Governamentais (ONGs) HIV/aids. Neste sentido, tem-se aí um dado que necessita de cautela para observação, tendo em vista que um dos serviços participantes não possui ONG de referência no Município.

Sobre o enfrentamento dos fatores ansiedade e tristeza, 46% dos participantes afirmaram que sempre ajudaram os usuários no enfrentamento. Neste sentido, foi questionado junto aos participantes se eles já haviam conversado com os usuários sobre as seguintes

questões: sexualidade, alimentação, questões familiares, exercícios físicos, uso de álcool e drogas, incluindo o tabaco e as questões sociais (desemprego, preconceito, dificuldade financeira, etc.). Sobre a questão da sexualidade, 39% afirmaram que, às vezes, conversavam sobre esse tema, 12% apontaram que conversam raramente e 15% nunca. Quanto à alimentação, 39% também apontaram que, às vezes, conversavam sobre a questão junto aos pacientes. Questionados se conversam sobre questões familiares, 46% afirmaram que sempre conversam. Já a prática de exercício físico é, às vezes, abordada por 44% dos participantes. Sobre o uso de álcool e drogas, incluindo o tabaco, 54% dos participantes afirmaram que sempre conversavam com os usuários. Sobre as questões sociais, 43% dos participantes afirmaram que, às vezes, conversavam com os usuários.

Embora sejam instituições que atendam ISTs, foi possível verificar que o tema "sexualidade" ainda é pouco abordado pelos profissionais de saúde. As questões familiares e o uso de álcool e drogas, incluindo o tabaco, são os temas com maior probabilidade de abordagem. Outra situação que merece destaque é a abordagem de aspectos sociais, com a inclusão de temas, como, por exemplo, o desemprego, o preconceito e a dificuldade financeira. Aqui, grande parte dos participantes afirmou que a temática é abordada apenas às vezes, raramente ou nunca. Neste sentido, uma das hipóteses é que os temas em questão ainda são abordados muito pouco nos serviços de referência que participaram do presente estudo, possivelmente por serem tabus ou por trazerem maior dificuldade quanto ao contexto e o contestar dos próprios usuários. Tais dados são apresentados na **Tabela 9**, a seguir.

Tabela 9. Distribuição dos participantes quanto à abordagem de outros aspectos com Pessoas vivendo com HIV/aids que não se referem ao controle do vírus (n=41).

Variável	F	%
Você já orientou / encaminhou algum usuário para ONGs?		
Sempre	-	-
Às vezes	7	17
Raramente	14	34
Nunca	20	49
Você já ajudou algum usuário a enfrentar ansiedades e tristezas?		
Sempre	19	46
Às vezes	16	39
Raramente	2	5
Nunca	4	10
Você já conversou com algum usuário sobre sexualidade?		
Sempre	14	34
Às vezes	16	39
Raramente	5	12
Nunca	6	15

Variável	F	%
Você já conversou com algum usuário sobre alimentação?		
Sempre	13	32
Às vezes	16	39
Raramente	7	17
Nunca	5	12
Você já conversou com algum usuário sobre questões familiares?		
Sempre	19	46
Às vezes	12	30
Raramente	3	7
Nunca	7	17
Você já conversou com algum usuário sobre exercícios físicos?		
Sempre	10	24
Às vezes	18	44
Raramente	4	10
Nunca	9	22
Você já conversou com algum usuário sobre o uso de álcool e outras drogas, incluindo o cigarro?		
Sempre	22	54
Às vezes	10	24
Raramente	3	7
Nunca	6	15
Você já conversou com algum usuário sobre questões sociais?		
Sempre	15	37
Às vezes	18	43
Raramente	2	5
Nunca	6	15

Diante do exposto, para 63% dos participantes, os usuários são sempre atendidos pelos mesmos profissionais. Logo, tal ação indica que a existência de profissionais como referência no atendimento dos usuários, denotando a pouca rotatividade nas instituições.

Nas instituições participantes, a maior parte dos partícipes da presente pesquisa (90%) afirmou que os profissionais sempre respeitam os usuários. Para 87% dos participantes, os usuários do serviço sempre se sentem seguros e sempre confiam nos profissionais. Dos participantes, 58% afirmaram que os usuários, às vezes, compreendem as informações dos profissionais de saúde do serviço, o que indica que a grande maioria dos profissionais são consciente da responsabilidade que se deve ter para passar as informações e, de algum modo, garantir a compreensão das mesmas por parte dos pacientes.

Para 46% dos participantes, os usuários nunca têm dificuldade para agendar atendimento com os profissionais do serviço, e 34 % acreditam que nunca os usuários mudariam o seu atendimento para outro serviço, caso fosse possível.

Em relação à satisfação do atendimento, 37% dos participantes afirmaram que, às vezes, fazem pesquisas com usuários para conhecer a opinião dos mesmos, e 34% afirmaram que as pesquisas raramente acontecem. Tais dados são apresentados na **Tabela 10**, a seguir.

Tabela 10. Características da assistência às Pessoas vivendo com HIV/aids na perspectiva dos profissionais de saúde (n=41).

Variável	F	%
Os usuários são sempre atendidos pelos mesmos profissionais?		
Sempre	26	63
Às vezes	13	32
Raramente	2	5
Nunca	-	
Os profissionais de saúde desse serviço respeitam os usuários?		
Sempre	37	90
Às vezes	3	7
Raramente	-	
Nunca	1	3
Os usuários desse serviço sentem-se seguros e confiam nos profissionais desse serviço?		
Sempre	36	87
Às vezes	4	10
Raramente	-	
Nunca	-	
Não respondeu	1	3
Os usuários compreendem as informações e orientações dos profissionais desse serviço?		
Sempre	15	36
Às vezes	24	58
Raramente	1	3
Nunca	-	
Não respondeu	1	3
Os usuários tem dificuldade de conseguir atendimento com algum profissional de saúde desse serviço?		
Sempre	-	
Às vezes	7	17
Raramente	15	37
Nunca	19	46
Você acredita que algum usuário mudaria o seu atendimento para outro serviço de saúde caso fosse possível?		
Sempre	6	15
Às vezes	12	30
Raramente	9	21
Nunca	14	34
Você faz pesquisas com os usuários para saber se estão satisfeitos com o atendimento?		
Sempre	4	10
Às vezes	15	37
Raramente	14	34
Nunca	8	19

Os profissionais foram questionados se oferecem apoio a familiares, parceiros e amigos. Neste sentido, apenas 24% apontaram que sempre oferecem, sendo que a maioria, 34%, afirmaram oferecer às vezes.

Quanto à possibilidade de se reunir com membros da família, 61% afirmaram que poderiam sempre fazê-lo, caso os usuários achassem necessário. Aqui se tem um dado curioso, pois, grande parte dos profissionais afirma que se reuniria com os familiares, porém, quando se compara tal dado com a oferta de apoio aos familiares, este cai consideravelmente, o que leva a inferir que o apoio familiar somente é ofertado quando solicitado.

De acordo com o presente estudo, 44% dos profissionais afirmaram que, às vezes, conhecem a história clínica completa dos usuários que atendem, e 37% afirmaram que sempre conhecem.

A opinião do usuário é sempre levada em consideração para definir o tratamento deles por 68% dos participantes. Além disso, 61% dos participantes afirmaram que sempre incentivam os usuários a opinarem sobre o tratamento deles. Em relação à visita domiciliar, 54% nunca realizaram visita domiciliar aos usuários.

Retomando que os serviços são referência em atendimento para ISTs, os profissionais foram questionados sobre a orientação e distribuição de preservativos para os usuários. Sobre a questão, 54% dos participantes afirmaram que sempre orientam e distribuem. Para 56% dos participantes, os usuários sempre se sentem à vontade para contar sobre seus problemas e preocupações. Além disso, 48% dos participantes acreditam que, às vezes, sabem quais são os problemas mais importantes para os usuários que atendem, e 39% afirmaram que sempre sabem. Tais dados estão disponíveis na **Tabela 11**, a seguir.

Tabela 11. Particularidades na assistência às Pessoas vivendo com HIV/aids (n=41).

	F	**%**
Você oferece algum tipo de apoio a familiares, parceiros e amigos dos usuários deste serviço?		
Sempre	10	24
Às vezes	14	34
Raramente	9	22
Nunca	7	17
Não respondeu	1	3
Você se reuniria com membros da família de algum usuário caso ele achasse necessário?		
Sempre	25	61
Às vezes	8	19
Raramente	4	10
Nunca	4	10

	F	%
Você conhece a história clínica completa dos usuários que você atende?		
Sempre	15	37
Às vezes	18	44
Raramente	5	12
Nunca	3	7
Você leva em consideração as opiniões dos usuários para definir o tratamento deles?		
Sempre	28	68
Às vezes	11	27
Raramente	2	5
Nunca	-	
Você incentiva os usuários a opinarem no tratamento deles?		
Sempre	25	61
Às vezes	8	19
Raramente	3	7
Nunca	4	10
Não respondeu	1	3
Você já realizou alguma visita domiciliar para os usuários desse serviço?		
Sempre	2	5
Às vezes	13	31
Raramente	3	7
Nunca	22	54
Não respondeu	1	3
Você orienta e distribui preservativos para os usuários?		
Sempre	22	54
Às vezes	11	27
Raramente	2	5
Nunca	6	14
Você acredita que os usuários se sentem à vontade para contar sobre as preocupações ou problemas deles para você?		
Sempre	23	56
Às vezes	16	39
Raramente	2	5
Nunca	-	
Você sabe quais são os problemas mais importantes para o usuário que você atende?		
Sempre	16	39
Às vezes	20	48
Raramente	4	10
Nunca	1	3

Dos participantes da pesquisa, 66% afirmaram que todos os usuários o conhecem e sabem qual é a sua função no serviço. Tal dado é apresentado na **Figura 6**, a seguir.

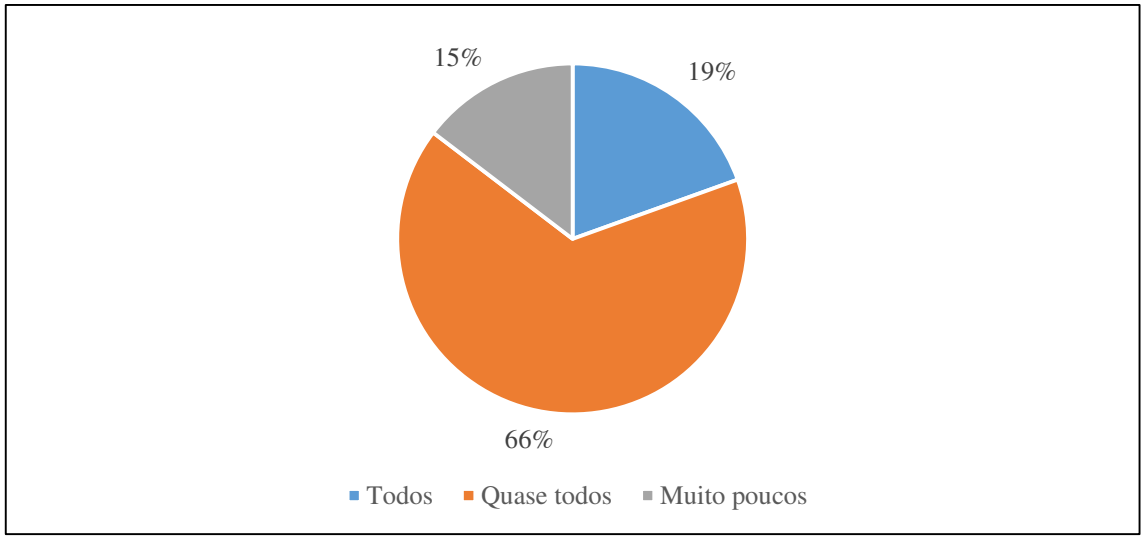

Figura 6. Relação entre profissional-usuário na perspectiva dos participantes (n=41).

Em relação ao vínculo entre usuário e profissional, 49% afirmaram ser muito bom, e a mesma porcentagem de profissional afirmaram ser bom. Tal dado é ilustrado na **Figura 7**.

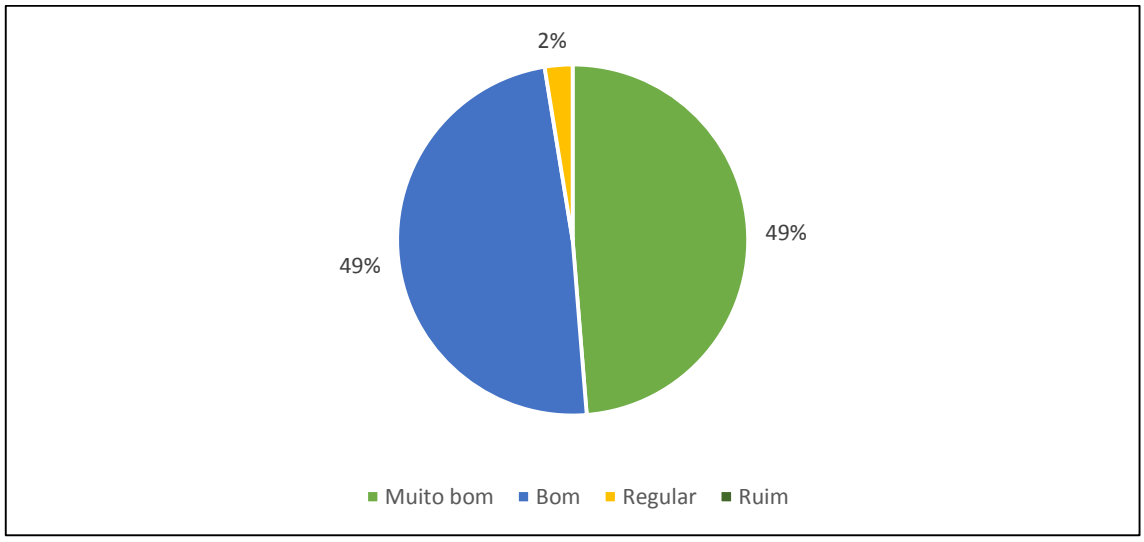

Figura 7. Vínculo entre profissional de saúde e usuário na perspectiva dos participantes (n=39).

5.2.4.O trabalho em equipe e com a rede

Considerando o trabalho em equipe como imprescindível no contexto HIV/aids, aqui se tem a percepção dos participantes da pesquisa em relação ao trabalho desenvolvido entre os profissionais de saúde das instituições e com a rede. Sobre a percepção do trabalho em equipe, 52% dos participantes avaliaram a articulação do trabalho entre os profissionais da instituição como boa, e 45% como muito boa. Tal dado está ilustrado na **Figura 8**, a seguir.

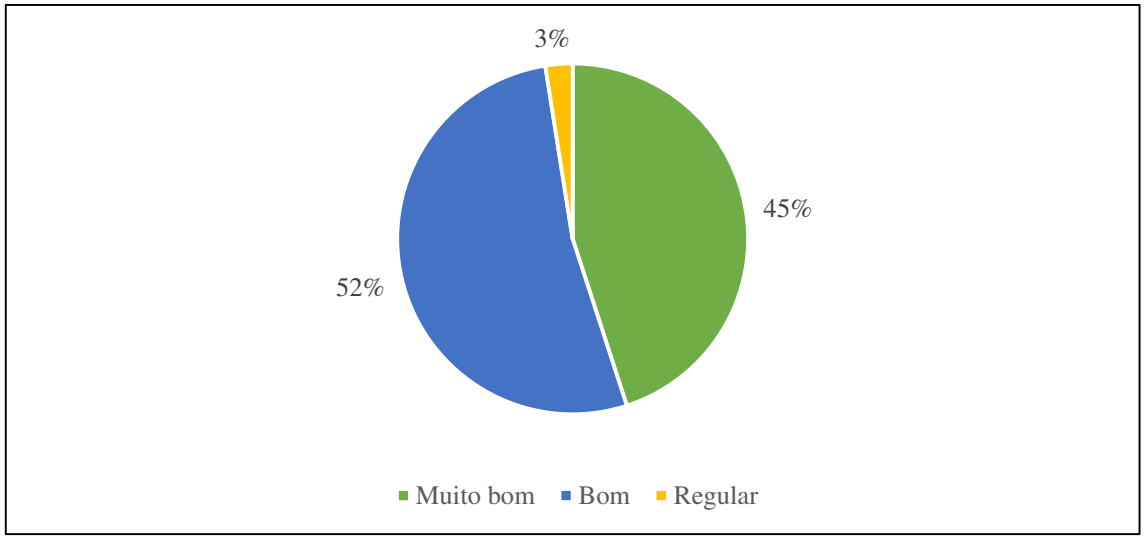

Figura 8. Articulação do trabalho no SAE na perspectiva dos participantes (n=40).

Quando questionados sobre a reunião de equipe, 95% dos participantes afirmaram que as intuições promovem reuniões. Destes, 83% afirmaram estar satisfeitos com o número de reuniões de equipe promovidas pela instituição. Tais dados estão disponíveis na **Tabela 12**, a seguir.

Tabela 12. Reunião de equipe na perspectiva dos participantes (n=41).

Variável	F	%
O serviço promove reunião de equipe?		
Sim	39	95
Não / não respondeu	2	5
O número de reunião é suficiente?		
Sim	34	83
Não / não respondeu	7	17

Dos participantes, 88% afirmaram que sempre fazem uso de protocolos para desenvolverem suas atividades. Posto isto, é possível verificar se os profissionais discutem com a equipe sobre os protocolos, bem como sobre as diretrizes do serviço. Nesta questão, 78% afirmaram que sempre discutem.

Sobre a discussão a respeito dos casos atendidos pelos profissionais da equipe, 53% dos participantes disseram que sempre discutem entre eles sobre os atendimentos. Questionou-se ainda a ocorrência de um espaço no serviço para os profissionais conversarem com outros profissionais sobre suas dificuldades e angústias no manejo de casos atendidos. Sobre a questão, 73% dos participantes afirmaram que sempre têm esse espaço.

Sobre o trabalho em equipe, 51% dos participantes afirmaram que sempre trabalham em equipe, e 58 % afirmaram que sempre desenvolvem ações com a equipe.

Sobre a ação de propor a outro profissional da equipe o desenvolvimento de uma atividade em conjunto, foi possível verificar que 59% dos participantes nunca propuseram ou não responderam à questão. Para os 41% que responderam positivamente para a questão anterior, indagou-se se eles conseguiram desenvolver a atividade. Neste sentido, 76% afirmaram ter obtido êxito. Tais dados estão expostos na **Tabela 13**, a seguir.

Tabela 13. O trabalho em equipe na perspectiva dos participantes (n=41).

Variável	F	%
Para desenvolver suas atividades você segue algum protocolo?		
Sempre	36	88
Às vezes	5	12
Raramente	-	-
Nunca	-	-
Os profissionais discutem sobre os protocolos e diretrizes do serviço?		
Sempre	32	78
Às vezes	8	19
Raramente	1	3
Nunca	-	-
Você discute sobre os casos atendidos com os outros profissionais da equipe?		
Sempre	22	53
Às vezes	16	39
Raramente	2	5
Nunca	1	3
Você tem espaço para falar sobre as suas dificuldades e angústias com os outros profissionais da equipe sobre os casos atendidos?		
Sempre	30	73
Às vezes	9	21
Raramente	1	3
Nunca	1	3
Você trabalha em equipe?		
Sempre	21	51
Às vezes	11	27
Raramente	7	17
Nunca	2	5
Os profissionais desse SAE desenvolvem atividades em equipe?		
Sempre	24	58
Às vezes	16	39
Raramente	1	3
Você já propôs atividade para desenvolver com outro profissional?		
Sim	17	41
Não / Não respondeu	24	59
Conseguiram desenvolver? *		
Sim	13	76
Não conseguiu / Não respondeu	4	24

*Considerado apenas os que responderam sim na questão anterior (para esta questão n=17).

Na saúde, o trabalho em rede é fundamental para o desenvolvimento de ações integrais. Neste sentido, a presente pesquisa questionou os profissionais de saúde se eles conseguiam desenvolver um trabalho em rede com outros dispositivos. Para a questão, 49% dos profissionais afirmaram que sempre conseguem. Para 54% dos profissionais, às vezes, os usuários têm dificuldades para agendar atendimento com profissionais que o serviço não disponibiliza.

Em relação ao encaminhamento dos usuários para outros serviços de saúde, 85% dos participantes afirmaram que já encaminharam. Dos profissionais que encaminharam, 69% entraram em contato com algum profissional do serviço, e 60% conversaram com o usuário sobre o atendimento quando o mesmo retornou à instituição. Tais dados são apresentados na **Tabela 14**, a seguir.

Tabela 14. O trabalho em rede com outros dispositivos de saúde na perspectiva dos participantes (n=41).

Variável	F	%
Você consegue desenvolver um trabalho em rede com outros dispositivos de saúde?		
Sempre	20	49
Às vezes	19	46
Raramente	2	5
Nunca	-	-
Os usuários tem dificuldades para agendar atendimento com profissionais que não tem nesse serviço?		
Sempre	4	10
Às vezes	22	54
Raramente	6	14
Nunca	8	19
Não respondeu	1	3
Você já encaminhou algum usuário para outro serviço?		
Sim	35	85
Não / Não respondeu	6	15
Você conversou com algum profissional desse outro serviço? *		
Sim	24	69
Não / Não respondeu	11	31
Quando o paciente retornou, você conversou sobre esse atendimento? *		
Sim	21	60
Não / Não respondeu	14	40

*Considerado apenas os que responderam sim para a questão sobre encaminhamento para outros serviços (n=35).

O questionário utilizado na presente pesquisa serviu para ofertar um retrato geral da percepção dos profissionais de saúde. A seguir, têm-se os depoimentos dos profissionais, coletados por meio das entrevistas.

5.3. O cuidado às PVHAs – perspectivas dos profissionais e gestores

Os dados apresentados nas linhas que se seguem referem-se à segunda fase do presente estudo: as entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde e gestores. Participaram da presente fase do estudo 15 profissionais das seguintes categorias: gestor, médico, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, dentista, nutricionista, recepcionista, psicólogo, farmacêutico e assistente social, contabilizando um total de 10h20min de entrevistas.

Todas as entrevistas foram transcritas e todos os dados que pudessem identificar os participantes foram alterados. Também foram utilizados apenas siglas para identificar os participantes, bem como para manter em sigilo a identidade dos profissionais de saúde. A categoria profissional também foi omitida, tendo em vista que poderia levar a uma possível identificação do profissional, uma vez que as equipes de saúde, muitas vezes, contam apenas com um profissional daquela área de labor na instituição.

Posteriormente teve início o processo de análise individual do material coletado. Primeiramente fez-se uma leitura minuciosa e exaustiva das entrevistas transcritas, a fim de compreender as narrativas dos participantes. Em seguida, o material foi organizado em categorias de dados, sendo identificadas as seguintes categorias: 1) características e dificuldades do trabalho de cuidar em saúde; 2) o cuidado às PVHAs; e 3) a dimensão emocional e os conflitos morais no cuidado àquelas pessoas.

A seguir, têm-se as categorias identificadas.

5.3.1. Características e dificuldades do trabalho de cuidar em saúde

Na presente categoria, têm-se os depoimentos dos profissionais sobre o trabalho em equipe, o perfil profissional dos trabalhadores que atuam no contexto HIV/aids, a oferta de programas de treinamento e capacitação da equipe e as dificuldades apresentadas pelos participantes.

Programas de Treinamento e capacitação

De acordo com os participantes, ao longo da epidemia de HIV/aids ocorreu uma diminuição significativa na quantidade de programas de treinamento e capacitação oferecidos pelos SAEs, sendo este um dado que sofre variação de um serviço para outro. Neste sentido, alguns serviços conseguem manter uma quantidade razoável de programas de treinamento e capacitação para a equipe, enquanto outras não. Para um profissional, mesmo tendo reduzido o

número, a Política de HIV "é o serviço que mais oferece. Mas que oferece pouco diante do que a gente já fez" (E9).

Outra característica dos programas de treinamento e capacitação é apontada em outro depoimento que destaca: "[...] a gente não oferece só para os nossos, mas dos nossos pros outros. A gente capacita a rede, capacita outras instituições. Capacita professores, diretores e escolas" (E9).

A capacitação da rede foi apontada por vários participantes como sendo um dos serviços oferecidos pelo SAE, principalmente depois da descentralização do teste rápido para diagnóstico do HIV. Para uma profissional, a capacitação da rede é importante por dois motivos: "[...] tanto para eles atenderem, como também para encaminhar para nós" (E9).

Para capacitar a equipe, uma das alternativas utilizadas por um SAE foi a participação dos profissionais em programas oferecidos na modalidade Educação à Distância (EaD) pelo Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com alguns depoimentos, a disponibilização de treinamento em tal modalidade trouxe alguns benefícios, conforme observado no seguinte relato: "A EaD vem com uma bagagem muito rica. Você tem que ler, mas é que tem gente que acha que é só assinalar as alternativas, mas aí não adianta. Você não passa" (E10). Porém, não se tem aí um consenso de todos. Assim, questionados sobre o período em que os profissionais realizam os cursos, um dos participantes respondeu: "[...] às vezes eles fazem aqui, quando a gente tem tempo. Quando a gente não tem tempo, faz em casa" (E10).

Além dos programas de capacitação e treinamento, tem-se ainda a participação dos profissionais em eventos e congressos de HIV/aids ou de outros assuntos pertinentes. Nos relatos individuais, foi possível verificar que as instituições se organizam para que um maior número de profissionais possa comparecer aos eventos em questão. Porém, como ressalta uma profissional: "Não dá pra ir todo mundo, mas nós selecionamos e dividimos os eventos. E, todo mundo que vai, traz para agregar na equipe toda" (E10).

Assim, em equipes pequenas, é possível verificar que os profissionais têm mais chances de participar de mais eventos ao longo do ano, do que em equipes maiores. Além disso, tem-se o incentivo do próprio Município que, muitas vezes, disponibiliza transporte público para os profissionais, para que um maior número de profissionais possa participar.

Foi relatado o fato de um dos Municípios sofrer cortes financeiros para participar de eventos pela Secretaria de Saúde, e a equipe buscou formas de se organizar, com poucos recursos disponíveis, para participar e não deixar de ir principalmente nos eventos que eles elegeram como mais importantes.

A redução do número de programas é apontada principalmente pelos profissionais que têm mais tempo de atuação no serviço e que participaram dos treinamentos desde o início da epidemia, conforme aponta o seguinte relato: "[...] quem pegou aquela época, pegou bastante jeito assim pra atender" (E7). E sobre esse 'jeito', a participante se refere ao manejo clínico e à abordagem de outras questões que envolvem o viver com HIV. Tal profissional atua na instituição há mais de 20 anos e no contexto HIV/aids desde quando foram notificados os primeiros casos. Para ela, por mais que a formação acadêmica seja voltada para a atenção à PVHA, como é o caso de médicos infectologistas, muitos aspectos não são abordados. E assim: "As pessoas estão aprendendo fazendo. Não tem mais aqueles treinamentos" (E7). Outro depoimento também destaca: "[...] não existe mais o espaço para ir treinar os profissionais e eles acabam sendo treinados dentro da própria unidade. Por exemplo, se não existe outro profissional dentro da unidade, ele próprio busca outra unidade que tem [...]. Então eu acho que foi um privilégio muito grande ter entrado no serviço lá atrás" (E1).

A falta de treinamento e capacitação específica quando o profissional entra no serviço também foi destacada por outros participantes, conforme se segue:

> No serviço público, [...], a gente não tem o treinamento que deveria ter. Você é jogado lá. Você se vira, aprenda a fazer. Então isso é muito ruim [...]. E você fica totalmente dependente do seu colega e da boa vontade de ensinar. Porque se ele não quiser ensinar, ele não é obrigado a fazer isso. Você vai ficar patinando por um tempo até aprender por si (E12).

Sobre a questão, outra profissional também destacou: "[...] a gente vai pegando conforme vai trabalhando" (E13).

Em suma, conforme os depoimentos, quando o profissional ingressa no serviço, ele precisa buscar conhecimento com outros profissionais que estão na instituição há mais tempo. Todavia, é na prática que o profissional aprende a atender a PVHA. Outro participante, que ingressou na instituição para substituir um profissional que estava mudando de instituição, revela também suas dificuldades: "[...] Então não teve muito tempo pra ele me ensinar [...], então eu tive que procurar, correr atrás, ver com outras pessoas que já tinham passado aqui, procurar auxilio em literatura, internet, e muita coisa também aprendi sozinho, vai buscando" (E14). Assim, tem-se que em tais ocasiões, o apoio dos colegas de trabalho é fundamental e em muito colabora no processo de adaptação.

Trabalho em equipe

Sobre o trabalho em equipe, foi possível observar que nos serviços se tem uma preocupação entre os profissionais em trabalhar de forma integrada. Porém, nem todos os entrevistados concordam que os profissionais conseguem desenvolver um trabalho interligado. Um profissional, ao ser indagado se os profissionais de saúde trabalham em equipe, respondeu: "Não. Pra mim pra dizer sim tem que ser funcionando. Então, não. Claro, consegue transitar o paciente dentro da equipe, consegue discutir quando necessário, mas não tem o habito de sentar e discutir caso, trabalhar com um plano do paciente juntos" (E9). Em outro depoimento é destacado que a equipe está aprendendo a trabalhar em equipe: "[...] eu acho que nós temos muito ainda para aprender o que realmente é uma equipe. [...] Falta ainda comunicação" (E11).

Já outro depoimento aponta que, embora a equipe seja muito coesa, o trabalho desenvolvido pela instituição "[...] é um trabalho em equipe, mas ele é meio que fragmentado. Em cada dia ou em cada momento, um membro da equipe vai fazer o seu trabalho" (E12).

Embora alguns considerem que o trabalho em equipe necessite de melhorias, outros profissionais destacam que, atualmente, os profissionais têm se esforçado para trabalhar de modo mais interligado, o que, para eles, nem sempre foi assim. "[...] atualmente tá funcionando como a gente sempre almejou né. Há uns anos atrás, não. Há uns anos atrás era muito difícil" (E4).

A credibilidade de alguns profissionais nos demais e o reconhecimento de que não conseguiriam resolver tudo sozinhos foi o que mudou ao longo desses anos, conforme o seguinte relato: "[...] hoje existe um coleguismo, existe algumas divisões de tarefas e alguma cumplicidade na execução do serviço que é bastante interessante" (E5).

Para a ocorrência do trabalho em equipe, conforme uma das narrativas dos partícipes da presente pesquisa, é imprescindível "[...] cada um saber a sua função. É aonde entra a multidisciplinaridade" (E10). No entanto, faz-se necessário uma preocupação de todos, uma vez que este é o meio de superar a fragmentação do atendimento.

> Eu acho que cada um tem a sua parte, né, mas todos tem que se preocupar conjunto e pra frente, porque, às vezes, cada um faz a sua parte, mas a coisa não anda, então, é porque tá faltando. Tem que ser uma coisa integrada pra andar. Todo mundo tem que [...] fazer sua parte, mas ter preocupação com o todo. Esse caso tá assim, assim, assim. Não vai pra frente. O que a gente podia fazer? (E1).

Diante do exposto, faz-se importante observar o quanto a reunião de equipe é um meio de superar a fragmentação do trabalho, bem como de possibilitar maior contato entre os profissionais.

Sobre as reuniões de equipe dos serviços, é importante destacar que elas variam de formato e periodicidade de uma instituição para outra. Neste sentido, conforme o relato dos entrevistados, uma das instituições realiza três reuniões por mês: uma com toda a equipe em horário e períodos estratégicos para que todos os profissionais participem, inclusive médicos; outra com coordenadores de setores da instituição; e outra sobre a implantação de um sistema de qualidade total[20]. O serviço se encerra durante a reunião com todos os profissionais.

Por sua vez, na outra instituição analisada, as reuniões são mensais e os profissionais destacam que sempre logram a participação de quase todos os membros, com a exceção de alguns médicos. Aqui, as reuniões ocorrem, em geral, no horário que os médicos estão na instituição, para que estes possam participar. Nesta instituição existem dois tipos de reunião, a saber: 1) de educação continuada, cujo objetivo é trabalhar questões técnicas (protocolo, diretrizes, meta, questões epidemiológicas); e, 2) de educação permanente, cujo foco é o processo de trabalho e o seu desenvolvimento e aprimoramento a partir da demanda. Quando um profissional não consegue participar, alguém da equipe fica incumbido de transmitir para aquele profissional as discussões. O serviço também se encerra para atendimento dos usuários durante a reunião.

Por fim, na terceira instituição, os profissionais destacam que as reuniões com toda a equipe são muito raras, sendo rara (também) a participação dos médicos nestas. A instituição tenta manter uma reunião por mês, porém, tem dificuldades. Para suprir a ausência, os profissionais discutem os casos atendidos durante o expediente e fazem reuniões entre setores do serviço quando da necessidade.

Em geral, as reuniões são utilizadas para discutir o processo de trabalho da instituição, bem como um espaço para realizar a capacitação da equipe. Quando possível, são discutidos casos clínicos, a respeito, o que denota no relato dos profissionais partícipes da pesquisa como uma atividade rara. Uma das instituições tem um projeto de reunião para

[20] Refere-se a implantação da Gestão pela Qualidade Total que se trata de uma técnica administrativa que foi aperfeiçoada de um modelo de gestão que surgiu no Japão, no pós Segunda Guerra Mundial, influenciada por concepções americanas que foram introduzidas naquele país. Nesse modelo se estabelecem padrões de visando uma melhora contínua dos serviços prestados, incluindo a participação de todos os integrantes da instituição (MONACO; GUIMARÃES, 2000; BALSANELLI; JERICÓ, 2005). Neste SAE este modelo de gestão está sendo implantado junto ao desenvolvimento de uma dissertação de mestrado em administração de empresas pelo pesquisador e todos os profissionais da instituição.

discussão de caso atendidos. Porém, eles não conseguem executá-lo por dificuldades em conciliar os horários dos profissionais.

Em uma das instituições, a reunião de equipe é um espaço para os profissionais discutirem suas dificuldades, e uma profissional da área de Psicologia participa da reunião para dar suporte ao grupo: "[...] ela vem na reunião de equipe, então ela monta umas dinâmicas, para promover a discussão da equipe, para aliviar. [...] Cada vez ela faz de um jeito, então isso ajuda a entender um pouco e a desacelerar" (E2).

Na referida instituição, anteriormente havia supervisão clínico-institucional[21] com uma profissional da saúde mental para os profissionais de saúde. Conforme o relato que se segue, "a supervisora vinha uma vez por mês, fazia um trabalho com o grupo todo. Trabalhava as questões de perda, de luto, todas as questões que a gente passava" (E9). Porém, como era custeada pelo Município, em um corte de gasto, a supervisão foi cancelada. Com o corte, uma profissional voluntária passou a oferecer um suporte para a equipe, porém, como ela não faz parte do quadro de funcionários, às vezes, ela acaba faltando. Assim, para a equipe não ficar sem esse espaço, quando isso ocorre, um profissional prepara alguma atividade para trabalhar a dimensão emocional do trabalho de cuidar.

Em todas as entrevistas, os profissionais da instituição mencionam sobre tal espaço. Neste sentido, um dos participantes relatou: "[...] então essa reunião de equipe é muito importante por causa disso. Se alguém percebeu alguma dificuldade ou ficou assim meio, vamos dizer, meio estressado, deprimido por causa de um caso especial, você tem esse momento" (E3).

Em outro serviço, conforme outro relato dos partícipes da pesquisa, o suporte acorre entre os próprios profissionais: "[...] a equipe aqui é bem coesa, tanto com os pacientes como com os profissionais. Quando algum profissional está com dificuldade ou está desgastado com algum paciente, outro profissional já vem e já dá uma assessoria" (E8). Assim, tem-se o destaque para uma das características da instituição: "[...] o cuidado com o 'outro', usuário e o cuidado com o 'outro', colega".

[21] A supervisão, no contexto da saúde pública, surge como um suporte à equipe, intencionando ser um espaço para os profissionais analisarem suas práticas e refletirem sobre os seus trabalhos, metas, dificuldades e resultados (MATUMOTO et al., 2005). A prática da supervisão clínico-institucional é comum nos dispositivos de saúde mental e regulamentada pela Portaria GM/MS n. 1.174, de 07 de julho de 2005. De acordo com aquele ditame, pode ser definido como supervisão "[...] o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada".

Por fim, os entrevistados de uma das instituições participantes destacaram a relação simétrica entre os profissionais de saúde e gestores. Para uma profissional, "os médicos aqui eles são acessíveis, não é que nem os médicos que eu já trabalhei em outros lugares, que era Deus no céu e eles na terra. Aqui você conversa com eles, você pode tirar dúvida dos pacientes" (E2). Para ela, a relação entre os profissionais é fundamental para a ocorrência do trabalho, tendo em vista que, muitas vezes, uma ação de saúde deixa de ser realizada pelo fato do outro profissional não colaborar.

Perfil profissional

O perfil profissional para trabalhar no contexto HIV/aids foi apontado pela maioria dos entrevistados. A seguir, têm-se as caraterísticas do perfil a partir dos depoimentos dos profissionais.

Quando questionados sobre qual deveria ser o perfil do profissional para trabalhar no contexto em questão, um dos profissionais recorda de sua chegada ao serviço quando foi convocado para assumir o cargo, após concurso público. Antes do SAE, ele trabalhava em outro setor, e o seu primeiro contato com a PVHA se deu no serviço.

> [...] no começo eles [os usuários] ficaram meio assustados: 'quem é essa pessoa? Será que ele me conhece? Será que ele conhece algum amigo meu? Alguém da minha família? [...] Do meu trabalho?' Então eles ficam meio assustados, mas, assim, com educação, respeitando sempre as pessoas eu acho que acabei conquistando o público daqui. Acho que isso é importante. (E14).

Para outra profissional, uma das características desse perfil é o respeito ao outro, tendo em vista o teor essencial do aspecto no contexto HIV/aids. Para ela, o respeito ao outro e às diferenças é parte de qualquer processo de humanização em saúde. "É respeitar o outro. É o direito do outro. É respeitar o direito do outro ter direitos" (E8). A própria profissional aponta que isso é algo que demanda um esforço do profissional. Porém: "Todo mundo que entra acaba se apaixonando. Acaba tendo uma certa paixão por aquilo que faz" (E8).

É o caso da profissional que trabalhava em uma outra instituição de saúde do Município quando recebeu o convite para trabalhar no SAE. Para ela, trabalhar no SAE foi a possibilidade de retomar o início de sua trajetória profissional, uma vez que o seu primeiro emprego foi em uma ONG para PVHA. Esta recorda da sua reação quando recebeu o convite: "Vou voltar pra onde eu comecei, então, fiquei super feliz! Espero que eu não saia [...] tão cedo" (E12).

Foi essa paixão pelo que faz que levou uma participante a pleitear uma vaga em um SAE. Segundo ela, a vontade de trabalhar no serviço teve início ainda na graduação, quando fez um estudo de caso com uma PVHA. Tal profissional, após passar no concurso público para trabalhar em um Programa de Saúde da Família (PSF), se ofereceu para prestar serviço na instituição. Hoje, ela atua tanto no SAE como também no PSF.

De acordo com outro participante, "quem não tem perfil para a trabalhar com a aids não fica, por que causa um sofrimento. Por que não é uma coisa tão simples de trabalhar. O trabalho aqui é bastante pesado na questão da perda, por que as pessoas vão perdendo as outras" (E9).

A questão da perda é relatada pelos profissionais que já atuam na instituição e que destacaram, durante as entrevistas, como era no início da epidemia. Neste sentido, uma entrevistada recorda quando começou a trabalhar na instituição:

> Quando eu entrei a única certeza que eu tinha é que eu ia cuidar de pessoas. Quando eu deparei com aquela realidade muito dura, porque era o início da epidemia e não tinha medicação para todo mundo, então, assim, era muito sofrimento. [...] Eu não tinha experiência de trabalhar com algo terminal. Na verdade estava todo mundo apreendendo. Nós pegamos aquele início onde você via aquela imagens como cazuza, aquelas imagens ne e aquilo assustava (E11).

Diante do exposto, é possível perceber que o perfil profissional que as instituições procuram está diretamente relacionado ao "cuidar de pessoas", tanto dos usuários como da equipe. É o que aponta o seguinte relato: "[...] não é o técnico pelo técnico. Acho que o perfil é isso: a pessoa tem que vir, mas não tem que trabalhar somente a questão técnica, ela tem que trabalhar com o todo, ampliar. Ela tem que abrir o leque do que ela vem fazer aqui" (E8).

Em seus relatos, um participante que também atua no contexto em questão desde o início da epidemia ressaltou o quanto, naquela época, muitos profissionais não tinham interesse em cuidar de PVHAs, uma vez que, naquele período não havia tratamento e tampouco medicamento, o que tornava, muitas vezes, um trabalho muito angustiante.

Uma profissional também recordou quando começou a trabalhar na área. Ela destaca que não imaginava que a infecção pelo HIV se transformaria em uma grande epidemia de difícil controle, pois, no começo, não existiam muitas PVHAs – uma vez que a quantidade de casos era insignificante. Ela assim aponta quando o número de casos começou a aumentar: "[...] no começo era assim: a gente só tratava infecção oportunista. E ai era muito difícil porque

todo mundo que tinha aids morria [...], ia definhando, definhando, definhando, até que morria. [...] Era uma tristeza, morria bastante" (E1).

Em seu relato, um profissional destacou que o trabalho na instituição é um trabalho delicado e é necessário, principalmente, que o profissional saiba "[...] lidar. Tem que ter todo um perfil, pra trabalhar num lugar assim. Você precisa [...] ser discreto, precisa saber o que fala, que assunto vai abordar. Você tem que esperar eles falarem" (E14).

Para outro participante, o que o serviço busca em um profissional,

> É esse perfil do cuidar mesmo. É da pessoa se envolver. Da pessoa poder olhar para um outro ser humano, primeira coisa: ele está olhando para alguém que não é uma pele que está com um problema. [...] É um ser humano que tem contexto. Aids, se você não conseguir trabalhar com o contexto, você não está cuidando dessa pessoa de forma alguma (E9).

As características apontadas nos diferentes relatos evidenciam que além da formação profissional, tem-se a importância de determinadas características pessoais, tais como: empatia, disposição, respeito, solidariedade e atitude de cuidado. Em outros depoimentos têm-se as caraterísticas que foram se criando desde o início da epidemia e que os serviços tentam manter. Neste sentido, um dos relatos apontou que se o profissional não possui esse perfil, ele não fica na instituição. Outro ainda destacou que não fica na instituição principalmente porque os próprios profissionais "se tornam exigentes demais com quem vem" (E9). Logo, "quando o profissional deseja ficar, muitas vezes precisa trabalhar a aceitação da equipe: [...] aí a gente tem que trabalhar a equipe, mas se é o contrário, a gente tenta trabalhar com a pessoa" (E9).

Dificuldades

Entre as dificuldades vivenciadas pelos profissionais, em alguns depoimentos é destacado a estrutura física da instituição; em outros, a falta de recursos humanos; e em outros ainda, a dificuldade de trabalhar com a prevenção. Tais dificuldades fazem parte do cotidiano dos profissionais e influencia diretamente na realização das atividades.

Durante as entrevistas em uma instituição, percebeu-se certo incômodo de todos os profissionais com a infraestrutura da instituição. Neste sentido, conforme um dos relatos, de todas as dificuldades vivenciadas, "primeiro é a nossa casa. [...] O principal é isso. [...] Nós temos vergonha daqui e não sou só eu. É a mesma coisa quando você está na sua casa e está tudo desarrumado. O problema é esse. [...] Não é por que é público que tem que ser feio. Bagunçado" (E9).

Para os profissionais a estrutura física interfere negativamente na realização das atividades, uma vez que, segundo eles, falta sala de atendimento, espaço para guardar prontuários, um local mais acolhedor, entre outros.

> [...] é, hoje aqui é difícil. Por exemplo, chega dois pacientes que têm que ser isolados por uma tuberculose, você não tem dois lugares pro isolamento, se chegar quatro pacientes pra tomar medicação, não tem como atender. [...] Tem vez que aqui o médico chega pra atender se tiver mais três médicos atendendo o outro tem que ficar de pé esperando ou procurar uma sala que alguém não esteja usando (E3).

Sem estrutura física adequada, os profissionais buscam superar as dificuldades de diversas formas para continuar o atendimento.

> Eu atendia em cima de um divã, porque o serviço não tinha [...]. E tinha uma maca lá que ia jogar fora, então eu coloquei aquela maca pra servir de mesa entendeu. [...] E isso é estrutura de serviço? Isso não é estrutura de serviço. E naquela época se eu falar pra você se alguém percebeu que aquilo era uma maca e não era uma mesa, eu acho que não (E7).

Como a instituição ocupa um espaço provisório, os entrevistados acreditam que as dificuldades vão acabar quando voltarem para a sede própria do SAE. Segundo os relatos obtidos na pesquisa, a estrutura atual da instituição não proporciona condições necessárias para ofertar um atendimento sigiloso ao paciente, além de não oferecer condições mínimas de trabalho.

Uma segunda dificuldade identificada foi a falta de recursos humanos, o que sobrecarrega os profissionais de saúde. Além disso, quando se tem o afastamento de algum profissional, ocorre sempre a demora em substituí-lo, pois, em alguns casos, não há profissional na rede e é preciso aguardar a realização um novo concurso público.

Com a falta de recursos humanos, tem-se o acúmulo de funções. Para os participantes da pesquisa, a questão se dá com o aumento no número de usuários e a quantidade reduzida de profissionais. "[...] A quantidade de trabalho é maior pra cada um" (E10). Tal fato gera um acúmulo de tarefas entre os profissionais. Logo, a mesma equipe que trabalha com a assistência às PVHAs também atua nos diversos projetos de prevenção, precisando dividir o tempo de trabalho em ambas atividades. Outra consequência da falta de profissionais é que, muitas vezes, a prevenção acaba em segundo plano diante do pouco número de profissionais.

Outra dificuldade destacada é o trabalho com a prevenção da infecção pelo HIV e a divulgação das novas tecnologias de tratamento. Neste sentido, conforme um dos relatos, "o maior problema que a gente tem, é de achar novas estratégias, novas linguagens [para

desenvolver programas de prevenção]. Por que assim, nós [que trabalham com o tema da prevenção da aids] temos ficado como um tema meio esvaziado frente a sociedade" (E9). Para os participantes, fala-se de uma epidemia controlada, porém, a epidemia vem em uma crescente entre determinados grupos: "[...] a gente está vendo incandescer a doença, as mesmas populações do início [Homem que fazem sexo com outros homens (HSH), perfil epidemiológico do início da epidemia], estão voltando, continuam vulneráveis. Fazer um trabalho para essa outra população é uma dificuldade no nosso país, por que envolve religiosidade e tantas outras coisas culturais nossas" (E14).

Além disso, outro profissional também destacou em seu relato a falta de divulgação dos novos meios de prevenção da infecção pelo HIV, como, por exemplo, a PEP: "[...] tudo depende da divulgação. Como não é feito uma divulgação em massa dessa estratégia você não tem muitos atendimentos, [...] porque as pessoas não sabem" (E9). E ainda, muitos pacientes que necessitam da PEP acabam não utilizando por falta de conhecimento. E o que acontece sempre é que "vamos varrer para debaixo do tapete, por que esses são assuntos que a sociedade não quer falar" (E9).

Em suma, as dificuldades supramencionadas influenciam no cuidado às PVHAs, bem como na ação de prevenção da enfermidade.

5.3.2. O cuidado às PVHAs

Na presente categoria têm-se as discussões sobre o atendimento às PVHAs na perspectiva dos profissionais. O relato a seguir destaca o que seria o atendimento àquelas pessoas: "Eu acho que não é só tratar, dar o remédio, né? Você tem que saber ouvir, você tem que saber a hora de falar não" (E1). Neste sentido, o cuidar é ofertar um espaço para o usuário. Cuidar é acolher. "Porque assim, quando eles abandonam, eles têm medo de chegar aqui e levar uma bronca [...]. Então se eu falo que eu entendo, eles falam: 'poxa ela entende'. [...] Então agora a gente vai começar tudo de novo" (E1).

O acolhimento também se faz presente em outro relato, que destaca como aborda o usuário quando este não faz uso da medicação: "Se ele diz que está tomando a medicação e os exames estão dizendo que não, eu não vou dizer pra ele: você está mentindo pra mim. Eu vou dizer: olha, tem alguma coisa errada acontecendo com teu remédio. Vamos conversar pra ver o que está acontecendo?" (E10).

Neste sentido, é possível observar que os profissionais valorizam a forma como se deve acolher o paciente, apontando que a conversa é necessária e fundamental e um meio de

conhecer as demandas dos usuários. Para tanto, uma escuta atenta torna-se fundamental tanto na acolhida e durante todo o tratamento. Sobre a questão, os partícipes da pesquisa observam que a escuta é a parte crucial do atendimento e também para a construção de vínculo entre o usuário e o profissional de saúde:

> Então eu acho que pra trabalhar aqui a gente precisa saber ouvir. Se a gente não conseguir ouvir, a gente não consegue fazer vínculo, não consegue ajudar a pessoa naquilo que ela precisa mesmo [...]. E, as vezes, ouvir aquilo que não tem nada a ver com a profissão da gente, que é a questão social [...], porque eles falam de tudo né, eles falam. Como ficam muito tempo tratando no mesmo lugar, então eles falam de tudo, falam de vida, de morte, de família, de sentimento, de problema sexual, fala tudo, então a gente tem que ouvir né, tem que saber ouvir (E7).

É escutando o usuário, ouvindo as suas demandas que, para os entrevistados, o cuidado acontece, não deixando a tecnologia se sobrepor a arte de cuidar. A importância de tal gesto aparece em todas as entrevistas nas três instituições. Para os profissionais, o tratamento se dá quando se consegue ouvir o que o paciente tem a dizer, e essa é uma característica, de acordo com um participante, que foi adquirida no início da epidemia, junto com a necessidade da oferta de um atendimento integral para às PVHAs.

> Essa forma de voltar a olhar o paciente como um ser humano integral e que tem um contexto é que se adquiriu lá atrás por que era a única coisa que tinha, por que a gente sabia que salvar a vida daquela pessoa a gente não ia. O que a gente podia era fazer por ela o que ela não teve em lugar nenhum. Então, isso ficou. E manter isso acredito que é o grande desafio de todos esses anos (E9).

O acolhimento teve início no primeiro momento da epidemia, e é fundamental para o tratamento de HIV/aids. Embora o tratamento, os exames e os antirretrovirais tenham evoluído muito, conforme o relato que se segue: "[...] precisa ter cuidado para que ele não corroa o que a gente tem de melhor que é o acolhimento humano, que é metade do caminho" (E9).

Embora o tratamento tenha evoluído consideravelmente, o acolhimento é a base e precisa ser realizado por toda a equipe. "A aids trouxe isso de volta para o serviço: a clínica é realmente soberana em aids e para ter essa clínica tem que conversar. [...] Muitas vezes, nessa conversa se resolve tanta coisa" (E11).

Os partícipes da pesquisa apontam em seus relatos que uma estratégia para acolher o usuário quando ele chega na instituição é apresentar o serviço e todos os profissionais, pois, assim, quando ele necessitar de atendimento com alguma daquelas especialidades, ele saberá o que o serviço oferece e quem ele pode procurar.

> O paciente chega na unidade, ele é HIV positivo, ele precisa passar com a equipe inteira, porque ele precisa saber o que o município tem para ofertar pra ele. Ele pode não querer engatar uma psicoterapia naquele momento, mas ele tem que conhecer a psicóloga que está no serviço, a nutricionista que está no serviço, a enfermeira que vai colher o sangue dele, que vai estar aqui pra responder as dúvidas dele, o farmacêutico que entrega a medicação, que pode explicar pra ele a farmacodinâmica do remédio, a técnica de enfermagem que vai estar ali apoiando ele, assim como os médicos que vão atendê-lo (E10).

De fato, acolher não é uma tarefa fácil, principalmente quando muitos usuários são mal atendidos em outros serviços de saúde do SUS e apresentam certa descrença no sistema, conforme destacado nos relatos supramencionados. Todavia, tem-se aí um exercício fundamental, cuja execução exige tempo, olhar para o outro e aproximação. No caso do HIV/aids, os pacientes permanecem em tratamento por muito tempo. Os profissionais, que estão nas instituições há mais tempo, ressaltam o quanto atendem o mesmo paciente há anos. Afirmam também que, com o TARV, aumentou a frequência daquele paciente na instituição e o seu contato com a equipe, e a relação entre o profissional e o usuário acabou sendo mais próxima e mais frequente. Neste sentido, "se for feito um acolhimento bom, [...], se o profissional que está ali lidando com aquele paciente for sensível ao ponto de se colocar no lugar dele e dar a notícia de uma maneira certa, adequada, correta, dando suporte, começa ali a boa adesão" (E12).

O vínculo entre o profissional e o usuário se estabelece na relação escuta-acolhimento que é ofertado. "Então, você tem que vê de cada paciente o que que tá pegando ali. Você tem que descobrir. Às vezes é difícil descobrir, mas você tem que dar uma fuçada" (E1). Logo, o profissional destaca que o tratamento é sempre individual, uma vez que não é possível atender todos igualmente, tendo em vista que são pessoas diferentes, com histórias diferentes e apresentam dificuldades diferentes.

> O acolhimento é igual no sentido de equidade, mas ele é diferente no nível de pessoa. Somos seres humanos e cada um é de uma maneira, cada um é de uma forma, cada um é de um jeito. Então, você tem que ver como você vai lidar com aquela pessoa. Se ela é analfabeta não adianta você dizer em farmacodinâmica do remédio que ela não vai entender. Então você tem que dizer pra ela da maneira que ela entenda. O acolhimento é imprescindível (E10).

Ao mesmo tempo, os profissionais apontam a existência de temáticas que fazem parte no contexto HIV, como é o caso da sexualidade, por exemplo. Segundo um dos relatos:

"[...] quando a gente fala de DST/HIV/aids, sexualidade é o tema que a gente mais fala" (E9). Aqui se tem por destaque a necessidade de respeitar a diversidade, as escolhas dos usuários, independente das convicções do profissional, como um item fundamental na relação profissional de saúde-usuário.

> O primeiro item necessário é ele respeitar o paciente independente da sua identidade de gênero, independente da sexualidade. Se ele for hétero, bi [...] não é da minha conta. Ele é o que ele quer ser. Então, é o respeito do que o paciente é ou o que ele escolhe ser (E10).

> Você pergunta como o paciente pegou? Não. Como ele pegou não me importa. O que me importa é que ele chegou até a mim [...]. Então, é o que eu digo a ele: eu não estou aqui para especular a tua vida [...]. O que ele quiser me contar, é obrigação minha ouvir" (E9).

> "A vida pessoal do paciente só me importa até o limite do sigilo. O resto não me importa e não pode me importar (E10).

Na abordagem do tema "sexualidade" durante os atendimentos, os profissionais destacam que tentam trabalhar de modo a desmistificar o tema. Para eles, a aids, por estar relacionada ao prazer (sexo e uso de drogas), criou, no imaginário das pessoas, que é pecado, que é proibido. Portanto, desmistificar o tabu é um dos aspectos mais importantes que devem ser abordados durante o cuidado às PVHAs, bem como se faz importante ouvir o que o usuário tem a dizer sobre a sua sexualidade, sem receio e respeitando as suas escolhas.

> Eu falo: olha, não tem problema nenhum você ter bastante parceiros [...]. O prazer não é pecado e não é proibido. Você pode viver a vida que você acha que é adequada pra você, mas você tem que prestar a atenção. Você pode pegar sífilis, você pode pegar hepatite, você pode pegar gonorreia, você pode pegar clamídia, você pode pegar um HIV que é resistente ao remédio que você toma. Aí eu falo assim: olha, pensa nisso que eu te falei, depois você me fala (E1).

Outro tema abordado pelos profissionais com os usuários durante o atendimento são as crenças individuais. É muito comum, segundo eles, que o paciente procure na religião a cura para o HIV e acabe abandonando o tratamento. Os profissionais afirmam que é fundamental o não julgamento, além de entender que tal atitude do usuário, muitas vezes, está relacionada a não aceitação da sua sorologia e ao desejo de cura.

> [...] porque assim, cada um tem a sua fé né. Entendeu? Aí eu falo: bom, eu não posso falar do pastor, então eu vou falar de outro jeito. Aí eu falo assim: eu entendo, eu entendo o que você tá querendo me dizer. Eu entendo que você tem muita vontade de sarar, né, eu compreendo isso. Eu acho que é uma coisa boa, né. Eu entendo perfeitamente (E1).

Logo, é apontado que o profissional não precisa concordar com o que o usuário diz, mas precisa ter respeito e compreender que as crenças e os conceitos fazem parte da história de vida daquele usuário. Durante as entrevistas, foi possível verificar certo consenso entre os profissionais: "[...] quando entra questões religiosas, tem que ter muito cuidado" (E12).

Os profissionais de saúde também apontaram a importância dos usuários terem uma postura mais ativa frente ao tratamento. Para tanto, foi destacado a necessidade de eles conhecerem todas as fases do tratamento: "A gente tenta trabalhar com eles na linha de cuidado[22], e eles precisam entender essa linha de cuidado para que eles possam gerenciar também o tratamento" (E8). Neste sentido, os profissionais assim entendem a linha do cuidado:

> Nossa linha de cuidado vai além do controle só da patologia em si [...]. A gente está tentando trabalhar com eles outros aspectos relacionados a saúde deles, como a saúde integral. [...] Tenta trabalhar as outras patologias, assim como a saúde mental [...] e tentar trabalhar a qualidade de vida, o que é importante pra eles como qualidade de vida. [...] Um foco que a gente tá querendo direcionar é pro mercado de trabalho. [...]A gente tenta abrir para a complexidade (E8).

Diante do exposto, tem-se ainda o preconceito sofrido pelas PVHAs e "[...] pela situação de estigma na sociedade, eles se vêm como vítimas e a gente tem que tirá-los dessa situação de vítimas, mas com muita paciência, fazendo com eles para que eles entendam" (E8). Visando superar o preconceito às PVHAs, alguns serviços têm desenvolvido ações intersetoriais em parceria com a saúde mental e as secretarias de habitação e ação social. Um dos projetos visa a inserção dos usuários no Projeto de Capacitação Profissional, ofertado pela Secretaria de Ação Social dos Municípios, conforme o que se segue:

> [...] hoje a gente já conseguiu vagas para as transexuais, que é uma população extremamente excluída, no projeto de capacitação. Durante dois anos elas trabalham, recebem um salário mínimo praquele trabalho e tem um período de estudo, que elas podem fazer um curso profissionalizante (E8).

Para a equipe envolvida no projeto em questão, trabalhar as questões que envolvem estigmas e preconceitos é fundamental no cuidado às PVHAs, tendo em vista que aquele sujeito não deve ser atendido apenas pela sua patologia, mas de modo integral e contextualizado.

Ainda sobre a questão do preconceito, é muito comum, de acordo com os relatos dos profissionais, os usuários chegarem para atendimento apresentando queixas que sofreram

[22] As linhas de cuidado são uma forma de organização do processo de atenção em saúde que visa, sobretudo, a integralidade a partir de fluxos assistenciais, cujo usuário é elemento estruturante de todo o processo. As linhas de cuidado surgem como um meio de ultrapassar um modelo de atenção fragmentado e biomédico, sendo esta uma inovação na proposta de organização da produção de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007).

algum tipo de discriminação. Neste caso, a instituição não pode ser omissa e necessita trabalhar de maneira efetiva na garantia de direitos das PVHAs. "[...] quanto maior a segurança que a pessoa tem, mais ela vai conseguindo andar sozinha" (E5). E para a ocorrência de tal ação, é fundamental o trabalho realizado pela equipe, incentivando o usuário para a superação dessas situações.

> [...] tem gente que fica com medo de fazer as coisas por conta do vírus [...]. Aí a pessoa fica alí naquela situação e ela não faz o que ela tem que fazer [...]. Então ela fica meio com medo, meio debaixo da asa, e a gente fala: não, não, vai, vai, você pode, você consegue. E a pessoa ela vai... vai se descobrindo (E1).

De fato, para os profissionais, fazer com que os usuários participem mais efetivamente é fundamental e também o que dá sentido para eles aderirem ao tratamento. É preciso, assim, estimular a autonomia das PVHAs, fazer com que estas realmente opinem, perguntem e tirem suas dúvidas.

Conforme destacado nos relatos a seguir, desde o início da epidemia, ficou claro, no caso da aids, que o tratamento deveria ser diferenciado e que não teria uma relação assimétrica como em outras doenças pelo estigma que carrega:

> [...] a gente tinha um medicamento, que tinha um número de efeito colateral grande, um número de comprimidos muito grande, uma doença extremamente excluída, e as pessoas vinham com a sensação de que a aids era fruto de algo errado. [...] E o que é que a gente deveria fazer para esse paciente ficar a vida toda? O que deveria ser feito para ele tomar o medicamento? Que tipo de trabalho? Como poderia ser então nosso relacionamento com ele? (E6).

> [...] não era essa a proposta. Era mesmo saber da vida dele, da vida da família dele, do papagaio, do cachorro, na verdade um espaço para ele trazer para a gente tudo o que ele mais gostava, [...] e dessa forma ele se mantivesse perto. [...] O que ficava mesmo era a proximidade (E7).

Todavia, para a ocorrência de tal fato, para os entrevistados, é necessário acolher as demandas do usuário. Além disso, dentro da instituição, todos devem estar preparados para acolher o usuário. Assim, é preciso "ter outros espaços dentro do serviço para que ele possa fazer esta pergunta, ele possa se tranquilizar" (E7).

No cuidado, uma das instituições também oferece o Reiki como prática complementar e integrativa. Segundo os profissionais entrevistados, as práticas alternativas contribuem com o tratamento e também aproximam o usuário da instituição. A referida técnica

terapêutica é ofertada duas vezes por semana, e dela podem usufruir os usuários e os profissionais de saúde.

A fim de conhecer as especificidades do cuidado às PVHAs, os participantes foram questionados sobre o que eles consideram como fundamental no tratamento. Aqui vale destacar a diversidade de respostas mediante a potencialidade da pessoa e na relação do cuidado, que envolve tanto o usuário como o profissional, além de uma postura ética por parte da equipe.

Neste sentido, os relatos a seguir podem exemplificar o argumento apontado anteriormente.

> [...] você achar que ela pode melhorar, você ter essa convicção. [...] Você pega aquela pessoa que tá assim, tá no osso [...], aí você fala: não, ela pode. Se ela quiser, ela pode. Então, a minha parte eu vou fazer (E1).

> [...] você olhar pra aquela pessoa [...], é você respeitar, porque aquela pessoa não tá alí porque ela quer, ela precisa do serviço. Então eu acho que o primordial é você se colocar no lugar do outro e falar: 'como eu gostaria de ser atendido?'[...] Porque desde que eu entrei aqui eles sempre bateram na tecla de ser ético (E2).

> A aceitação e o conhecimento sobre o HIV são essências, [...] geralmente as pessoas, hoje nem tanto, mas ainda acontece, as pessoas vêm com a ideia que vão morrer. Um atendimento de qualidade é fundamental nesse momento, pois o usuário vai sentir que ele tem o respaldo daqui pra se tratar (E3).

> Então, se você focar seu atendimento no vírus, [...] você pode não chegar aonde você quer. Você está olhando pro vírus e na verdade este vírus está dentro de uma pessoa. Esta pessoa está sentindo alguma coisa e daí eu acho que é este sentimento que tem que ser focado pelo profissional. O que ele está sentindo naquele momento. [...] olhar para ele como ser humano (E7).

De fato, faz-se importante a escuta deste paciente, a fim de entender sua necessidade e o que ele espera da instituição. A aproximação do paciente foi algo bastante pontuado pelos profissionais durante as entrevistas, e para a ocorrência de tal gesto, foi sugerido o desenvolvimento de grupos informativos e de tratamento, conforme uma experiência já realizada e apontada como importante na produção do cuidado às PVHAs.

> A própria formação da gente é assim: você acha que sabe o que é bom pra ele. Mas a gente não sabe. A gente não sabe o que é bom pra ninguém, nem pra gente, às vezes. Então essa participação a gente já teve melhor. E isso é uma coisa que faz falta porque a gente não tem mais trabalho de grupo e isso faz uma falta enorme, poder sentar com o paciente, conversar com ele, do que o serviço está resolvendo ou não, está funcionando ou não está. Era muito legal (E9).

Igualmente, relembrando o ativismo dos movimentos sociais e das ONGs no início da epidemia, e a importância de tais movimentos para a consolidação de uma política de atendimento às PVHAs, tem-se o quanto é importante a articulação em questão, conforme o seguinte relato: "É necessário essa articulação, senão a pessoa fica só na dependência do que o governamental faz. E muitas vezes o não governamental ele tem que estar movimentando. Eles têm que cobrar do que a gente está fazendo. É uma cobrança necessária" (E8).

Ao mesmo tempo, tem-se o destaque da existência de ações por parte dos usuários que se organizaram e participam ativamente do serviço, fazendo surgir novas propostas de atendimento, conforme o seguinte relato: "[...] eles estão bem articulados e tem colaborado muito, inclusive no grupo de adesão. Se a gente precisa para um acolhimento maior, para uma visita, pra trazer essa pessoa, eles são referência" (E8).

Sobre o cuidado, é possível verificar que a relação profissional (quem cuida)-usuário (quem é cuidado) torna-se o centro do trabalho de cuidar, culminando em uma relação mediada pelo arsenal de tecnologias leves e duras, mas que envolve vários outros aspectos das tecnologias leves. Uma das dimensões da relação supramencionada se refere aos aspectos emocionais, cujo tema será abordado no tópico a seguir.

5.3.3. Dimensão emocional e conflitos morais no cuidado às PVHAs

A aids, enquanto doença crônica, aproximou o usuário do serviço, tornando a sua presença mais constante e demandando outros cuidados para além do controle do vírus e da dispensação de ARV. De tal aproximação, é possível destacar um aspecto que se refere à dimensão relacional entre quem cuida (profissional de saúde) e que é cuidado (usuário) que esta diretamente relacionada à dimensão emocional. Neste sentido, destacam-se os aspectos emocionais presentes na relação de cuidado às PVHAs e os conflitos morais.

A dimensão emocional que emergiram durante as entrevistas refere-se ao impacto que o cuidado às PVHAs tem nos profissionais de saúde. Alguns relatos apresentam casos de frustração e dificuldades de lidar com a morte de pacientes. Outros, relatam a necessidade de controle emocional do profissional.

Sobre o controle emocional do profissional, foi destacado: "Aqui dentro da unidade nós estamos predispostos a ajudar o outro e não a si. [...] Eu não posso ficar chorando na recepção porque senão o paciente vai se compadecer. [...] Aqui dentro eu vou cuidar do seu problema. Os meus ficam da porta pra fora" (E10). Neste sentido, para os profissionais, trabalhar no contexto da saúde exige deste o referido tipo de controle. Todavia, mesmo diante

do controle emocional, alguns sentimentos tornam-se inevitáveis, conforme pode ser exemplificado no relato a seguir.

> Não é fácil você dar um diagnóstico que a pessoa tem aids. [...] tem uns que sofrem mais para dar esse resultado do que a pessoa que está recebendo o resultado. E a gente tem que cuidar desse sofrimento, coisa que a rede não faz. Essa é uma grande deficiência da rede de saúde pública, privada, toda né. A gente não cuida do cuidador. Aqui o cuidador precisa de cuidado (E9).

Igualmente, os profissionais relatam a dificuldade de lidar com o luto diante da morte de algum usuário do serviço. "[...] a equipe ela ainda é sensível o suficiente para sofrer a cada perda" (E7). Os relatos a seguir evidenciam como os profissionais são afetados pela perda do paciente.

> Tem pacientes que assim, faleceram e eu tinha muita amizade. Eu prefiro não pensar... tem paciente que você acaba se apegando mais. Não vou dizer amigo, mas a conversa varia sobre "N" assuntos. Tem pacientes que estão comigo desde quando eu entrei. Quando falam assim: 'olha, tal paciente faleceu'. Você sente, mas tem que tocar a bola pra frente. [...]Tem a relação profissional-paciente, mas sempre tem aquele que você conversa, dá risada, se apega mais (E15).

> "Teve uma paciente que morreu a umas duas três semanas atrás, que eu estava indo na casa dela fazer curativo. [...]É difícil, é muito difícil, eu me coloco no lugar do familiar, sabe? É difícil. Tanto que depois disso eu não consegui voltar lá ainda pra conversar com a família. A gente tenta aprender [...] que não é nossa culpa, que a gente não pode levar essa carga conosco. Então a gente precisa trabalhar isso. Mas eu sempre tive isso comigo, sabe? Eu tenho essa dificuldade como profissional. Eu me apego muito as pessoas, principalmente paciente que chega aqui, que vem sempre, e ai já está doente e parece que já tem um apego maior dessa situação. Então eu procuro me desapegar disso, mas é difícil (E12).

Para muitos profissionais, trabalhar no contexto HIV/aids é laborar com muitas frustrações e impotência, conforme os relatos expostos a seguir.

> A gente sente assim que parece que o seu trabalho não tá atingindo o objetivo necessário. Na realidade é o próprio paciente que não quer se cuidar. Então isso ai é tentar em casa não ficar lembrando. [...] É que dá aquela sensação de impotência que parece que você não tá fazendo o serviço (E3).

> Teve uma ocasião que um paciente falou pra mim: 'olha, eu não estou tomando, é muito medicamento, não sei o que...' [...]. Aí pensei em uma estratégia e falei: 'vamos fazer o seguinte, eu vou colocar tudo em saquinhos pra você. Dentro daquele saquinho vai ter o que você tem que tomar de manhã e o que você tem que tomar a noite, pode ser?'. 'Pode'. [...] Então ele vinha buscar o medicamento, eu ia numa mesa com ele, [...] colocava todos os

> comprimidos ali, ia separando, sessenta saquinhos com todas as dose, de manhã e de noite, de tudo que ele tomava. Ele usava vários medicamentos, por isso que ele tava com dificuldade, porque se fosse um só era mais fácil. Então eu pensei nisso né pra facilitar pra ele. No segundo mês já parou de vir. Quer dizer, por mais que eu tenha um esforço, tenha oferecido o serviço, tenha feito alguma coisa a mais pra ele, ele não voltou mais, ele está em abandono, entendeu? (E14).

Além das situações de frustração, tem-se o cansaço da equipe. Para muitos, o atendimento é também desgastante e, às vezes, se faz necessário mudar de atividade por um tempo.

> Eu fiquei muito tempo na recepção, e eu fiquei muito esgotada lá, muito, mas muito mesmo. Ai, quando ela voltou, [...] eu falei: 'eu preciso sair daqui um pouco, [...] eu preciso respirar', porque eu não estava aguentando mais. Acho que na verdade, também, você acaba pegando os problemas do paciente [...]. Eu me cansei muito (E2).

Os conflitos morais no atendimento às PVHAs também aparecem nos relatos dos profissionais, com destaque para as dificuldades vivenciadas ao entrar em contato com situações que geraram conflito com suas convicções. O suporte da equipe também surge como meio para a superação de tais conflitos. Sem dúvida, as crenças religiosas interferem, mas, acima delas existe um ser humano em sofrimento e, segundo eles, é esse o olhar que os profissionais devem atribuir aos usuários, respeitando-o sempre.

> [...] sou cristã, sou evangélica e eu tenho as minhas convicções. Só que eu preciso olhar para o ser humano de forma, não indiferente, mas olhar sem julgar. Isso foi difícil, sabe? Aceitar a pessoa do jeito que ela quer ser aceita, do jeito que ela é, então isso foi uma coisa que eu conversei várias vezes [...]. Então assim, hoje eu tiro de letra, porque eu aprendi a respeitar (E2).

> Ah! mas eu tenho uma crença religiosa que não permite aceitar'. Você pode até não aceitar, mas dentro do seu trabalho, você vai tratá-lo como pessoa. [...] Você vai tratá-lo como uma pessoa que precisa de um tratamento maior (E10).

> É um pouco diferente da área da saúde, [...] já que teria que estar trabalhando com infectologia, com pacientes com doenças transmissíveis. Então, a maioria tem família, filho pequeno. Eu também pensei muito nisso no início (E4).

Os profissionais de saúde, assim como os usuários, são sujeitos que trazem suas histórias, dificuldades e frustrações para o trabalho do cuidado em saúde. Neste sentido, como demostrado nos depoimentos, o cuidado às PVHAs é carregado de uma carga emocional que os afetam no cotidiano de suas atividades de trabalho.

5.4. O grupo, as narrativas e o cuidado às PVHAs

Os dados apresentados a seguir representam a terceira fase de coleta de dados nos Serviços de Assistência Especializada (SAEs) analisados na presente pesquisa. Esta fase trata da realização dos grupos de discussão com profissionais de saúde, cujo intuito foi de problematizar e refletir, com os profissionais, as especificidades do cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHAs).

Foram realizados dois grupos em dois SAEs diferentes. Um dos grupo contou com a participação de oito integrantes, das seguintes categorias profissionais: um assistente social, uma enfermeira, uma técnica de Enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de farmácia, um psicólogo, um dentista e uma médica. Já o outro grupo contou com a participação de dez integrantes, das seguintes categorias: um assistente social, uma médica, dois psicólogos, uma recepcionista, um auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de farmácia, uma enfermeira e duas técnicas de Enfermagem.

A equipe de profissionais de saúde de um dos grupos é formada por profissionais com muitos anos de atuação no contexto do HIV/aids. Neste sentido, tem-se aí um dado interessante, tendo em vista que, dos participantes do grupo, a maior parte atua na instituição entre 10 e 20 anos ou mais, e somente três deles há menos de três anos, demonstrando o fortalecimento do vínculo dentro da equipe e uma maior experiência em abordar o tema "cuidado às PVHAs".

Já a equipe de profissionais de saúde do segundo grupo é formada por profissionais com tempo de atuação no contexto HIV/aids bem diversificado. Neste, foi possível verificar que, com exceção de duas profissionais que já atuam na instituição a mais de 22 anos, o restante atua a menos de seis anos na área da saúde, sendo que a maioria dos participantes atuam a menos de três anos no contexto HIV/aids. E ainda, ocorreram algumas divergências de opiniões entre os profissionais sobre o tema abordado, favorecendo o debate entre a equipe.

Diante das características dos dois grupos, foi possível observar um maior entrosamento em um grupo, além da discussão de alguns valores da própria equipe no cuidado às PVHAs. Já no outro grupo, por ser mais heterogêneo, foi possível perceber nas discussões relatos mais individuais acerca dos temas abordados no momento do grupo de discussão.

Dos temas discutidos pelos grupos, foi possível identificar quatro categorias, a saber: 1) o viver com HIV/aids hoje; 2) características e dificuldades do trabalho de cuidar em saúde; 3) o cuidado às PVHAs; e, 4) as dimensões emocional e relacional do trabalho de cuidado.

A seguir, têm-se as categorias com as narrativas dos participantes.

5.4.1. O viver com HIV/aids hoje

A primeira categoria identificada na análise dos grupos foi o viver com HIV/aids hoje, na percepção dos profissionais de saúde. Em ambos espaços, os profissionais de saúde ressaltaram aspectos que eles observam cotidianamente no atendimento àquela população e que, para eles, caracterizam a experiência de viver com o vírus na atualidade.

Aqui, os temas abordados foram: o impacto do diagnóstico na vida das PVHAs; a perpetuação do preconceito e da descriminação às PVHAs; o HIV e a sua relação com os grupos marginalizados; a morte anunciada; as constantes interdições na vida das PVHAs; e, as diferenças cronológicas do diagnóstico da aids.

O primeiro tema abordado na presente categoria foi a percepção dos profissionais sobre o impacto do diagnóstico na vida das PVHAs. Nas discussões com os grupos, para alguns profissionais, o peso do diagnóstico mudou muito nos últimos anos, após a aids se tornar uma doença crônica.

> Eu acredito que quando a pessoa vem fazer um teste ela já tem alguma coisa em mente, ela tá correndo o risco de dar um positivo. Ela sabe muito bem o que ela fez. Eu acho que já vem mais preparada hoje, não é mais tanta surpresa para os pacientes, [...] não são mais pegos de surpresa. Não é mais tanta surpresa como era antigamente (P1G2).

Todavia, para a grande maioria dos profissionais, o peso do diagnóstico do HIV ainda é muito maior que de outras doenças, conforme o seguinte relato: “Tem paciente que tem um diagnóstico de hepatite e cirrose e fala assim: ‘ainda bem que eu não tenho HIV!’ Em termos clínicos falando o HIV, seria melhor, mas a pessoa fala, ainda bem que eu não tenho HIV” (P2G2).

Para os profissionais, o viver com HIV/aids, ainda hoje, acarreta grande preconceito e discriminação e, por esse motivo, no momento do diagnóstico, “o estado emocional [...] é mais devastador naquele momento que o próprio vírus” (P1G1).

Ainda sobre o peso de viver com HIV, os profissionais destacaram que muitos usuários do serviço têm muito medo de serem identificados entrando no serviço, uma vez que tem receio de encontrar algum conhecido. Sobre a questão, uma profissional relata um caso que ela recentemente acompanhou. Ao atender um senhor, este “entrou em pânico” (sic) após encontrar um amigo que também aguardava atendimento. A profissional tentou acalmá-lo,

ressaltando que não era possível o amigo saber o motivo dele estar lá, mas este insistia em afirmar que, ao ser visto na instituição, a sua sorologia seria descoberta.

Com medo do preconceito, muitas PVHAs não revelam o diagnóstico nem aos profissionais de outros serviços de saúde, conforme o seguinte relato: “Assim, eu acho que teve um grande avanço né! Agora, esse preconceito, eu acho que ainda existe, entendeu?” (P1G1). De acordo com um relato, ainda hoje, há muito medo de “[...] como os outros vão encarar a minha doença” (P4G2).

No início da epidemia, o HIV foi relacionado com os grupos marginalizados (homossexuais, usuários de drogas intravenosas e profissionais do sexo). Na percepção dos profissionais, ainda hoje, descobrir-se soropositivo é estar relacionado aos referidos grupos, o que acarreta em forte julgamento moral e culpa, além das questões relacionadas à própria sexualidade, conforme os relatos que se seguem.

> Ah! Vão achar que eu usei drogas, que eu sou promíscuo, vão achar que eu sou gay” (P3G1).
>
> [...] existe muito julgamento por trás do HIV. É diferente de uma pessoa que tem um câncer, que as pessoas [...] falam: ‘nossa ela tem câncer’ e existe essa comoção. [...]. Agora, se você fala ‘aquela pessoa tem HIV’, independente se adquiriu via transmissão vertical, independente se ela foi abusada, independente da forma que ela contraiu, a pessoa já vê o HIV como uma coisa meio moral (P2G1).
>
> Como é uma doença muito fortemente ligada à sexualidade, eu acho que trabalha muito a culpa [...]. O HIV, ele entra como um castigo divino por alguma coisa que a pessoa fez ou alguma fantasia que ela colocou em prática e aí veio o castigo divino. Eu escuto todo dia isso no consultório. Daí o que eu acho que acontece: o paciente com HIV ele é mais tímido. Como ele se sente culpado por estar com a doença (P2G2).

Assim, embora o tratamento tenha avançado consideravelmente, o preconceito continua igual, conforme o seguinte relato: “Então, eu acho que essa parte evoluiu muito pouco [...] em relação à parte médica, que evoluiu muito [...]. Então esse sofrimento psíquico que a pessoa tinha, eu acho que continua tendo” (P3G1).

Ainda segundo os depoimentos dos partícipes da pesquisa, a infecção pelo vírus HIV, ainda hoje, soa como uma sentença de morte, como era no início da epidemia, com base no relato a seguir: “[...] aqueles primeiros tempos, foram assim: não tinha remédio, não tinha nada, então morria todo mundo. Era um horror, [...] era uma sentença de morte mesmo. Uma pessoa que tinha HIV? Nossa! Era uma coisa assim [...] Triste” (P3G1). Com o avanço dos ARVs, a partir de 1996, a sobrevida da PVHA aumentou, porém, o que os profissionais

destacam é que a ideia do HIV como sentença de morte ainda é muito presente, como é possível perceber nos seguintes relatos:

> [...] hoje mesmo teve um na coleta e ele falava assim. Aí nós perguntamos do parceiro, e o parceiro dele morreu. 'Ah, eu estou bem né, por enquanto, sabe?' Então, e ele está bem. O exame tá mostrando que ele tá bem, e ele tá falando 'por enquanto' entendeu? [...]. Quer dizer, tá marcado uma data pra ele ficar ruim (P4G1).

> A gente tem uma data de validade, e você vai morrer. Mas a gente não deixa de viver, pensando nisso. Mas eles deixam de viver, pensando nisso (P3G1).

Outro aspecto que os profissionais pontuaram foi referente às interdições que os próprios usuários apontam em suas vidas. Neste sentido, tem-se um preconceito muito forte das próprias PVHAs que os impedem de buscar coisas novas e de seguir a vida. Assim, nos atendimentos é possível perceber que "[...] muitos pacientes [...] não conseguem digerir seu próprio diagnóstico. Tem essa dificuldade de aceitação" (P3G2).

Ainda sobre as dificuldades supramencionadas, é relatado um atendimento recente com um usuário do serviço. Este tinha descoberto que era soropositivo há pouco tempo e acreditava que nunca mais conseguiria um trabalho registrado, conforme o seguinte relato:

> Ele veio falar: 'Nossa! Eu nunca mais vou arrumar trabalho registrado [...] porque eles vão fazer exame em mim, vão descobrir o que eu tenho. Você acha que eles vão me querer na empresa?' […]. Eu [...] expliquei a questão legal, que é proibido fazer o exame. [...] (P2G1).

De acordo com os profissionais, é como se a descoberta do diagnóstico dividisse a vida em dois momentos, conforme o relato que se segue: "[...] então é assim: dá pra ele uma declaração de que daqui pra frente a vida vai ser completamente diferente, né. Ele faz um antes e um depois do diagnóstico" (P2G1).

Sobre as interdições na vida das PVHAs, os profissionais também destacaram mais dois aspectos, a saber: 1) os relacionamentos afetivos; e, 2) a possibilidade de ter filhos. Assim, tem-se o relato do que geralmente se escuta dos usuários: "[...] as pessoas falam assim: 'ah! Ninguém mais vai me querer. Eu nunca mais vou arrumar um parceiro, uma parceira'" (P3G1).

Além disso, aparece também a dificuldade de revelar o diagnóstico para o parceiro, conforme destacado nos seguintes relatos:

> [...] tem gente se batendo faz dois, três anos e eles ainda não tem segurança. Por mais que a gente tenha discutido o assunto, tenha trabalhado, é muito difícil revelar o diagnostico pro parceiro. É muito difícil (P2G2).

> Ela [a pessoa com HIV/aids] tá mais preocupada com o que o outro vai pensar do que com ela mesma, do que com a doença em si (P4G2).

Durante o atendimento, os usuários evidenciam uma grande preocupação em relação à forma como os outros vão se comportar se souberem da sua doença e a grande chance de serem discriminados por isso, sendo a questão algo comum nos relatos dos atendimentos.

> 'Eu não vou poder ter filho. É, eu vou ficar com cara de aids. As pessoas vão olhar pra mim e já vão desconfiar. É, se eu tô na rua, eu acho que os outros vão ficar achando. Vão ficar olhando, e já vão ficar achando'. Aí eu falo [...] assim: você tá vendo aquela sala de espera lá? 'Tô'. Você sabe quem dali tem aids? Não dá pra saber (P3G1).

Um último aspecto apontado pelos profissionais em relação ao viver com aids se refere ao impacto da doença nas diferentes etapas da vida de sua ocorrência. Estes apontam que aqueles que acompanharam os anos iniciais da epidemia sofrem mais com o impacto da doença do que os mais jovens, conforme o seguinte relato: "As pessoas mais jovens, elas não têm tanto esse peso do estigma né. Já a pessoa com 30 ou mais, aí traz esse estigma do começo da epidemia" (P5G1). Neste sentido, "os jovens [...], a gente vê muito: 'ah! eu tenho HIV? Ah! os meus amigos também têm. Ah! todo mundo tem'. Aí vem consultar e eu quero falar do CD4. 'Ah não!? Passa o remédio'. Ahn?!? Eu querendo lá explicar" (P3G1).

Em suma, no relato dos profissionais, os indivíduos com mais de 30 anos, além de serem portadores do HIV, são também portadores da história da aids.

5.4.2. Características e dificuldades do trabalho de cuidar em saúde

Na presente categoria, foi possível identificar as características e dificuldades do trabalho de cuidar em saúde apontadas pelos profissionais de saúde que participaram do estudo em questão, com destaque para a questão do perfil dos profissionais de saúde para atuação no contexto próprio, apontando a necessidades de identificação com a causa por parte dos profissionais de saúde e uma disposição para atender e trabalhar em equipe. Em relação às dificuldades vivenciadas no trabalho, têm-se os seguintes aspectos: falta de recursos humanos; estrutura física precária e falta de insumos; falta de comunicação com a rede de saúde e com a rede de assistência social; e, diferenças e divergências entre a oferta de treinamentos no início da epidemia para os dias atuais.

Diante do exposto, a princípio, tem-se nas linhas que se seguem as características do trabalho de cuidar apontadas pelos participantes.

Perfil profissional

O primeiro tema destacado pelos profissionais foi o perfil profissional dos profissionais de saúde para a atuação no contexto em questão.

Para eles, é necessário ter um perfil profissional para trabalhar e se adaptar ao trabalho desenvolvido pela SAE. Sobre as características desse perfil, temas como, por exemplo, "escolher atuar naquele contexto", "identificação com a causa" e "disponibilidade para ouvir o outro" são mencionados pelo grupo, conforme os relatos que se seguem.

> Eu falei que profissional também tem que ter perfil né. Por exemplo, [...] ela tem perfil pra aqui. Ela sofria no outro lugar que ela estava e aqui ela não sofre, apesar de ver tanto sofrimento. [...]Porque o atendimento que é dado, é diferenciado pra cada um. Você não conseguia fazer lá o que você faz aqui (P2G1).

> [...] o trabalho que é feito aqui, [...] trabalha o sentimento da pessoa, não olha o paciente como um número, uma estatística. É dado afeto, é dado apoio, a gente escuta o paciente (P5G1).

Além disso, conforme o grupo em questão, muitos profissionais não gostam de atender PVHA e, caso o profissional não tenha uma identificação com a causa, ele não logrará escutar aquele usuário e oferecer um atendimento humanizado, conforme o seguinte relato: "O humanismo, entendeu? Nem todo mundo tem essa coisa. Não tem. Porque na verdade, o concurso não define que a pessoa é capaz de fazer aquilo, né. É bem diferente de um setor pro outro" (P2G1).

Tal disposição do profissional é apontada como algo fundamental, "como qualquer outra coisa, você precisa estar disposto, aberto a fazer, na sua profissão, o melhor. Não interessa se ele tem aids, se ele tem câncer, um paciente psiquiátrico" (P7G1).

Trabalho em equipe

Como característica importante, a disponibilidade de trabalhar em equipe, como elemento do cuidado em saúde, foi uma ação destacada pelo fato de muitos profissionais atuarem no serviço já há algum tempo, o que facilita o relacionamento e a comunicação na equipe. Conforme apontado, "[...] a gente já convive há muitos anos. Eu tô no serviço desde dois mil" (P5G1), o que aproxima os profissionais, facilitando a discussão dos casos atendidos

pela instituição. Além disso, a equipe constrói seu próprio *modus operandi*. Aqueles profissionais ainda destacam a importância de estar em constante comunicação, conforme o seguinte relato: "[...] a gente sempre conversa. Troca um com o outro ideia a respeito do paciente" (P2G1).

Outros aspectos apontados como facilitadores do trabalho em equipe são: a troca de experiência entre os profissionais e a junção de serviços Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e SAE em um dos Municípios. Sobre a troca de experiência, existem profissionais que estão no serviço já há algum tempo, que acabam oferecendo um suporte técnico para os novos profissionais.

Em relação à junção entre o CTA e o SAE, os partícipes da pesquisa se referem às mudanças que precisaram ser feitas (e um dos Municípios foi necessário se ajustar em um mesmo espaço físico). Assim, antes da junção, conforme o seguinte relato, "perdia demais o paciente no meio do caminho, entendeu? Muitos chegavam lá faziam o exame, encaminhava pra cá e, imagina!?! Nunca mais apareciam. Um monte se perderam" (P5G2).

Assim, no relato daqueles profissionais, além de diminuir o número de usuários que não aderiam ao SAE, tal ação aproximou as duas equipes que passaram a atuar em conjunto.

Ainda sobre o trabalho em equipe, alguns profissionais que trabalham em diferentes unidades de saúde, ao se referirem ao SAE, afirmam que:

> [...] a equipe aqui funciona muito bem [...] Eu vivo outras realidades. Eu trabalho na área básica, e aqui é um lugar que funciona, tá todo mundo junto (P6G2).

> Na unidade básica nós somos mais independentes, os médicos são mais independentes. [...] Na UBS é cada um na sua, no seu setor. Aqui tem mais essa interação entre a equipe. Eu percebi isso (P1G2).

Neste sentido, tem-se ainda a afirmação, por parte daqueles profissionais, de estranhamento do clima de trabalho quando iniciaram o labor no SAE, em relação ao nível de diálogo e cordialidade entre os profissionais e a aproximação da equipe – fato não vivenciado em outros locais onde trabalharam, conforme o seguinte relato: "[...] a gente brinca, mas a gente trabalha. Assim, o que um precisa do outro, você pode ir lá" (P1G2).

Falta de Recursos humanos

A falta de recursos humanos nos serviços foi apontada como uma das maiores dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho das equipes de saúde. Para os profissionais, o cuidado em saúde demanda tempo para que a equipe possa atender melhor e escutar o

paciente. Porém, com a falta de profissionais, tem-se o acúmulo de trabalho e o aumento no tempo de espera dos usuários do serviço para serem atendidos – um aspecto que muito incomoda e gera desconforto, conforme pode ser observado no seguinte relato: “Eu acho que excesso de trabalho é uma coisa, né. Na verdade é a falta de recursos humanos. Algo pior, né? Porque demanda um tempo para você ter esse tipo de atendimento né, e as vezes você vê que a fila tá grande lá fora. Então, pra mim, pelo menos, não é fácil” (P2G1).

E ainda, tem-se o destaque para a questão do aumento da quantidade de trabalho, quando o serviço passou a atender outras doenças (hepatites virais, por exemplo) sem a adição de um número considerável de profissionais de saúde, acarretando em sobrecarga de trabalho para toda a equipe, que deixou de realizar outras atividades em detrimento do fato em questão, assim confirmado pela maioria dos profissionais e exemplificado no seguinte relato:

> Eu acho uma coisa na história do HIV/aids que atrapalha um pouco foi o seguinte: quando junto a hepatite C com HIV. A gente triplico a demanda do serviço. Então, por exemplo, a gente fazia visita na casa do paciente quando o paciente estava sumido. Hoje a gente não vai mais perde duas três horas num dia porque você tem mais dez pacientes com hepatite C que você consegue atender nesse mesmo horário (P2G2).

Conforme as discussões no grupo analisado, os profissionais compreendem as hepatites como demanda do serviço, porém, suas queixas caminham no sentido da sobrecarga de trabalho em função da não contratação de outros profissionais e da necessidade de não dar seguimento nos projetos em andamento pelo mesmo motivo. Neste sentido, tem-se o seguinte relato: “Então, o que, que aconteceu, muito do trabalho que você fazia com relação as coisas de fora, na rua, [...] a gente foi deixando” (P2G2).

Dificuldade de desenvolver um trabalho em rede

Outro tema abordado pelos profissionais foi a falta de comunicação entre os dispositivos que compõem a rede, que implica diretamente no atendimento do serviço.

> [...] muitas vezes o paciente fica desgastado com isso. ‘Ué! Porque que eu vou voltar pro médico se aquele meu problema de dois meses atrás ninguém resolveu?’ [...] Ele quer resolver aquilo, mas a rede não ajuda. A rede não dá conta. Então ele vai ficando cansado. Ele fala: ‘vou ter que voltar praquilo mesmo?’ Ele vai ficando, muitas vezes, irritado mesmo, e às vezes ele direciona isso pra gente (P8G1).

A burocracia é apontada como um processo demorado, evidenciando ainda mais a falta de comunicação entre os diferentes dispositivos de saúde.

> Pra gente encaminhar pra qualquer pessoa, pra qualquer lugar, pra qualquer equipe, tem que ter um papel, tem que ter o CID, tem que ter carimbado, não sei mais o que. Aí o paciente volta e eu pergunto: você foi lá? 'Ah [...] eu passei lá, eles conversou comigo e falo que não era lá'. Mas assim, cadê a contra-referência? (P6G2).

> Porque a gente já encaminhou paciente para determinado setor e eles: ‘eu não agendei porque não estava completa a ficha’. Que ficha? É que [...] precisa preencher uma ficha que eu não sabia, entendeu? E ai não pensou duas vezes para não agendar. (P7G1).

Além disso, têm-se ainda os exames realizados em outros dispositivos de saúde que, conforme os participantes da pesquisa, nunca chega o resultado no SAE, sendo necessária, em muitas ocasiões, a repetição do exame no serviço, o que acarreta em filas de espera, conforme o seguinte relato: “A gente não consegue cobrar, porque a gente não tem acesso, por que colheu no postinho. [...] Se for pra lá a gente não consegue acessar. Você tem que pedir pra mãe ir lá buscar” (P6G2). Neste sentido, uma saída para a questão é a família buscar o resultado, porém, nem sempre liberado pelo serviço.

A falta de comunicação na rede de saúde é apontada pelos profissionais como não exclusiva da rede pública, mas também dos convênios de saúde.

Além da dificuldade de comunicação com a rede de saúde, tem-se a dificuldade de comunicação com a rede intersetorial, como é o caso da ação social, conforme o seguinte relato: “Eu acho que a articulação com a ação social tem ficado mais difícil hoje em dia também. Eu acho que a dificuldade é a rede [...] essa parte emperro bastante. A articulação de rede” (P2G2). Ao mesmo tempo é descrito o processo em que, na maioria das vezes, o paciente se perde, conforme o relato exposto a seguir.

> Por exemplo, eu ligava pro CREAS. Eu estou com uma paciente assim, assim [...]. Manda pra cá agora, eles falavam, [...] manda pra cá que a gente acolhe. Agora, você tem que fazer um documento, mandar o documento pra nós e pro conselho, daí o conselho vai ligar pro paciente. Aí você faz. Aí nessa de um liga pra um e o outro liga pro outro, ai o paciente se perde. [...] Um empurra para o outro e no fim o paciente fica perdido (P2G2).

> Na verdade, a rede não se comunica. Isso foi sempre um defeito da rede (P2G1).

> Ele [o paciente] quer resolver aquilo, mas a rede não ajuda, a rede não dá conta. Então ele vai ficando cansado. Ele fala ‘vou ter que voltar praquilo

> mesmo?' Ele vai ficando muitas vezes irritado e, as vezes, ele direciona isso pra gente mesmo (P8G1).

De acordo com os profissionais, muitos pacientes, diante da ineficiência da rede, voltam-se para o serviço. E os profissionais precisam lidar com a raiva do paciente.

Estrutura física precária e falta de insumo

Por fim, os profissionais trataram das dificuldades com a estrutura física da instituição. Atualmente, esse é um problema vivenciado por um dos SAEs, onde sua sede passa por reforma e o atendimento está sendo oferecido em uma casa adaptada. A reforma, que tinha previsão de um ano, se estendeu por mais de quatro anos, tornando-se um aspecto dificultador, conforme o seguinte relato: "[...] no momento para nos está sendo estrutura [física], porque quando a gente estiver lá vai ser bem melhor" (P3G1).

Embora esse não seja mais um problema para todos os serviços, os profissionais também apontaram o quanto a dificuldade foi vivenciada ao recordarem o quanto eram precárias as condições de atendimento, conforme os seguintes relatos:

> É uma excelente estrutura [do serviço] em comparação ao que era antes (P7G2).

> Nós éramos extremamente pobres (P5G2).

> Assim, cada dia saia a notícia: vai fechar o serviço [...] (P8G2).

Neste sentido, tem-se a falta de alguns insumos que dificulta o trabalho dos profissionais. Em relação à questão, os partícipes da pesquisa apontam que "[...] o que mais atrapalha é a falta de insumo. A equipe, assim, é bem organizada, articulada. O que me atrapalha é a falta insumo" (P6G2). Tal fato é confirmado por outros profissionais, ao destacarem que diante da falta de alguns insumos, a equipe já chegou a fazer uma campanha de arrecadação em outros momentos.

> Pra você ter uma ideia quando chegaram os remédios novos e tal, nós fizemos um pedágio. Nós recolhemos moeda pra poder comprar pro paciente. Aí foi avisado polícia, prefeitura, tudo, e o tiro de guerra ajudou. Aí nós passamos o dia todo no semáforo, pedindo dinheiro, ai arrecado muito dinheiro, muito dinheiro. [...] A equipe minúscula saiu pra rua (P5G2).

Após a referida atividade, os participantes afirmaram que, na semana seguinte, o Ministério da Saúde (MS) liberou o medicamento, e o dinheiro foi utilizado para a compra de equipamentos que a instituição não tinha. Porém, foi vivenciada outra situação problema: a falta

de espaço físico para guardar, conforme o seguinte relato: “Não tinha onde guardar, porque a gente era um corredorzinho” (P8G2). Assim, depois de um longo período, a reforma do prédio foi autorizada.

Divergências entre a oferta de treinamentos no início da epidemia para os dias atuais

O último tema discutido sobre as dificuldades vivenciadas pelos participantes foi a divergência entre a oferta de treinamentos no início da epidemia para os dias atuais. Tal fato foi apontado apenas por um dos grupos de discussão. Em outro grupo, os profissionais apenas mencionaram que contam com formação permanente, porém, ao serem questionados sobre a mesma, assim a descrevem: “Vem convidado de fora pra falar sobre hepatite C, pra falar sobre HIV. Então a gente participa. É pra saber: olha tá chegando o remédio; pra quem que é” (P10G2).

Um grupo apontou que atualmente houve uma grande mudança. Embora para alguns profissionais seja exigido uma determinada formação para atuar com HIV/aids, como é o caso de médicos infectologistas, muitos profissionais dizem que não receberam treinamento específico quando entraram na instituição, conforme o seguinte relato: “Foi mais uma conversa com os profissionais que já estavam aqui [...] para saber o que era, o que tratava, como tratava, o sigilo, como que o paciente chegava. Não tem nada, é no dia-a-dia ali mesmo. Você vai pegando pra ver como que é” (P8G1).

Todavia os profissionais apontam que no início da epidemia não era assim, conforme expresso nos seguintes relatos:

> Então, tinha muito treinamento. A gente ia e ficava uma semana em São Paulo, lembra? Mas agora acabou. Não tem nada, nada, nada (P3G1).

> A maioria das pessoas que entraram aqui, já eram daquela época mais brava né. Então, [...] tinha o treinamento, tal e muita coisa foi mudando, tá? De um tempo pra cá, como se achou o esquema tríplice, que controlava bem os pacientes, então entro num platô (P3G1).

Diante da falta de treinamento, foi destacado que, muitas vezes, o profissional recorre à *internet*, conforme o seguinte relato: “[...] mas você vai no Dr. google lá, e ensina você a fazer tudo agora” (P7G1). E a ausência de treinamentos, conforme os profissionais, não é exclusividade do Município, mas sim da Política de HIV/aids.

5.4.3. O cuidado às PVHAs

A terceira categoria se refere ao cuidado às PVHAs em saúde pública. Aqui se empreendeu a discussão com os profissionais sobre o cuidado oferecido, com destaque para os aspectos relacionados às seguintes dimensões: o primeiro contato do usuário com a instituição; o reconhecimento do usuário como pessoa; o não uso do antirretroviral e a adesão do usuário com a instituição; a ressignificação da vida e da morte; os aspectos mais importantes do tratamento e o HIV; e, as indústrias farmacêuticas.

O primeiro contato do usuário com a instituição

O primeiro contato do usuário com a instituição é apontado pelos profissionais como um momento muito delicado. Alguns usuários já chegam com o diagnóstico positivo para HIV na instituição e, conforme os profissionais, tal fato implicará diretamente em seu estado emocional.

> [...] a gente percebe que perdura, leva um longo tempo pra pessoa digerir aquilo. O que eu percebo […], quando a pessoa já vem sabendo do resultado, e o profissional que entregou esse resultado, entregou de um modo assim, sem cuidado, muitos até, às vezes, carregados de preconceito, essas pessoas, quando elas vêm pro serviço, elas vêm com o emocional muito carregado. É difícil [...] da pessoa digerir aquilo, de poder aceitar, [...] é muito mais difícil (P5G1).

Tem-se ainda a questão da chegada daqueles usuários na instituição como algo corriqueiro, conforme o relato que se segue:

> Ali na recepção é bem claro a forma como eles chegam. [...] Já chegam assim ressabiados, ou um tanto ariscos. [...] Depois do atendimento, você vai vendo que ele vai se soltando, vai ficando mais tranquilo, vai vendo que não vai ter descriminação, que não vão sair falando dele (P8G1).

O reconhecimento do usuário como pessoa

Para os profissionais partícipes da pesquisa, faz-se importante que a equipe reconheça o usuário do serviço como pessoa, sendo tal aspecto o diferencial no atendimento do serviço de outros dispositivos de saúde. Existe, conforme os participantes, certa desconfiança dos usuários pelo fato de ser um serviço público – um dos dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o seguinte relato: "[...] alguns acham que não é do governo, que é particular, que vai cobrar dele. Ele não acha que aqui é SUS. Só acredita por causa daquela

plaquinha lá" (P5G2). Outros ainda sugerem que é uma versão mais aprimorada do SUS, onde "alguns pacientes perguntam se é SUS. Outros sugerem um SUS Plus. Isso dito por pacientes e não por nós. [...] Tem gente que fica espantada porque nunca viu isso" (P1G2).

Na opinião de alguns participantes, o que diferencia o serviço ofertado por eles é a escuta do usuário e um atendimento humanizado. Para o grupo analisado, tal escuta viabiliza uma aproximação e a criação de vínculo entre o profissional e o usuário, conforme o seguinte relato: "[...] depois de um tempo você vai conhecendo ele na verdade, não como o paciente, mas como a pessoa que ele é mesmo" (P2G1).

O não uso do antirretroviral e a adesão do usuário com a instituição

Outro aspecto mencionado nos relatos dos partícipes da pesquisa faz referência ao usuário que não adere ao antirretroviral, mas é aderente à instituição. O uso do termo "adesão" no contexto HIV/aids é muito comum, em referência à adesão ao Antirretroviral (ARV). Pelos profissionais, o termo em questão foi apontado em referência à instituição, como uma antítese ao da adesão ao ARV, conforme evidenciado no seguinte relato: "[...] tem gente assim que não quer mesmo, porque, assim, acha que é um peso muito grande, que não vai conseguir carregar. A pessoa não consegue ver nada de bom, ai é muito difícil" (P2G1).

Assim, alguns usuários não aderem ao medicamento, mas aderem à instituição, conforme o seguinte relato: "Uma coisa que eu acho interessante: [...] gente que não é aderente ao remédio, é aderente ao serviço. Então assim, eles não querem tomar remédio pra melhorar, mas estão sempre aqui" (P3G1). Para aqueles usuários, tem-se uma escuta (ativa) e cuidadosa.

> Não saem daqui. 'Ai, eu não tomo o remédio, mas hoje eu vim porque eu quero tal coisa. Quero conversar'. Então assim, [...] nem falo mais em remédio porque a pessoa não quer. Mas, aí a gente conversa de outras coisas né. Vê o que a pessoa quer falar (P3G1).

Ao serem questionados sobre quem oferece aquele tipo de escuta para os usuários, o grupo analisado apontou que não existe apenas um, mas é quem o usuário procurar, ou seja, "[o usuário] chora um pouco aqui, um pouco ali, dá um pouco de risada ali, entendeu? Aí vai embora sossegado" (P3G1). Neste sentido, "o serviço ele também têm espaço pra essas pessoas" (P6G1), como aponta um depoimento.

Ressignificação da vida e da morte

Os profissionais também destacaram o cuidado às PVHAs como um espaço para a ressignificação da vida e da morte. Assim, existem usuários que "[...] perdem mesmo, e a gente

vai acompanhando [...]. Têm alguns que cansam, já começa uma infecção meio brava, e eles desanimam mesmo. Então a gente vai percebendo, que eles vão embora" (P2G1).

De fato, para os profissionais, cabe à instituição, nesse momento, também acolher os usuários.

> Porque assim, mesmo não querendo o remédio, a pessoa quer alguma coisa. Ela vem conversar [...] e é assim, se a gente ajuda a viver, porque não pode ajudar a morrer? Não é? Se a pessoa quer isso, se ela já resolveu, porque não? [...] Porque tem muita gente que é assim, ela precisa de uma ajuda pra ela morrer em paz. Então, por exemplo, antes de ela morrer, ela quer fazer tal coisa, então ela vem, conversa. Então, assim, [...] até que chega um dia e ela morre mesmo (P3G1).

O tema "ressignificação da vida" também é apontado como uma demanda da instituição e que, embora possa demorar um tempo, é também possível, conforme o seguinte relato: "Eu me lembro de situações de pessoas que não querem viver. [...] É uma luta terrível, e quando a gente consegue fazer a pessoa mudar de ideia e ter um sentido novo, aí é uma coisa maravilhosa" (P5G1).

O que é mais importante no cuidado às PVHAs

Outro tema abordado pelos grupos analisados foi a questão do que consideram mais importante no cuidado às PVHAs. Em um dos grupos todos concordaram com o depoimento que afirmou que: "[...] querer viver. É mais importante que o remédio, que família, que preconceito, que tudo. Se a pessoa quer viver tem aquele olhinho que brilha e você pode investir que vai dar certo" (P2G1).

Já no outro grupo, houve uma divergência entre os profissionais, uma vez que alguns pontuaram a adesão ao antirretroviral; outros, a atuação da equipe multidisciplinar; e outros, o acolhimento. A seguir, apresenta-se os depoimentos dessa reflexão do grupo.

> Eu acho que é o tratamento multi, eu vejo isso. [...] Porque, como HIV não envolve só a questão física, biológica e tomar medicamento, envolve outras questões sociais, de preconceito, tudo, então, eu acho que esse tratamento, vamos dizer, de vários profissionais que atende todas as demandas dos pacientes (P4G2).

> Eu acho que é o acolhimento, primeiro impacto do paciente é o acolhimento, se ele não se sentir acolhido, ele não vai dar continuidade ao tratamento. Jamais, ele tem que se sentir abrigado, acho que a palavra certa é essa, abrigado. Não só por uma pessoa, por toda equipe (P8G2).

> [...] se ele não tomar o remédio ela vai morrer, independente do acolhimento. [...] Se ele não for bem acolhido manda alguém vir buscar, você vai entregar o remédio. [...] Eles querem deixar o atendimento do HIV e da hipertensão e

> diabetes iguais. Quando um hipertenso não toma o remédio vai alguém do posto na casa dele? Não vai? qual a diferença de você tomar um remédio pra aids e você tomar um remédio pra hipertensão, diabetes? (P1G2).
>
> [...] o remédio da aids veio pra mudar a concepção do remédio[...]. Se você é hipertenso você está doente, você [...] vai tomar remédio pra você melhorar. Agora a aids não tem cura nunca mais. Você vai tomar remédio pra você não ficar doente. Aí como eu vou botar na cabeça da pessoa que ela tem que tomar o remédio? (P5G2).
>
> [...] não adianta ter a medicação, ter psicólogo, ter medico especialista, ter assistente social, ter enfermeiro, ter farmacêutico, ter a farmácia com medicação se o paciente não se sentir acolhido, se ele não se sentir acolhido ele vai sair e ele não vai voltar mais (P3G2).

Diante do exposto, foi possível verificar bastante envolvimento de todos os profissionais sobre a questão. Após todos manifestarem suas opiniões, foi sugerido que seria necessário, no atendimento às PVHAs, levar em consideração todos os aspectos, sem excluir o medicamento, tendo em vista que tal ação se faz importante no tratamento, porém, está condicionada aos outros recursos.

O HIV e as indústrias farmacêuticas

Ainda sobre o cuidado às PVHAs, os profissionais de saúde discutiram sobre a questão dos ARVs. Segundo eles, houve uma grande mudança no atendimento após o aprimoramento dos ARVs, em 1996. A partir daí, caíram os índices de mortalidade, aumentou a qualidade de vida e o avanço no tratamento foi notório. Porém, tal aspecto não foi o único foco das discussões sobre os medicamentos. Para os profissionais, o tratamento de HIV não tem novidades muito significativas há algum tempo, sendo que agora a atenção voltou-se para a Hepatite C, conforme os seguintes relatos:

> [...] as indústrias farmacêuticas mudaram um pouco o foco, da pesquisa (P3G1).
>
> [...] a hepatite C tá dando muito mais dinheiro que o HIV, então, é óbvio que a indústria farmacêutica vai atrás da hepatite C. Por exemplo, a leishmaniose, que a gente trata aqui, é o mesmo remédio há cem anos, sabe o que é isso? É uma droga intravenosa, cheia de efeito colateral. A eficácia terapêutica não é lá essas coisas, mas há cem anos, a gente usa (P7G1).

Os profissionais ainda destacaram que existem algumas doenças que são negligenciadas pela indústria farmacêutica, uma vez que estas são "[...] doenças de pessoas pobres". Além da leishmaniose, eles ainda apontam a hanseníase, que também continua com a mesma medicação há muito tempo. Neste sentido, tem-se a seguinte afirmação: "[...] a indústria

farmacêutica não tem o menor interesse em fazer. Que nem Benzetacil, pra tratar mal de hanse. É tão barato, mas é tão barato que tá em falta" (P7G1).

Os partícipes da pesquisa ainda destacam o quanto aquelas drogas têm vários efeitos colaterais para os pacientes, porém, mesmo diante da situação, não há nenhuma alteração.

5.4.4. As dimensões emocional e relacional do trabalho de cuidado

A quarta categoria trata das dimensões emocional e relacional do trabalho do cuidado às PVHAs. Nesta, têm-se os relatos dos profissionais de saúde acerca dos temas supramencionados, abordando, inicialmente, os aspectos emocionais do trabalho de cuidar e, em seguida, as dimensões relacionais.

A primeira questão emocional a que se referem os profissionais está relacionada à necessidade destes em lidar com as emoções dos usuários do serviço, que estão diretamente ligadas à relação que se estabelece entre quem cuida e quem é cuidado.

Como relatam, muitas vezes, faz-se importante lidar com a agressividade do paciente e ir trabalhando aos poucos essa agressividade com ele. "Se você pega algum usuário de droga, eles são muito agressivos. Eles veem olham na sua cara como se você fosse a culpada dele estar contaminado. Daí ele nem fala com você, nem olha na sua cara. Ai com o tempo, você vai conversando, você vai..." (P7G2).

Tem-se ainda a necessidade de lidar com a raiva do usuário, conforme o seguinte depoimento:

> [...] diante de algumas coisas pequenas é uma ação explosiva e violenta. Porque? A raiva tá lá. E a raiva vai explodir onde? Vai explodir em quem cuida, em quem a pessoa tem vínculo. As vezes a pessoa não tem família e ela vê algumas pessoas aqui como se fosse a família dela. Vai estourar aqui, [...] as vezes um sentimento de culpa que eles têm (P2G2).

Outro tema abordado pelos grupos se refere às frustrações diante do trabalho realizado. É comum para eles, que trabalham com adesão, se frustrar, o que acaba desgastando muito os profissionais.

> Tem uma questão com relação de você trabalhar a adesão do paciente que é parte do protocolo de atendimento. Ela é frustrante no osso, é muito frustrante. Eu acho que para todo mundo, [...], é muito frustrante. É um trabalho muito desgastante emocionalmente. [...] A gente consegue trabalhar a adesão de um caso ou outro, mas a grande maioria a gente não consegue recuperar, essa é a parte frustrante (P2G2).

Ainda sobre a questão da frustração, os participantes da pesquisa também pontuaram o quanto eles se sentem frustrados quando um paciente decide não tomar mais o ARV, conforme o seguinte relato:

> A gente vai ficando emocionalmente doente também, porque é muito. A gente quer acompanhar a vida e de repente a vida vai embora. Pessoa que você labutou tanto, foi, fez, investiu. Então simplesmente ela para de tomar o medicamento, que é a única coisa que ela pode fazer por ela mesma, ai alguns meses ela morre. [...] Aí você fica: nossa! então é essa a questão da vida e da morte? (P2G1).

De fato, a dificuldade de lidar com a morte do outro é uma questão que afeta. Neste sentido, conforme alguns profissionais, tem-se um investimento da parte deles no usuário, além do quanto são afetados pelos atendimentos que realizam. Assim, os profissionais se sentem desgastados e sobrecarregados emocionalmente. "Porque tem dia que a gente sai daqui que nem um pimentão seco, entendeu? Tem dia que é muito pesado. [...] Então tem dia que você sai daqui se arrastando, [..] eu sinto muito isso" (P8G1).

Há também a necessidade dos profissionais conseguirem lidar com a própria emoção, uma vez que este aspecto não pode interferir no atendimento, conforme o seguinte relato: "[...] e tem a dificuldade de você não passar isso que um paciente deixou pro outro" (P6G1).

Além disso, ainda apontam sobre o risco de levar os problemas do serviço, principalmente os aspectos emocionais, para casa.

> Têm situação que é muito triste, né, e isso mexe muito com nossa emoção também (P3G1)

> E aí a gente chora, porque tem situação que é brava mesmo (P5G1).

Para que os profissionais de saúde possam lidar com os aspectos em questão, o suporte emocional se dá em uma instituição, e é apontado como essencial. Mensalmente, aqueles profissionais tem um espaço na reunião de equipe para discutir sobre os referidos aspectos que, de acordo com o grupo, interferem diretamente nos atendimentos realizados. Tal espaço é dirigido por uma psicóloga voluntária.

Ainda sobre as emoções, têm-se ainda aquelas que não estão relacionadas às dificuldades, mas que para os participantes é a motivação e o incentivo a continuar trabalhando no contexto HIV/aids.

> Eu atendi uma criança. Ela chegou morrendo. Ela tinha um ano, ela não sentava, ela não falava, ela chegou morrendo. Ela e a mãe dela. A família ajudou [...], tava aqui toda semana várias vezes. [...] Teve todo um trabalho intensivo e hoje esse menino tá ótimo. [...] Dá muita satisfação você vê uma criança que chega mal e depois chega aqui numa boa (P6G1).

Uma segunda dimensão identificada nos relatos dos profissionais partícipes da pesquisa foi a relacional, com a abordagem dos aspectos do relacionamento entre o profissional (quem cuida) com o usuário (quem é cuidado).

Sobre a questão, o relacionamento que se estabelece entre o profissional e o usuário de HIV/aids é diferente das outras relações estabelecidas em outros dispositivos de saúde, principalmente quando se retoma o início da epidemia. Para os profissionais, quando os ARVs não eram eficientes como nos dias atuais, ou ainda, quando não existiam ARVs, a relação estabelecida entre o profissional e o usuário era de mais proximidade, tendo em vista que essa era perpassada por temas delicados (a morte, por exemplo).

Neste sentido, conforme o relato de um dos partícipes da pesquisa, "o pessoal ia morrendo e ia morrer na mão deles. Na verdade vinha morrer tudo aqui" (P2G2). E ainda continua:

> Era uma doença que estava matando. Então a realidade do paciente que estava aqui nesse momento do começo do serviço, era uma realidade absolutamente diferente da realidade [...] hoje. Então acho que isso contou muito porque, por exemplo, os pacientes que estão desde aquela época até hoje aqui, são pacientes que a gente salvo a vida [...] naquela época. Então não é só uma questão [...] não é só um vínculo que se constrói de um tratamento. É uma coisa mais profunda. [...] é uma vinculação que você construiu por uma questão de risco de vida" (P2G2).

Nos grupos analisados, a situação estigmatizada, o preconceito, o abandono e outras questões sociais vivenciadas por muitos usuários no início da epidemia são os principais motivos para que se estabelecesse uma relação de proximidade entre os profissionais e os usuários.

No grupo ainda foi destacado um equívoco do afeto que envolve a relação de cuidado com uma relação de intimidade e amizade entre profissionais de saúde e usuários. Foi apontado nas discussões que era comum os profissionais fazerem excursão para a praia ou outros tipos de viagens com os usuários.

Para os participantes da pesquisa, a relação de aproximação que se estabeleceu teve consequências, pois, se tornou, como é destacado, em uma "[...] liberdade excessiva por conta desses anos [...]. Os usuários, desse período, adquiriram uma liberdade que eles entravam na

nossa cozinha, mexiam na nossa geladeira, comiam também. Não era um ou outro, eram todos que chegavam e já iam direto" (P5G2).

Para alguns profissionais que atuaram durante um período de suas trajetórias em outras unidades de saúde, aquele tipo de relação causa estranhamento, como pode ser observado no seguinte relato:

> Quem vem da unidade básica se assusta. Não é nem proximidade, ao meu ver, já é intimidade, um paciente chegar e abrir a geladeira do funcionário. Eu chamo de excessos, eu nem sei se é a palavra adequada. Eles tem que ser tratados como qualquer outra doença grave, como qualquer outro paciente (P1G2).

Por último, os profissionais destacaram que aquele tipo de relação com o usuário foi mudando gradativamente quando o número de usuários foi aumentando e o tratamento foi evoluindo. Houve queda do número de óbitos, e a aids tornou-se uma doença crônica, estabelecendo, assim, outros tipos de relação entre o usuário e a profissional.

Eles também destacaram o fato da aids ser uma doença crônica, o que resulta em uma relação de aproximação entre o profissional e o usuário do serviço – consequência de uma presença mais constante do usuário no serviço. Todavia, muitas coisas mudaram nos últimos anos, principalmente no que se refere aos espaços da instituição e as relações, ficando, de acordo com um profissional, "mais a vinculação de afetividade mesmo" (P8G2).

6. DO CONHECIMENTO INDIVIDUAL À CONSTRUÇÃO COLETIVA

No presente capítulo tem-se a análise e discussão dos dados coletados, com a triangulação dos resultados das diferentes técnicas utilizadas no processo de coleta de dados executado na pesquisa.

Para Gomes et al. (2005, p. 199), o melhor método é sempre aquele que, em um determinando momento, "melhor se adequa à reconstrução teórica da realidade". Neste sentido, compreende-se que, no decorrer das linhas que se seguem, foi possível construir uma realidade a partir de três perspectivas diferentes, a saber: 1) a que ofertou um retrato geral acerca da percepção dos profissionais de saúde que atuam no Serviço de Assistência Especializada (SAE); 2) a que trouxe os aspectos da percepção individual; e, 3) a que favoreceu a construção coletiva acerca do que é o cuidado em saúde.

Dada à complexidade e considerando os limites de cada técnica, foi possível verificar no decorrer da análise uma possibilidade de complementaridade das diferentes técnicas, a partir daquilo que se entendeu por consenso (quando os dados se corroboram) e dissenso (quando os dados se divergem entre si). Para tanto, como bem destacam Gomes et al. (2005), fez-se importante respeitar o limite de cada técnica, compreendendo que, independente dos consensos e dos dissensos, um dado esclarece o outro, possibilitando uma compreensão não mais em nível de discurso, mas em um nível de contexto.

A construção da análise se deu pelo entrelaçamento de todo conhecimento produzido, sendo os temas abordados nas diferentes fases do presente estudo agrupados em categorias. Neste sentido, foi possível observar que muitos dos dados coletados, a partir das diferentes técnicas, complementavam-se, ao passo que o material foi reunido, sendo reclassificado em classes temáticas para melhor compreensão. Assim, obtiveram-se cinco classes temáticas, quais sejam: (1) o viver com HIV/aids hoje; (2) identificação, formação e perfil profissional; (3) o trabalho em equipe e o cuidado integral; (4) o cuidado às PVHAs; (5) as dificuldades e as invisibilidades do cuidado.

A seguir, têm-se as discussões que emergiram das classes temáticas supramencionadas.

6.1. O viver com HIV/aids hoje

A primeira classe temática trata da percepção dos profissionais de saúde sobre o viver com HIV/aids hoje. O tema "viver com HIV/aids" surge nos diálogos, sendo abordado a partir de seu impacto na vida das PVHAs. É marcado pelo preconceito e pela discriminação, levando àquelas pessoas a permanecerem no anonimato, sem revelar a sorologia até mesmo para os profissionais de saúde.

Nos relatos aqui coletados, o estado emocional é destacado como sendo o aspecto mais devastador do que o próprio diagnóstico, e o preconceito aparece como algo que ainda perdura. Alguns depoimentos relatam que a aids ainda está associada a grupos marginalizados do início da epidemia, o que acarreta em julgamento moral e sentimento de culpa.

A partir das narrativas dos profissionais entrevistados, foi possível identificar que eles atribuem e compartilham uma concepção acerca do viver com HIV/aids hoje. Neste sentido, é possível verificar que se tem a construção, pelas equipes, de um conceito de "viver com HIV/aids" – conceito que influencia diretamente no atendimento ofertado àquela população, bem como na criação de valores compartilhados na instituição.

Pensando em como os profissionais constroem o conceito de viver com HIV/aids, é preciso refletir sobre a definição do termo "conceito". A princípio, este possui vários significados, cuja raiz original do latim *concipere* significa coisa concebida, formada na mente. Sobre a questão, Fuentes-Rojas (2013, p. 312) atenta que "quando se fala de um conceito refere-se a uma apreciação, a um julgamento e a uma avaliação sobre algo que pretendemos definir, nomear ou explicar através das palavras". Assim, o uso do conceito não apenas nomeia algo, mas, sobretudo, atribui um sentido que lhe é próprio e está relacionado à pessoa, sendo este carregado de atributos precedentes.

Para Deleuze e Guatarri (1997)[23], os conceitos são construídos e inventados, não aparecendo prontos. Logo, não existem conceitos simples, uma vez que eles têm diversos componentes e são por estes que eles se definem. Todo conceito é composto por uma multiplicidade e, assim, ele é, ao menos, duplo, triplo etc. O conceito também é uma "articulação, corte e superposição. É um todo, porque totaliza seus componentes, mas um todo

[23] Aqueles autores afirmam que a construção do conceito é um atributo da Filosofia, diferenciando-a da ciência e da arte. Neste sentido, cabe à Filosofia criar conceitos; as ciências, impressões; e à arte, perceptos e afectos. Assim, "a Filosofia é a arte de formar, de inventar, de fabricar conceitos" (DELEUZE, GUATTARI, 1997, p. 10). Embora utilizado pelos autores para definir o que faz a Filosofia, a definição de conceito fornece subsídios para pensar sobre o seu uso em outros espaços; aqui, no caso, tem-se a formação do conceito de viver com HIV/aids construído pelos profissionais de saúde.

fragmentário. É apenas sob essa condição que pode sair do caos mental, que não cessa de espreitá-lo, de aderir a ele, para reabsorvê-lo" (DELEUZE; GUATARRI, 1997, p. 22).

O conceito não é estático, definitivo e tampouco absoluto. Ele é parte de um processo complexo que serve tanto para conhecer determinada realidade, bem como compreender o mundo (FUENTES-ROJAS, 2013).

Na formação de conceitos, Vigotsky (2000, p. 454) afirma que "é um processo criativo e não mecânico e passivo". Tem seu surgimento a partir de complexas operações, onde uma simples relação mecânica entre o objeto e a palavra não é suficiente para a produção de um novo conceito. Igualmente, a formação do termo "conceito" envolve todas as funções intelectuais. Porém, a sua construção não é isolada, imutável e engessada, e está relacionada ao ambiente (às informações recebidas) e a uma intensa atividade mental.

Para Vigotsky (apud REGO, 1995), existem dois tipos de conceitos, a saber: 1) os espontâneos (cotidianos); e, 2) os científicos. Os espontâneos são construídos no dia a dia, a partir da vivência, da observação e da experimentação, e estão relacionados ao conhecimento não formal. Já os científicos são sistemáticos e não estão relacionados à observação direta. Além disso, estão relacionados a abstrações, às generalizações e ao conhecimento formal (REGO, 1995).

Posto isto, é possível verificar que a formação de um conceito sobre viver com HIV/aids está relacionada tanto aos conceitos espontâneos construídos cotidianamente na relação dos profissionais com os usuários, bem como aos conceitos científicos, construídos a partir do conhecimento formal sobre a enfermidade em questão.

Schroeder (2007), destaca dois elementos fundamentais para a compreensão da construção de conceito em Vigotsky. O primeiro se refere ao fato de que o conceito não é estático, mas que está em constante transformação em um sistema complexo; e o segundo, é o fato do conceito ser o resultado de construções conjuntas. Assim, os conceitos são construídos coletivamente em um determinado contexto social, entre sujeitos que interagem entre si.

Os dois elementos (supramencionados) são fundamentais para compreender a formação do conceito de viver com HIV/aids na percepção dos profissionais, uma vez que estabelece tal formação a partir das relações entre a equipe e entre os profissionais de saúde e os usuários. Além disso, a construção do conceito passa de uma esfera privada para um plano de construção coletiva, que implica diretamente na influência do contato com o outro.

Fuentes-Rojas (2013) sugere que a formação de conceitos transita de uma esfera particular para uma esfera universal. Emprestando dois conceitos da Socioanálise, o instituinte

e o instituído, aquela autora aponta que o conceito se move de um lado para o outro, passando da negação de um dos polos para a aceitação e formalização do outro.

Instituinte e instituído são dois polos opostos, sendo o primeiro compreendido como um processo, e o segundo, como o resultado desse processo. O instituinte é uma força criadora e dinâmica, um momento de construção e de profunda transformação. Já o instituído é estático, sendo o efeito de uma atividade instituinte, e representa as leis, as normas, os hábitos e os padrões (BAREMBLITT, 2002).

Para Baremblitt (2002), o que dá sentido ao instituinte é a possibilidade de materialização no instituído. Além disso, o instituído, caso não existisse a potência instituinte, não seria efetivo e funcional.

Na construção do conceito, o instituído é aquilo que se aceita, pois é um conhecimento já consolidado com reconhecimento universal. Já o instituinte é o processo de construção a partir daquilo que é vivenciado (FUENTES-ROJAS, 2013).

As narrativas dos participantes sobre o viver com HIV/aids podem ser agrupadas nos seguintes aspectos: o que os profissionais sabem sobre os avanços científicos no tratamento da aids; o que os profissionais escutam dos usuários sobre o viver com HIV/aids; e, como os profissionais percebem o viver com HIV/aids.

A presente pesquisa evidenciou o quanto os profissionais de saúde sabem sobre os avanços científicos e a diferença do tratamento entre o início da epidemia e os dias atuais. Todavia, a formação do conceito viver com HIV/aids para os profissionais não depende apenas do conhecimento já consolidado, mas daquilo que os profissionais escutam dos usuários como fundamental na atribuição de um sentido.

Nas narrativas dos profissionais, é muito comum eles destacarem o que eles escutam dos usuários, a saber: relatos de preconceito e discriminação, de medo da morrer, de constantes interdições, de terem a sorologia descoberta, entre tantos outros. Aqui se tem alguns dos aspectos que cotidianamente os profissionais ouvem dos usuários e que vão contribuir na percepção e na construção do conceito de viver com HIV/aids nos dias atuais, ou seja, a partir daquilo que eles sabem e daquilo que eles ouvem, surge a forma como descrevem o viver com HIV/aids, conforme evidenciado em algumas narrativas, quais sejam: “[...] o estado emocional, [...] é mais devastador, naquele momento, que o próprio vírus”; “[...] a gente tem uma data de validade, [...] e você vai morrer. Mas a gente não deixa de viver pensando nisso. Mas, eles deixam de viver pensando nisso”.

Neste sentido, a perpetuação de um momento, o estado emocional dos usuários e o peso do vírus na vida das PVHAs são alguns dos aspectos percebidos pelos profissionais e que serão cruciais para a construção do conceito.

Retomando os conceitos de instituinte e instituído, no caso do viver com HIV/aids, o instituído é o conhecimento sobre a epidemia, e o instituinte é a potência da relação usuário-profissional de saúde. Daí, muitas vezes, têm-se os significados de viver com HIV hoje. De acordo com Pereira (2007), o instituinte é o que dá novos sentidos em um espaço instituído. E é por isso que

> [...] os conceitos não são estáticos, eles se transformam, influenciados por modelos existentes, passam pelo instituído, numa constante relação com a convivência, e é com a experiência com o sentido vivido que produz as mudanças e transformações, através de um processo instituinte (FUENTES-ROJAS, 2013, p. 316).

Alguns aspectos desse conceito definido pela equipe evidenciam o quanto o HIV/aids ainda carrega uma imagem semelhante a de três décadas atrás. O peso do diagnóstico, os preconceitos e a morte anunciada, mesmo com tantos avanços, ainda estão presentes na vida das PVHAs.

No atendimento às PVHAs, é possível verificar a importância desse conceito criado pelos profissionais. Para Bauman (2011), a criação de conceitos não está sujeita a regras, mas a sua aceitação generalizada dependerá do quanto o conceito satisfaz a experiência atual. E para os participantes do presente estudo, tal conceito parece se adequar e fazer sentido, sendo este aceito e compartilhado por muitos profissionais.

Atualmente, a formação do conceito de viver com HIV/aids pode influenciar diretamente no atendimento ofertado àquela população. Como alerta Paschoal et al. (2014), os sentidos atribuídos a um fenômeno vão orientar as condutas em relação a ele. Em termos de saúde pública, tal ação pode trazer benefícios (possibilidade de compreender os aspectos envolvidos na infecção pelo HIV e, a partir daí, ofertar ações de saúde de modo contextualizado e de acordo com as necessidades dos sujeitos, além de possibilitar aos serviços de saúde o planejamento de ações voltadas para aquela população, tanto de prevenção como de assistência (AMATO et. al., 2008)) e riscos (quando se observam as grandes variações no perfil epidemiológico, com crescentes índices de jovens e idosos soropositivos; ou seja, muitos jovens compreendem o viver com HIV/aids e enfrentam o tratamento de outro modo, com atitudes interpretadas pelos profissionais como um descaso com a saúde e com o tratamento).

Para alguns profissionais, a aids tem rosto e forma construídos a partir dos casos atendidos no início da epidemia. Assim, é possível verificar que essa imagem da aids também influencia na criação do conceito em questão. Por outro lado, os jovens não viveram esse momento da epidemia e carregam outra imagem e outro conceito do viver com HIV, diferente daquele já construído, podendo significar, em um ambiente instituído, a potência do instituinte para se repensar o conceito criado pelos profissionais.

Neste sentido, faz-se importante considerar os conceitos sempre em um processo de construção e desconstrução, pensando na potencialidade do instituinte para a produção de novos sentidos. Quando se pensa a partir desse viés, os jovens aparecem como sujeitos potenciais na superação de muitos estigmas vivenciados pelas PVHAs, no início da epidemia, fazendo com que os profissionais de saúde repensem seus conceitos e suas práticas, além das próprias instituições de saúde.

6.2. Identificação, formação e perfil profissional

A segunda classe temática do presente estudo trata dos aspectos relacionados à identificação, ao perfil, à formação e à capacitação dos profissionais de saúde. Neste sentido, a princípio, partiu-se de um panorama geral dos participantes, abordando aspectos da faixa etária dos profissionais, para posteriormente discutir sobre o perfil e a formação e capacitação dos recursos humanos no contexto HIV/aids.

Quanto à faixa etária dos profissionais, a maioria tem acima de 42 anos (65%), com uma grande variação quanto ao tempo de trabalho no contexto HIV/aids (média de 11 anos e desvio padrão de 8,8) e nos serviços (média de 9 anos e desvio padrão de 8,1), o que pode ser verificado a partir do desvio padrão.

No presente estudo, foi possível verificar uma grande preocupação dos profissionais de saúde que atuam há mais tempo nas instituições, principalmente aqueles com mais de 20 anos de atuação, em manter os mesmos princípios e padrões de cuidado para às PVHAs construído no encontro do profissional e do usuário, onde juntos aprenderam a lidar com a doença, no início da epidemia, ou seja, construíram um padrão de atendimento com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no acolhimento e na criação de vínculos.

A referida preocupação, manifestada principalmente nos relatos individuais, ganham outras conotações quando se analisa a faixa etária dos participantes e se compara com o tempo de trabalho no contexto HIV/aids e na instituição. Na análise dos dados, foi possível identificar dois grupos de profissionais, a saber: 1) os profissionais com mais de 15 anos de

atuação no contexto HIV/ aids; e, 2) os profissionais com pouco tempo de atuação na instituição, com períodos inferiores a seis anos e com grande prevalência de profissionais com tempo de serviço de um ano, o que evidencia que as equipes dos SAEs estão se renovando. Alguns dos profissionais que atuaram ativamente no início da epidemia já se aposentaram ou estão em fases de se aposentar. Neste ínterim, tem-se o ingresso de novos profissionais de saúde, o que pode ser evidenciado pela disparidade de tempo de serviço nas equipes. Embora durante as entrevistas o tema "aposentadoria" não tenha sido mencionado, muitos participantes comunicaram à pesquisadora, em outros momentos, que estavam aguardando a aposentadoria. Outros ainda comentaram sobre profissionais que haviam se aposentado recentemente.

Embora não seja toda a equipe que esteja em fase de se aposentar, a substituição de alguns profissionais no quadro de funcionários revela que os serviços estão passando por uma fase de mudança, o que contextualiza a preocupação de alguns profissionais de saúde com a necessidade de manter os princípios de cuidado às PVHAs.

Tanto nas entrevistas como nos grupos de discussão, os profissionais com menos tempo de serviço na instituição ressaltam a troca de experiências entre os profissionais, sendo que muitos deles são treinados quando ingressam para trabalhar na instituição por profissionais mais antigos, que compartilham os valores institucionais, os conceitos e a dinâmica de funcionamento do serviço.

O legado que os profissionais com mais tempo de serviço passam para os mais jovens está relacionado ao programa brasileiro de HIV/ aids que, de acordo com Paiva (2002, p.26), ficou marcado pela presença ativa de profissionais de saúde e ativistas que "compartilhavam as mesmas referências em defesa dos direitos humanos, da saúde pública gratuita e universal, e do compromisso com a emancipação e a construção da cidadania".

As mudanças dos serviços de saúde são constantes e devem sempre acompanhar a realidade local, respeitando as diretrizes que os regulamentam, para que possam ofertar um atendimento integral aos sujeitos que necessitam de cuidado. Tal movimento é importante para a instituição, pois, conforme Ciampone e Peduzzi (2000), abre espaço para os novos instituintes, transformando potencialmente aquilo que já está instituído nas equipes, além de trazer outro olhar sobre o HIV/aids e sobre as possibilidades de cuidado.

De fato, as mudanças supramencionadas ocorrem no interior da implementação de Políticas Públicas. A implementação é parte de um processo que integra o ciclo de Políticas Públicas, que compreende as seguintes etapas, interligadas e dinâmicas: 1) identificação de problemas; 2) conformação da agenda; 3) formulação; 4) implementação; e; 5) avaliação da política (LIMA; D'ASCENZI, 2013; SERAFIM; DIAS, 2012).

A identificação de problemas, a conformação da agenda e a formulação de uma Política Pública se referem à elaboração e definição dos problemas que requerem a ação do Estado, visando a realização de propostas de soluções ou alternativas, além de conduzir a uma tomada de decisão. Já a fase de implementação trata da execução do conjunto de decisões definidos na formulação da Política. Por fim, a avaliação se refere à verificação dos impactos da Política e de todo o processo (LIMA; D'ASCENZI, 2013; SERAFIM; DIAS, 2012).

A implementação, a grosso modo, pode ser compreendida como um "conjunto complexo de relações" que é influenciado por interesses, vontades, concepções e ideologias de diferentes atores, situados em diferentes posições na máquina governamental (NEPP, 1999, p. 108). "É o conjunto de ações que pretendem transformar as intenções em resultados observáveis" (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 131).

Para compreender um processo de implementação de uma Política Pública, conforme Lima e D'Ascenzi (2013), faz-se importante considerar as variáveis cognitivas dos atores que a implementam e executam, tendo em vista que a visão de mundo destes influenciará na interpretação e estrutura normativa da Política, de acordo com a alocação de recursos materiais disponíveis.

Os profissionais de saúde ocupam um lugar importante nas Políticas de atenção em saúde, uma vez que são mediadores entre o Estado e os usuários; são os agentes de implantação das Políticas. A mudança do quadro de profissionais de saúde implica em uma mudança na implementação da Política, pois, como destaca Lima e D'Ascenzi (2013), toda implementação está relacionada às variáveis cognitivas. A mudança no quadro de profissionais pode representar para a instituição uma mudança no seu processo de trabalho, na organização das ações de saúde e também nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários. É nesse sentido que emergem as preocupações dos profissionais de saúde participantes deste estudo.

Quanto aos profissionais que atuam nos SAEs, estes são de diferentes categorias e compõem uma equipe multidisciplinar, como preconiza a regulamentação deste dispositivo de saúde. Além disso, possuem formação em nível técnico e superior em cursos da área da saúde ou áreas afins. Quanto ao perfil dos profissionais, foi possível verificar que eles possuem todos os requisitos que todo profissional tem que ter, em níveis de formação acadêmica e que, embora a seleção para trabalhar nas instituições seja por concurso público, 85% afirmaram que escolheram ficar na instituição. Tal dado deve ser levado em conta, uma vez que no concurso público se tem uma designação de cargos públicos, sendo, muitas vezes, selecionado o profissional para uma vaga da qual toma conhecimento, do local de trabalho, depois da convocação. Sobre a questão, foi possível verificar nas entrelinhas dos discursos, que os

serviços buscam um perfil profissional que deve estar disposto a ser construído no cotidiano do trabalho. As características que os gestores tentam identificar nos profissionais estão relacionadas à relação e compreensão que os serviços devem ter sobre o cuidado às PVHAs, enfatizando algumas atitudes que o profissional deve possuir, tais como: sensibilidade, respeito e disponibilidade para acolher e ouvir; ou seja, deve ser um indivíduo que, apesar de seus princípios morais chocarem com as escolhas do usuário, consiga lidar com o outro enquanto sujeito que sofre e que, muitas vezes, busca no serviço um alívio para sua dor.

Neste sentido, o perfil que se busca em um profissional para atuar nesse contexto é apontado por Del Bianco (2000) como um cuidador, cuja empatia, vínculo, envolvimento, não julgamento, capacidade de estimular a integração e a valorização da cidadania fazem parte dos principais atributos dos profissionais, sendo necessários para um atendimento integral no contexto em questão.

Quanto à formação de recursos humanos para atuar no SAE, são oferecidos programas de capacitação e treinamento para a qualificação dos profissionais, uma vez que tal ação merece destaque devido às divergências encontradas nas diferentes técnicas utilizadas para a coleta de dados. Em um primeiro momento e de modo geral, os profissionais destacaram o recebimento de treinamento quando iniciaram suas atividades na instituição (63%), e a instituição continua ofertando treinamentos para a equipe (88%), ao mesmo tempo em que avaliam que os treinamentos são suficientes para o desenvolvimento de suas atividades.

Em um segundo momento, os profissionais destacam a insuficiência dos treinamentos em comparação ao início da epidemia. E em um terceiro momento, confirmam que houve uma redução, porém, não sendo esta a única mudança. Mudou-se também o modo como os cursos são oferecidos e o espaço utilizado para a realização das atividades (que atualmente ocorrem, em sua maioria, no próprio local de trabalho).

Vale destacar que no âmbito do SUS, o programa de HIV/aids se destaca entre as outras ações de saúde por ofertar, desde o início da epidemia, programas de treinamento e capacitação para os profissionais de saúde – um dos eixos priorizados, considerando que "os processos de produção de serviços de saúde é marcado por uma intensa dependência do trabalho humano, [...] que exige uma constante atualização desses conhecimentos por parte dos recursos humanos atuantes nesta área" (BRASIL, 1999).

Os programas de treinamento e capacitação no contexto do HIV visavam superar uma formação básica insuficiente dos profissionais de saúde, abordando determinados conteúdos (sexualidade, aspectos éticos e psicossociais do cuidado às PVHAs, por exemplo), além de discussões sobre cidadania (BRASIL, 1999).

Conforme apontado pelos profissionais entrevistados, a formação acadêmica acaba sendo generalista, o que não contempla um aprofundamento do atendimento às PVHAs, não os capacitando para atuar de modo integral no contexto em questão – fato que reforça a necessidade de programas de treinamento e capacitação nos serviços.

Na década de 1990, quando do surgimento dos primeiros SAEs, um dos critérios para a implantação do serviço no Município era a necessidade de participação dos profissionais de saúde em programas treinamento e capacitação (BRASIL, 2000), que eram financiados e elaborados pela Coordenadoria Nacional do Programa de DST/HIV/aids, que mantinha centralizada todas as ações desenvolvidas no contexto HIV/aids no País.

A partir de 1995, teve início um processo de descentralização dos programas de treinamento e capacitação para os profissionais de saúde, visando superar as lacunas diante das dificuldades vivenciadas pelos programas que não conseguiam uma abrangência nacional (BRASIL, 1999). Com a descentralização, Estados e Municípios passaram a ser os responsáveis pelo desenvolvimento de programas para capacitar os seus profissionais de saúde, com critérios estabelecidos pelas Coordenações Estaduais e Municipais de DST/aids.

E ainda, com a descentralização, os Municípios, em conjunto com as Coordenações Estaduais, ganharam autonomia para estabelecer os critérios dos programas. Como exemplo, no Estado de São Paulo, o Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS (CRT/DST/AIDS) possui um Núcleo de Desenvolvimento e Educação da Gerência de Recursos Humanos, formado por uma equipe de profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de ações de formação com profissionais que trabalham com PVHAs, "de forma mais ampla possível, desde a capacitação para o manejo de antirretrovirais até questões como: acolhimento, adesão, qualidade, humanização e outros temas" (SÃO PAULO, 2009, p. 42).

Uma das ações daquele Núcleo foi o desenvolvimento da Plataforma Educacional daquele CRT – uma plataforma de aprendizagem a distância, que disponibiliza dois tipos de ambiente, a saber: um voltado para a cursos e atividades à distância, visando o aprimoramento dos profissionais de saúde; e o outro, o grupo de trabalho e suporte de atividades colaborativas, além de fóruns (SÃO PAULO, s./d.).

O desenvolvimento das Tecnologias de Informação (TIs) tem possibilitado a expansão e consolidação da Educação a Distância (EaD) no Brasil, sendo que tal modal de ensino e aprendizagem tem sido aderido cada vez mais pelas por diversas instituições como proposta pedagógica (PUERTA; AMARAL, 2008). Esta apresenta como vantagem uma maior autonomia do aluno na busca pelo conhecimento, além da flexibilidade de tempo e espaço e centralização do processo ensino-aprendizagem nesses sujeitos. Como desvantagens, tem-se: a

dificuldade no esclarecimento de questionamentos e a morosidade no retorno, o que pode ocasionar atrasos nos estudos; poucos espaços para os alunos explorarem e discutirem suas dúvidas; e, dificuldades de alguns alunos criarem rotinas para estudar e ausência de interação grupal (CARVALHO et. al., 2011; DA SILVA, 2004).

No presente estudo foi possível verificar uma grande variação na oferta de programas de treinamento e capacitação de uma instituição para outra. Com a descentralização, cada Município tem mais autonomia para o desenvolvimento de programas, o que evidencia uma disparidade entre as instituições participantes. Além disso, foi possível constatar que as estratégias utilizadas e a modalidade de ensino dos programas também mudam de um serviço para outro, ou seja, alguns serviços investem em uma educação permanente e educação continuada, outros tem incentivado os profissionais a realizarem os treinamentos ofertados na modalidade EaD.

Outro aspecto que a partir do relato dos profissionais foi possível verificar é que as novas modalidades de oferta dos programas não foram aceitas igualmente por todos os membros da equipe. Resultados semelhantes são apresentados por Silva, Ogata e Machado (2007), que destacam o uso de metodologias inadequadas na capacitação de trabalhadores da Atenção Básica de Saúde. Para aqueles autores, é possível a ocorrência de um processo de desmotivação do profissional em participar dos programas de capacitação, gerando obstáculo para o seu aprimoramento profissional.

De fato, a capacitação dos profissionais de saúde torna-se um eixo importante na produção do cuidado, devendo ser considerada uma ação estratégica "para a consolidação do SUS, podendo constituir-se num espaço concreto de construção de competência técnica, política, e ética para o fortalecimento dos recursos" (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007, p. 392).

Os novos métodos de capacitação de equipes, onde, em muitos casos, é o próprio profissional que se encontra na unidade que realiza a capacitação, evidenciam outra face dos programas: a formação dos multiplicadores.

Grande parte dos profissionais entrevistados aponta que a equipe que está na instituição há mais tempo é a que treina os novos profissionais. Os profissionais que participaram dos programas de capacitação no CRT no início da epidemia e que lograram materializar as discussões e a aprendizagem no dia a dia da instituição tornaram-se os multiplicadores que atuam na capacitação de outros profissionais.

Além disso, a capacitação que se dá no âmago das instituições reforça uma compreensão de formação permanente e continuada, sendo construída no cotidiano dos serviços em uma troca mútua entre todos os profissionais da equipe.

Embora a descentralização tenha trazido os benefícios supramencionados, não se pode esquecer que a descentralização aponta disparidades e que nem todas as instituições conseguem realizar, de fato, uma educação permanente e continuada dentro dos serviços, o que implica diretamente na produção do cuidado às PVHAs. Sobre a questão, Arretche (1996) observa que uma das características da descentralização é que a mesma Política passa a ter formatos diferenciados dependendo da região e do Município. Nos SAEs, tal diferença se manifesta na oferta de programas de treinamento e capacitação profissional.

Tal dado se mostra ainda mais evidente quando comparados os dados de participação em eventos, congressos e programas de capacitação externos à instituição onde, diante da falta de recursos, não é possível todos participarem, perfazendo um revezamento interno para que todos possam garantir a presença nestes.

Em suma, nas instituições, é possível observar que onde existem menos profissionais, a equipe tem mais possibilidades de participar de eventos ao longo do ano, do que as equipes que têm mais profissionais. Tal fato se deve à distribuição dos recursos com que cada instituição conta para a capacitação.

6.3. O trabalho em equipe e o cuidado integral

A terceira classe temática do presente estudo versa sobre o trabalho em equipe e sua relevância para o cuidado em saúde. Partiu-se, a princípio, de um panorama geral sobre a percepção dos profissionais sobre o trabalho em equipe, para, em seguida, a partir dos depoimentos, discutir sobre as particularidades das equipes e sua importância na construção de um cuidado integral.

Mishima e Almeida (2001, p. 151) apontam que a articulação do trabalho nas equipes é o grande desafio dos serviços de saúde, pois, em caso de não ocorrência da articulação, corre-se o risco de reproduzir um "modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos". Assim, é possível verificar que o trabalho em equipe nos serviços de saúde surge como um aspecto facilitador em prol da superação de um modelo de atenção reducionista, bem como da oferta de um atendimento integral para às PVHAs.

O trabalho em equipe assume características diferentes nas três instituições analisadas. Uma das equipes, formadas por profissionais que já atuam há muitos anos no contexto HIV/aids, apresenta-se mais articulada e com postura mais crítica em relação ao trabalho desenvolvido. O número de reuniões são mais intensas e o diálogo entre os profissionais faz parte da rotina dos profissionais. Além disso, tem-se uma relação horizontal entre os profissionais e os médicos participam ativamente, junto com os outros profissionais de todos os processos de trabalho.

Na outra instituição há um esforço coletivo dos profissionais para atuar de maneira articulada, bem como uma valorização da equipe na construção de um espaço de formação permanente e continuada no serviço. Tem-se uma equipe bem heterogênea com profissionais com muito tempo de atuação e outros que começaram atuar no contexto há pouco tempo.

Na terceira instituição foi possível constatar que a equipe não consegue desenvolver um trabalho articulado. Embora haja certa cooperação entre os profissionais, o trabalho fragmentado fica evidente na relação assimétrica entre a equipe. Aqui, por exemplo, os médicos não participam das poucas reuniões que a equipe consegue promover e as ações de articulação entre os profissionais nem sempre conseguem atingir a todos.

No presente estudo, a maior parte dos profissionais aponta que desenvolve atividades em equipe (51%) e que há uma articulação do trabalho desenvolvido (95%), embora este não seja um consenso entre todos os profissionais. Em um panorama geral, embora a grande maioria afirme que o trabalho desenvolvido é articulado, não são todos os profissionais que logram desenvolver um trabalho em equipe – dado reforçado pelos depoimentos individuais. Nos depoimentos, o trabalho em equipe é uma preocupação dos profissionais que afirmam que, embora a equipe tenha se esforçado, e seja uma equipe coesa, ainda não é possível afirmar que o trabalho desenvolvido é um trabalho em equipe, uma vez que ainda existem algumas coisas que devem ser melhoradas.

Achados semelhantes foram encontrados por Silva et al. (2002) e Borges, Sampaio e Gurgel (2012), que destacam que o trabalho em equipe nos SAEs, muitas vezes, é caracterizado por ações justapostas em um modelo de atenção fragmentado.

Segundo Peduzzi (2007), o trabalho em equipe é dinâmico e pode ser configurado a partir de dois modelos, quais sejam: 1) equipe de agrupamento; e, 2) equipe de interação. O primeiro modelo é caracterizado pelo agrupamento de diversos profissionais de várias áreas de atuação, sem a interação entre os membros. Já o segundo pressupõe que o trabalho em equipe é aquele onde se tem a integração entre os profissionais de saúde de um determinado dispositivo.

As equipes de agrupamento são caracterizadas pela justaposição das ações desenvolvidas pelo agrupamento de várias profissionais. No caso dos SAEs, considerando a complexidade que é o atendimento às PVHAs, são preconizadas equipes multidisciplinares. Todavia, quando não se tem a interação entre os profissionais e a articulação das ações desenvolvidas, o trabalho permanece fragmentado, com práticas desiguais e hierarquizadas entre as diversas categorias que compõe a equipe (FERTONANI et al., 2015; PEDUZZI, 2001).

Weinstein (2003) aponta três obstáculos que dificultam as ações integradas nas equipes de saúde, quais sejam: 1) a relação de poder e vaidade entre os profissionais da saúde; 2) o modelo de cuidado em saúde, com base em um modelo biomédico, curativo e centralizado; e, 3) a dicotomia na atenção, uma vez que se tem uma supervalorização do Tratamento Antirretroviral (TARV), resumindo a atenção às PVHAs a dispensação dos medicamentos.

As equipes de agrupamento reforçam um modelo biomédico de assistência em saúde, uma vez que no contexto HIV/aids se apresenta extremamente nocivo, pois não consegue uma abordagem da complexidade que é viver com o vírus. Caracterizado por práticas isoladas dos profissionais que apresentam grandes dificuldades de desenvolver um trabalho articulado, têm-se, como bem destaca Silva et al. (2002), várias categorias profissionais que atuam isoladas e concorrem entre si. Ainda sobre a questão, Borges, Sampaio e Gurgel (2012) também apontam que sem articulação, os profissionais de saúde atuam de modo isolado, sem lograr resposta às necessidades dos usuários.

Em contraposição ao referido modelo de atuação, foi possível constatar no presente estudo uma preocupação e um esforço coletivo dos profissionais para desenvolverem um trabalho em equipe e menos fragmentado, ficando evidente quando, nos depoimentos, se ressalta o quanto a equipe está aprendendo a trabalhar em equipe. A cordialidade e a confiança entre a equipe também foram apontadas como um dos aspectos que favorecem que a equipe atue de modo mais articulado.

Os profissionais de outros serviços de saúde realocados para o SAE ou que atuam em outros dispositivos também destacaram certa estranheza quando ingressaram no serviço ao sentirem um clima cordial e uma boa comunicação entre os diferentes profissionais. Além disso, o trabalho em equipe dos SAEs foi apontado como sendo mais articulado que outros dispositivos de saúde, destacando a relação simétrica existente entre as diferentes categorias profissionais como um dos aspectos facilitadores para a articulação do trabalho.

De fato, para a ocorrência do trabalho de equipe integrado, faz-se importante que todos os profissionais envolvidos invistam nas articulações e na potencialidade que podem gerar nas ações de saúde, pois, como já destacado, não basta apenas que os profissionais

compartilhem o mesmo local de trabalho ou que mantenham entre si relações cordiais, uma vez que o trabalho em equipe integrado é uma recomposição de diferentes especializações que mantém uma articulação nas ações de saúde, tendo em vista que são complementares e interdependentes (PEDUZZI, 2007).

Ciampone e Peduzzi (2000), ao discutirem sobre a questão do trabalho em equipe, tratam da confluência deste com a noção de trabalho em grupo, o que remete a uma compreensão da formação das equipes. Para aquelas autoras, a noção de grupo não pode ser entendida como um agrupamento de indivíduos que compartilham um espaço de tempo e lugar e tem um objetivo comum entre seus membros, uma vez que tal ação não expressa o que vem a ser, de fato, um grupo. Neste sentido, com base nos conceitos da Psicologia Social, elas enfatizam que uma compreensão de grupo deve agregar na definição da concepção de vínculo entre os diferentes membros – o que vai diferenciá-lo de um agrupamento. Para a ocorrência de vínculo é necessário um emissor e um receptor, além de um processo de comunicação entre os seus membros.

Já o trabalho em equipe, para assim ser designado, deve, sobretudo, estar relacionado a duas dimensões, quais sejam: 1) a articulação das ações; e, 2) a interação, enquanto prática comunicativa, entre os diferentes profissionais. Assim,

> [...] a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalho distintos e, portanto, a consideração das conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional, bem como a preservação das respectivas especificidades. A integração da equipe demanda, simultaneamente, preservar as diferenças técnicas e flexibilizar as fronteiras entre as áreas profissionais (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, p. 144-45).

No presente estudo, alguns depoimentos vêm ao encontro dos dizeres de Ciampone e Peduzzi (2000). Assim, faz-se importante que em uma equipe de saúde todos saibam qual é a sua função, porém, sem deixar de se preocupar com a totalidade das ações desenvolvidas pela instituição.

No trabalho em equipe, a integralidade no cuidado se dá quando os profissionais conseguem identificar tais conexões, sem perder a sua especialidade e sem que suas ações se sobreponham às ações do restante do grupo. E assim, quando os casos conseguem transitar pelos profissionais, a equipe se transforma no elemento facilitador e conciliador de uma abordagem integral.

O trabalho em equipe surge como uma possibilidade de, juntos, os profissionais repensarem as suas práticas e redefinirem as ações, visando a qualidade no atendimento ofertado à população (DE PINHO, 2006).

No conceito de trabalho em equipe e de trabalho em grupo, com base nas discussões de Ciampone e Peduzzi (2000), é possível verificar que sua compreensão tanto se aproximam, bem como se distinguem. O que aproximam os dois conceitos é a interação enquanto aspecto intrínseco e presente em ambos. Já o que os distingue é a centralidade de suas ações. No trabalho em equipe, o foco se dá nos resultados que possibilitam a atenção integral em saúde, enquanto no trabalho em grupo, a centralidade está nas relações interpessoais e no vínculo estabelecido entre os seus integrantes, cujos resultados implicam na realização da tarefa. De tal modo, como ressaltam aquelas autoras, o trabalhador da saúde deve desenvolver habilidades para trabalhar em grupo e em equipes.

O trabalho em grupo fortalece a equipe e as relações entre os profissionais. O trabalho em equipe possibilita a efetivação das ações de atenção integral em saúde. Quando ambas as formas de trabalho passam a ser desenvolvidas e integradas em uma equipe, tem-se a valorização de um espaço potencializador para o cuidado integral, bem como a consolidação de vínculos entre os diferentes profissionais, capaz de suportar as adversidades que afetam o desenvolvimento das atividades de cuidado em saúde, em movimento de cuidado com o outro, seja ele usuário ou profissional.

Sem dúvida, as reflexões do grupo de discussão sobre os aspectos facilitadores do trabalho em equipe se mostraram um dado valoroso no presente estudo. Para os grupos, a relação interpessoal favorece o desenvolvimento do trabalho em equipe, o que remete a uma compreensão que se aproxima da definição de trabalho em grupo de Ciampone e Peduzzi (2000). Alguns depoimentos também relatam sobre o apoio entre os profissionais diante das adversidades do trabalho desenvolvido e uma boa convivência entre os mesmos, o que remete a pensar sobre os afetos entre os profissionais e a contribuição das relações nas ações de cuidado.

Para que uma equipe de saúde possa produzir cuidado, é fundamental que ela se cuide. O cuidado mútuo entre os profissionais surge no presente estudo como uma atribuição da equipe. É o que emergiu dos depoimentos ao apontar a cordialidade das ações dos profissionais no enfrentamento de conflitos morais e de situações adversas (cansaço e sofrimento dos profissionais, por exemplo).

Neste sentido, 75% dos partícipes da pesquisa afirmaram ter espaço para falar sobre suas dificuldades e angústias sobre os casos atendidos com os outros profissionais da equipe. Assim, é possível acreditar que tal dado pode ser relacionado ao trabalho em grupo, diante do vínculo estabelecido entre os profissionais, que permitem que se estabeleçam as relações de cuidado entre os profissionais.

Em estudo realizado por Martins et al. (2012), o bom relacionamento interpessoal entre os profissionais foi destacado como aquilo que fortalece a equipe e permite a criação de relações de trabalho respeitosas e colaborativas, resultando na oferta de um atendimento ao usuário mais eficaz e integral. Além disso, os problemas que surgem cotidianamente tendem a ser superados com maior facilidade. Aqueles autores também reforçam a necessidade da equipe em trabalhar sempre no fortalecimento dos vínculos entre os profissionais.

O vínculo entre a equipe também contribui para uma comunicação mais efetiva entre os profissionais, o que remete a compreender os motivos pelos quais as equipes analisadas destacaram o relacionamento interpessoal e a convivência como elementos facilitadores do trabalho em equipe. Nos relatos coletados no presente estudo tem-se o destaque pelos profissionais dos aspectos do relacionamento da equipe: "[...] a gente já convive a muitos anos" (P5G1); "[...] a gente brinca, mas a gente trabalha. Assim, o que um precisa do outro, você pode ir lá" (P1G2).

O trabalho em saúde implica em constantes interações dos profissionais de saúde na realização da assistência. Assim, é possível afirmar que o trabalho em equipe se dá no dia a dia dos serviços de saúde, simultaneamente à produção de cuidado. "A equipe torna-se equipe enquanto produz o cuidado do usuário" (MATUMOTO et. al., 2005, p. 14). E ainda, a equipe torna-se equipe enquanto produz cuidado também para os profissionais.

O trabalho em equipe surge no presente estudo como o elemento fundamental do cuidado em saúde, pois, como destaca Peduzzi (2007), o fato de um profissional de saúde reconhecer o trabalho desenvolvido pelo outro já contempla um olhar para o processo saúde-doença em uma perspectiva multidimensional.

Conforme Brito (2000), o surgimento da aids trouxe à tona duas questões para a prática profissional em saúde, quais sejam: 1) a necessidade de mudança na relação profissional-paciente; e, 2) a conformação de um modelo de assistência em saúde capaz de superar as formas tradicionais de atenção em saúde.

Todavia é importante ressaltar que,

> [...] as ações de saúde não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe (PEDUZZI, 2007, p. 163).

Os dispositivos de saúde devem criar estratégias para a ocorrência da articulação do trabalho. Neste sentido, no presente estudo, a participação em programas de capacitação e as reuniões de equipe são aspectos facilitadores do processo em questão.

Sobre a questão, Silva et al. (2002, p.116) destacaram a participação em cursos e treinamentos como aspecto facilitador do trabalho em equipe, considerando-os como algo "potencializador para a integração dos diferentes profissionais das equipes de saúde e para melhorar a qualidade do cuidado prestado". Tem-se aí um evidente quando nos relatos aqui coletados, os profissionais destacam o quanto os treinamentos, no início da epidemia, eram espaços para todos refletirem sobre os aspectos multidimensionais da infecção pelo HIV.

A reunião de equipe, por sua vez, é apontada nos mesmos relatos como um meio de proporcionar maior contato entre os outros profissionais, facilitando as discussões de casos clínicos, do processo de trabalho e das dificuldades vivenciadas pelos profissionais.

Quanto à realização de reuniões de equipe, um dissenso entre os diferentes instrumentos utilizados no presente estudo apontam que nem todos os serviços têm reuniões de equipe. Assim, enquanto umas instituições tem reunião periodicamente e com formatos que contemplam tanto a educação permanente como a educação continuada, outra equipe não consegue se reunir, comprometendo a relação entre os profissionais. Tem-se aí mais um dado que evidencia as disparidades entre as ações desenvolvidas pelas instituições e os diferentes modos que cada instituição organiza seu processo de trabalho.

Para Gomes, Anselmo e Lunande Filho (2000), o bom andamento do trabalho em saúde está relacionado com a periodicidade das reuniões da equipe.

Em estudo realizado por Giacomozzi e Lacerda (2006), a reunião de equipe surge como um espaço para a discussão dos casos atendidos e sistematização da assistência. Neste sentido, Kantorski et al. (2009) constatam que a reunião de equipe, quando bem planejada, é um fator importante para contribuir com a integralidade.

Para a verdadeira ocorrência do cuidado, é possível verificar que a integração da equipe torna-se crucial. Assim, quanto mais integrada é a equipe, quanto maior o vínculo entre os profissionais, mais o atendimento será pautado em uma compreensão de sujeito integral, tornando a equipe como o movimento potencializador para um cuidado multidimensional às PVHAs.

Como bem destacam Mesquita e Torres (2013), mesmo que o trabalho em equipe ainda esteja em construção, é possível identificar no presente estudo a constatação da necessidade de articulação da equipe, o que possibilita uma compreensão no sentido da atenção e da integralidade das PVHAs.

6.4. O cuidado às PVHAs

Na presente classe temática têm-se as discussões sobre o cuidado às PVHAs, destacando como se dá a construção deste pelas equipes e qual a percepção dos profissionais sobre o cuidado, além dos aspectos que a equipe compreende como sendo mais importante e como o cuidado pode se transformar em um cuidado integral em um serviço de saúde.

O cuidado em saúde apresenta-se como um dos principais desafios dos SAEs, uma vez que se configura no "*ethos* humano, do agir em saúde, o cerne das práticas eficazes da integralidade de suas ações" (PINHEIRO, 2009, p. 15).

Neste sentido, a presente pesquisa verificou que nos SAEs, o cuidado se materializa de diversos modos, sendo possível identificar, nos relatos obtidos, vários significados para o ato de cuidar, que significa para os profissionais acolher, atender, escutar, se relacionar com o usuário e tratá-lo. E embora pareçam fragmentados, tais significados devem ser compreendidos como um todo, que é o produto final da atenção às PVHAs. Assim, para produzir cuidado, é necessário que o profissional transite pelos vários significados, acolhendo, escutando, tratando, atendendo aquele sujeito para além do vírus e, principalmente, cuidando dele.

No cuidado às PVHAs é destacado pelos profissionais de saúde na presente pesquisa o acolhimento como a base para uma atenção integral. O acolhimento que a equipe se refere nos depoimentos não é a recepção do usuário no serviço, mas um acolher como propõe Teixeira (2004), dialogado, possível de ser realizado por qualquer profissional e que expressa os encontros em saúde.

O acolhimento dialogado é uma técnica de conversa[24] que busca o reconhecimento das necessidades dos sujeitos, quando se tem o encontro entre dois corpos. De acordo com Teixeira (2004), é possível identificar três momentos do acolhimento-diálogo.

O primeiro momento pode ser compreendido como o impacto afetivo daquela relação. É "o amor à primeira vista": o que muitos autores nomeiam de empatia. Tal encontro é carregado de afetos que podem vir a se tornar um vínculo. Este é o momento que "estamos sob o domínio da imagem do outro, da impressão que ele nos causa, das afecções que ele imprime em nosso corpo" (TEIXEIRA, 2004, p. 4).

Soares (2012) destaca que o primeiro contato entre quem cuida e quem é cuidado é um momento fugaz marcado por uma coprodução de um centro de atenção visual e cognitiva

[24] É uma técnica de conversa que pode ser compreendida como "àquele componente das conversas que se dão nos serviços em que identificamos, elaboramos e negociamos as necessidades que podem vir a ser satisfeitas" (TEIXEIRA, 2004, p. 2).

que demanda uma influência recíproca entre os sujeitos envolvidos nas ações. Tal momento aparece nos achados do presente estudo, sendo destacado pelos profissionais como o primeiro contato do usuário na instituição.

O segundo momento é o reconhecimento do que aquele outro corpo convém. Aqui é o ir além de uma mera relação de empatia. É um reconhecimento mutuo de que um convém ao outro em uma relação de progressão contínua de afetos entre dois corpos. Tais afetos dão consistência aos vínculos e estabelecem uma relação de confiança (TEIXEIRA, 2004).

O terceiro momento do acolhimento-diálogo é o reconhecimento das singularidades, ou seja, daquilo no outro que é diferente de mim. "Porque é preciso uma potência ainda maior para se conhecer, nos outros corpos, aquilo que não nos convém" (TEIXEIRA, 2004, p. 6).

A confiança é a potência que move a relação e a faz chegar até esse nível e o que se tem a partir daqui nesse processo de acolhimento é "o que no outro é irredutível. Sua diferença absoluta. Sua singularidade radical. E é aí que começa o verdadeiro desafio da alteridade" (TEIXEIRA, 2004, p. 7).

Falar de tratamento para as PVHAs não é igual dissertar sobre o tratamento de outras doenças crônicas. Trata-se de algo que envolve múltiplos aspectos, entre os quais, o fato de ser a aids uma doença atravessada por preconceitos e estigmas, por sentimento de culpa, além de estar relacionada à sexualidade e ao julgamento moral. Assim, a infecção pelo HIV coloca o profissional em contato com a sua multidimensionalidade e com a necessidade de acolhê-las.

Nos relatos obtidos no presente estudo foi possível identificar que o acolhimento remete à necessidade que é própria do contexto HIV/aids, pois, como aparece no depoimento de uma profissional, "se ele [o usuário] não se sentir acolhido ele não vai voltar mais" (P3G2).

Conforme Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento garante o acesso e reorganiza o processo de trabalho, uma vez que todos são capacitados para acolher, tirar as dúvidas e escutar aquele usuário, deixando o médico de ser o eixo central do atendimento e passando a ser qualquer profissional. Além disso, o acolhimento atribui um outro significado para a relação profissional-usuário, pautada em princípios humanitários.

É do acolhimento que surge a confiança, e é por meio da confiança que no cuidado às PVHAs as relação profissional-usuário se mantém. No Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, publicado pelo Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2015b), a confiança é destacada como

fundamental no cuidado, tendo em vista que é por meio das relações estabelecidas, pautadas em tal princípio, que o bom cuidado acontece.

O cuidado é um processo caracterizado por um modo particular de um se relacionar com o outro, com base na relação de confiança entre quem cuida e quem é cuidado. A confiança é o ingrediente fundamental e se dá em tal relação (SOARES, 2016). Em saúde, não se pode tratar de uma relação verdadeira sem o termo "confiança" (TEIXEIRA, 2014).

No presente estudo, os profissionais de saúde foram questionados se os usuários sentem-se seguros e confiam neles. Sobre a questão, 87% afirmaram positivamente. Todavia, quando questionados se os usuários se sentem à vontade para conversar com eles sobre os seus problemas e dificuldades – fato que está relacionado à confiança –, o índice cai para 56% dos profissionais. Tal dado evidencia que a relação de confiança se dá a partir de um processo e não pode ser considerado algo estático nos serviços de saúde.

Ainda sobre a confiança, é importante salientar que no contexto HIV, que envolve questões polêmicas e estigmatizadas, a confiança é crucial para qualquer tipo de intervenção. Ela se estabelece a partir de uma relação dual, marcado de um contato com o outro e uma disposição para a troca de afeto.

Neste sentido, é possível notar que o acolhimento nunca será igual para todos, uma vez que cada sujeito é único, e é necessário que a equipe o acolha. Assim, a confiança no contexto HIV/aids, conforme Schimith et al. (2011), é requisito para que o usuário possa compartilhar aspectos da sua sorologia. Para aqueles autores, a confiança contribui para uma relação de honestidade e sinceridade entre o profissional e o usuário.

O tratamento de uma doença estigmada como a aids, por exemplo, com tantas repercussões sociais na vida das PVHAs, são fatores apontados nos relatos aqui obtidos, a fim de justificar a necessidade de uma abordagem diferenciada no cuidado. Assim, tem-se que é priorizada pela equipe uma relação horizontal entre o usuário e o profissional de saúde. Escutar coisas da vida daqueles sujeitos, aproximá-los do serviço e conhecer suas demandas são aspectos apontados como facilitadores da relação que se estabelece entre o profissional e o usuário. Todavia, a grade demanda de usuário no serviço e a pouca quantidade de profissionais para atendê-los pode, como destacado pelos profissionais, comprometer essa relação entre profissional-usuário.

O vínculo entre o profissional e o usuário é construído a partir da dimensão relacional do cuidado. Tal relação se faz presente na pesquisa em questão como algo diferente do que qualquer outra relação em saúde, uma vez que é marcada, desde os primórdios da epidemia, por uma relação de proximidade, atravessada por questões delicadas, como é o caso

da morte. Assim, conforme os relatos obtidos, a própria Política de HIV/aids estabelecia critérios de aproximação.

Estudos realizados por Brunello et al. (2009) reforçam a importância do vínculo no tratamento em saúde. Para aqueles autores, a relação de compreensão estabelecida pelo vínculo é o elemento fundamental e estruturante das práticas de saúde, pois, é por meio dele que é possível identificar as demandas. Como destaca Teixeira (2004), tais necessidades não são aquelas imediatas e aparentes e não estão definitivamente definidas, mas são resultados de uma experiência continua e de um processo sempre em estruturação da constituição do ser humano como sujeito.

Nas instituições participantes da presente pesquisa, conforme os relatos obtidos, tem-se o destaque para o vínculo entre o profissional e o usuário, construído a partir de uma postura acolhedora ao longo da epidemia e que permanece ao longo dos anos. O tratamento da aids, sem dúvida, traz para o contexto da saúde a necessidade de repensar as relações entre os profissionais e os usuários. Com o TARV, a presença daqueles sujeitos na instituição foi mais constante, e as relações, mais próximas. Em outros momentos da epidemia, ainda conforme os relatos obtidos, a relação foi confundida como um coleguismo, diante de uma compreensão distorcida em torno do que era priorizado pela Política enquanto acolhimento.

A Política, para ser implementada, deve ser antes interpretada pelos seus agentes executores. No caso, é possível neste estudo, que em alguns momentos ao longo da epidemia, essa Política foi mal interpretada pelos profissionais que confundiram a relação de vínculo e de afeto do cuidado com coleguismo e amizade com o usuário. Além disso, não se podem esquecer os aspectos emocionais que envolvem o cuidado, que em uma época que não tinha tratamento, não tinha o que ser feito com as PVHAs, muito influenciava nas ações das equipes com aqueles sujeitos e na relação estabelecida.

Ainda sobre a questão do vínculo, a maior parte dos profissionais destacou como sendo bom ou muito bom seu vínculo com o usuário. Tal dado apresenta coerência com os depoimentos dos profissionais, tendo em vista que o vínculo com os usuários foi destacado como sendo de proximidade, além de respeito.

Sobre o respeito, este é destacado por 90% dos profissionais, que afirmam que os profissionais respeitam os usuários. Além disso, os serviços priorizam que os atendimentos sejam realizados sempre pelo mesmo profissional, tendo em vista que tal ação fortalece a relação profissional-usuário.

Para a criação de um vínculo, a comunicação entre o profissional e o usuário é fundamental. Neste sentido, o cuidado também é apresentado pelos profissionais a partir da

necessidade de escuta daquele sujeito. Assim, no presente estudo, foi possível constatar que a escuta é apresentada pelos profissionais como o meio necessário para ouvir as demandas dos usuários – um ato essencial no contexto do HIV. A comunicação é materializada no atendimento por meio de uma escuta (ativa) e cuidadosa do usuário.

A escuta é considerada, por excelência, uma situação de comunicação. Muitas vezes, o discurso daquele que fala não está inscrito em uma lógica fácil de decifrar e, mesmo assim, as suas palavras desejam, por ele, atenção (MACEDO; FALCÃO, 2005).

A escuta nos SAEs é o que possibilita uma reestruturação das demandas. A necessidade de escuta do paciente também surge como um meio de aproximação e de criação de vínculo. As narrativas aqui obtidas apontam para a necessidade de se escutar o que aquele sujeito tem a dizer. A escuta é parte do acolhimento e também deve ser compreendida como mais uma ferramenta do agir do profissional em saúde.

A escuta, no contexto do atendimento às PVHAs, tem várias funções, sendo uma delas a relação simétrica entre o profissional de saúde e o usuário. É quando se escuta o usuário e se aproxima de sua história de vida que se dá a ocorrência do encontro clínico. E, a partir daí, é possível ressignificar as práticas de cuidado, bem como o tratamento. Sobre a questão, Ayres (2004) propõe três atos de cuidado e atenção à saúde, quais sejam: 1) voltar-se à presença do outro; 2) otimizar a interação; e, 3) enriquecer horizontes. Aqui, aquele autor evidencia a relação dual que se estabelece entre o profissional de saúde e o usuário, além de enfatizar a necessidade da relação de escuta no espaço pertinente.

Cecílio e Lacaz (2012) afirmam que a finalidade dos serviços de saúde é atender às necessidades de saúde dos indivíduos, sendo que tais necessidades não se resumem a consultas médicas, exames e consumo de medicamento. Todavia, quando alguém está doente, o que o indivíduo busca nos serviços de saúde é uma consulta médica para realizar exames, aguardando sair com uma prescrição de medicamentos. “Há uma demanda sem fim exatamente pelo que a medicina tecnológica oferece” (CECÍLIO; LACAZ, 2012, p. 11).

Apontado por Franco e Merhy (2005) como uma demanda imaginária, o referido tipo de necessidade em saúde atribui aos procedimentos um significado que eles não possuem, pois, sozinho, um exame ou um medicamento, por exemplo, não produz cuidado. Assim, a produção imaginária da demanda gera, nos dispositivos de saúde, a demanda imaginária da oferta, reduzindo o cuidado a um modelo de atendimento concentrado em um alto consumo de procedimentos, alimentando um modelo tecnoassistencial em saúde.

Embora tal fato seja comum nos serviços de saúde, nem sempre é o que, de fato, o indivíduo necessita para resolver seus problemas de saúde (CECÍLIO; LACAZ, 2012). A

necessidade de reorganização da demanda surge a partir do encontro e da ressignificação do ato de cuidar, a contar de práticas acolhedoras com espaços para a fala e a escuta nas relações entre a equipe de saúde e o usuário. Assim, é por meio do binômio fala-escuta que se instaura o cuidado. Reafirmando tal ideia, é na comunicação que se dá a ocorrência da ressignificação das demandas (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Aqui se tem um aspecto que muito deve ser analisado e que leva a refletir sobre os usuários que não aderem ao tratamento medicamentoso do HIV, porém, buscam no serviço outros espaços para a ressignificação da vida ou da morte, conforme exposto nos relatos obtidos. No contexto HIV/aids, quando a equipe deixa de atuar com foco apenas na adesão ao ARV e nas demandas imaginárias, um leque de novas possibilidades, bem como de novas demandas, passa a fazer parte do processo de trabalho da instituição em um movimento de transformação do cuidado. Conforme destacam Cecílio e Lacaz (2012, p. 22), o "bom cuidado sempre será resultado da combinação de todas as necessidades de saúde". Cabe, assim, aos serviços o desafio das equipes de saúde em escutar as demandas, o que somente será possível através do vínculo, do acolhimento e da escuta do usuário.

O cuidado compartilhado surge nos relatos obtidos dos profissionais como um modo dos usuários participarem ativamente de todo o tratamento, sendo considerados como coprodutores desse processo de cuidado. Para a maior parte dos profissionais partícipes da pesquisa, a opinião do usuário sempre é levada em consideração (68%), bem como o incentivo a participar ativamente do tratamento (61%). Tem-se aí um dado que também aparece nos depoimentos, tanto individuais quanto em grupo, que ressalta a necessidade da participação ativa do usuário no tratamento.

Discutindo sobre a adesão ao tratamento, Bonolo, Gomes e Guimarães (2007) destacam a complexidade que é o TARV, e ressaltam a necessidade de uma participação que possibilite ao usuário compreender os aspectos do seu tratamento, a fim de desenvolver novas habilidades para lidar com as mais variadas situações.

Gomes et al. (2012) também destacam a necessidade de uma participação mais ativa do usuário, ou seja, incentivar a participação é uma das responsabilidades da equipe. Um dos relatos de um profissional entrevistado na presente pesquisa destaca o quanto é imprescindível que a equipe possa incentivar o paciente a participar ativamente: "Então ele fica meio com medo, meio debaixo da asa, e a gente fala: não, não, vai, vai, você pode, você consegue. E a pessoa vai... vai se descobrindo" (E1). Neste sentido, o profissional vai gradativamente possibilitando ao usuário "as condições para participação ativa no gerenciamento do seu cuidar,

posto que o cuidado é concebido, planejado e organizado a partir do paciente e a ele é dirigido" (GOMES et al., 2012, p. 116).

Outro dado se refere àquilo que os profissionais consideram ser o aspecto mais importante no cuidado às PVHAs: as novas perspectivas de atuação tanto da atuação da equipe, bem como do usuário. Do usuário, foi destacado pela equipe a necessidade de uma postura ativa, de querer viver, a adesão ao TARV, além de aspectos do ativismo do início da epidemia. Quanto à atuação da equipe, foi destacado o que se segue: acreditar na potencialidade da pessoa; não atender apenas o vírus; olhar para o usuário como pessoa; manter uma postura ética de respeito; atuar enquanto equipe multidisciplinar; acolher; e, a partir de uma reflexão de um grupo de discussão, a junção de todos esses elementos.

Quando se tem a junção desses elementos, como sugere alguns depoimentos, tem-se o encontro entre a parte científica da ação e a parte humanizada do ato, destacada por Schraiber (1997). Neste sentido, não se desconsidera todos os avanços do TARV, ao mesmo tempo em que também valoriza a conversa, o acolhimento, a escuta e outras técnicas relacionais humanísticas do cuidado. Como adverte aquela autora, comprometem-se as ações em saúde quando não apenas se separam as duas partes, bem como estação opostas, sendo obrigados a escolher entre a parte humanizada do ato e a parte científica. Assim, o atendimento integral somente se dá quando no contexto HIV/aids se supera tal dicotomia.

No presente estudo foi possível constatar que o cuidado integral aparece nos relatos como aquele que aborda um sujeito contextualizado, levando em consideração suas histórias, sua sexualidade, suas crenças e outras questões que envolvem o viver com HIV/aids. Neste sentido, o atendimento passa a englobar o tratamento e controle do vírus, além de outros aspectos que estão relacionados à multidimensionalidade que é o viver com HIV.

Sobre a abordagem de outros aspectos no cuidado às PVHAs, que não se referem ao controle do vírus, a maioria dos profissionais afirmaram que abordam sempre outras questões de saúde, o enfrentamento de ansiedade, a tristeza e o uso de álcool e outras drogas. E ainda, que se reuniriam com os familiares, porém, quando comparados tais dados com a oferta de apoio à familiares, o número cai consideravelmente, o que leva a inferir que o apoio familiar somente se dá quando solicitado.

Um aspecto que chamou a atenção na presente pesquisa foi o fato dos profissionais apontarem que, às vezes, abordam temas relacionados com questões sociais, alimentação, prática de exercício físico, sexualidade, entre outros, mas não como uma prática continuada da equipe e somente quando surge nos atendimentos. Além disso, tem-se a necessidade de trabalhar com o preconceito que envolve o viver com HIV/aids. É preciso ouvir as demandas

dos usuários e acolhê-las, além de realizar ações com a comunidade. O mesmo ocorre com as crenças individuais, onde o respeito, o não julgamento e a escuta surgem como aquilo que deve nortear as práticas dos profissionais. Além disso, os profissionais ainda trouxeram o quanto é fundamental que o profissional compreenda que as crenças estão relacionadas à história de vida do usuário.

Falar de HIV é falar de IST, e é falar de sexualidade. Quando o tema é "sexualidade", é possível constatar nos depoimentos que o respeito ao usuário e suas escolhas é destacado pelos profissionais como sendo crucial. Além disso, tem-se ainda a necessidade do profissional saber que este é um tema que não deve ser especulado por curiosidade do profissional sobre a vida do usuário, mas, sobretudo, acolhido, quando o usuário traz para o atendimento. A escuta também aparece como um meio de acolher as demandas sobre a temática em questão.

O fato dos profissionais apontarem no questionário o tema "sexualidade" como sendo algo raramente abordado (66%) também deve ser objeto de análise. Tal dado leva a refletir que a sexualidade ainda é um tabu para alguns profissionais da equipe, sendo que nem todos tem facilidade para abordar o tema em questão com os usuários. O mesmo se dá com a distribuição e orientação de preservativo, que embora 54% afirmem que sempre distribuem para os usuários, tem-se um índice baixo, considerando que o HIV é uma IST e que prevenção também faz parte das ações de cuidado.

Para a ocorrência integral do atendimento integral, faz-se importante que o profissional de saúde percorra e atravesse todas as dimensões do cuidado, tendo em vista que é por meio de todas elas que será possível, nos serviços de saúde, ir além da demanda imaginária, oferecendo cuidado para as PVHAs.

6.5. As dificuldades e as invisibilidades do cuidado

Na presente classe temática têm-se as dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde e os aspectos que permanecem invisibilizados no cuidado. A princípio, discorreu-se sobre as dificuldades, destacando a sua relação com o cuidado às PVHAs. Em seguida, tratou-se dos temas que, muitas vezes, não são abordados nas discussões de cuidado e que influenciam na produção do cuidado.

As dificuldades

Entre as dificuldades vivenciadas pelos profissionais partícipes da presente pesquisa, emergiram os seguintes temas: “falta de recursos humanos”, “dificuldade de desenvolver um trabalho em rede”, “estrutura física precária” e “falta de insumo e dificuldade de trabalhar com a prevenção”.

A falta de recursos humanos é apontada pelos profissionais de saúde que destacam que muitas vezes o número de funcionário não consegue atender a demanda da instituição, acarretando em acúmulo de funções e sobrecarga de trabalho. Esse é um dado que não aprece em um primeiro momento, mas apenas nos relatos individuais e nas discussões em grupo.

Para os participantes do presente estudo, o fato de não ter recursos humanos suficientes para atender à demanda da instituição acarreta em uma sobrecarga de trabalho para a equipe, o que implica diretamente na qualidade do atendimento ofertado. A contratação nos serviços de saúde do SUS se dá principalmente via concursos públicos. Sobre a questão, Morici e Barboza (2013) destacam a fragilidade dos processos de contratação de profissionais de saúde, tendo em vista que o concurso público não logra suprir a necessidade cada vez mais crescente. Além disso, tal processo é moroso e atrelado a várias questões burocráticas e dependente de recursos financeiros, o que acarreta em uma grande defasagem na contratação de pessoal para trabalhar na saúde em diversos setores.

Além disso, Bourguignon et al. (2003) destacam que, muitas vezes, na saúde, os recursos humanos acabam sendo percebidos como insumos, sendo apenas mais um número para cumprir com o quadro mínimo de profissionais. Para aqueles autores, tal concepção desconsidera as especificidades e demandas de cada profissional dentro da instituição, gerando uma visão distorcida do próprio processo de trabalho.

Lautert (1999) realizou uma investigação com dois grupos de enfermeiras para avaliar a sobrecarga de trabalho. Para aquela autora, o trabalho em saúde tem se tornado cada vez mais complexo, exigindo do profissional responsabilidade e qualidade em suas ações. No entanto, tem-se uma grande discrepância entre o que é exigido do profissional e o que é ofertado em termos de condições de trabalho pelas instituições de saúde. O acúmulo de funções e a pressão de tempo são apontados como fatores determinantes de sobrecarga de trabalho, o que acarreta em excessivo desgaste profissional.

É preciso salientar as propostas de valorização dos profissionais de saúde, cujo objetivo é promover um maior envolvimento do trabalhador e desenvolver um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), por exemplo. Porém, pouco se tem avançado em tal discussão,

tendo em vista que cada unidade tem autonomia para desenvolver suas próprias normas e ações (BOURGUIGNON et al., 2003).

Durante a confecção do presente estudo, uma das profissionais entrevistadas ressaltou o quanto a equipe está cansada e o quanto o trabalho em saúde também adoece o trabalhador. Outro profissional destacou o quanto se sente incomodado e sobrecarregado com o número de pacientes que tem para atender e a quantidade de tempo que tem disponível para realizar cada atendimento. Tal sentimento não é apenas dele, mas também de outros profissionais, o que evidencia o desgaste físico e emocional da equipe.

Outra consequência da falta de recursos humanos é a dificuldade das equipes atuarem mais ativamente na prevenção. Como destaca Ayres (2002), a prevenção é um dos grandes desafios para os programas de controle do HIV/aids. Em duas instituições partícipes da presente pesquisa foi possível identificar que os profissionais realizam tanto a assistência às PVHAs como desenvolvem os projetos de prevenção. Com o acúmulo de tarefas, as campanhas de prevenção acabam ficando em segundo plano nas instituições, não contemplando ações continuas e direcionadas no contexto em questão.

O presente estudo, conforme apontado anteriormente, se deu em três instituições. Em uma das instituições tem-se a reforma de sua sede, fazendo com que esta ocupe provisoriamente uma casa, alugada pelo Município e adaptada para receber o serviço. Os profissionais daquela instituição se queixaram da estrutura física e destacaram o quanto o espaço atual atrapalha no desenvolvimento das atividades e no acolhimento ao usuário.

A falta de infraestrutura é uma situação real para o profissional e independe de ações isoladas da equipe, uma vez que estas estão relacionadas a um âmbito maior: a gestão municipal (RONZANI; SILVA, 2008). Neste sentido, tem-se um sentimento de frustação dos profissionais diante da impossibilidade de amenizar tais dificuldades.

Sobre a questão, Marqui et al. (2010) realizaram um estudo para identificar as principais dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Aquelas autoras apontam que uma das dificuldades identificadas é a precariedade na infraestrutura das instituições de saúde, o que acarreta na desmotivação dos profissionais, influenciando nas metas definidas pela instituição em relação às ações desenvolvidas. Nos relatos do presente estudo, os profissionais assim destacam o quanto a estrutura física da instituição incomoda a equipe: “[...] é a mesma coisa quando você está na sua casa e está tudo desarrumando” (E9).

Outro fator destacado pela equipe como dificuldade no cuidado às PVHAs é a falta de insumo para o desenvolvimento das atividades. Para Dussault (1992), a quantidade de

recursos disponíveis no contexto da saúde não acompanham, em termos proporcionais, as necessidades de atendimento e demanda das instituições. Assim, tem-se um grande fluxo de atendimento de um lado e, de outro, poucos recursos capazes de atender a demanda. Sobre a questão, Junqueira (1990) aponta que a escassez de recursos leva os profissionais de saúde a improvisarem, sendo que, em muitas vezes, desenvolvem suas atividades em condições desfavoráveis.

Um dos relatos obtidos na presente pesquisa evidencia o quanto a equipe vivencia tais dificuldades: "[...] eu atendia em cima de um divã, por que o serviço não tinha [...]. E tinha uma maca lá que ia jogar fora, então eu coloquei aquela maca para servir de mesa, entendeu?". Ao mesmo tempo, evidencia as condições de trabalho dos profissionais que influenciam tanto na saúde do trabalhador como na oferta do cuidado.

Jesus Oliveira e Cunha (2014) estudaram os fatores associados ao estresse em profissionais de saúde. Para aqueles autores, existem, no contexto da saúde, diversos fatores que podem desencadear estresse no trabalho, entre os quais, a falta de recursos e as más condições de trabalho. É importante verificar o quanto as dificuldades relacionadas à falta de recursos nas instituições de saúde estão diretamente associadas com a saúde do trabalhador. Neste sentido, o presente estudo constatou que muitas dificuldades estruturais acarretam um desgaste emocional para os profissionais, além de influenciar, de modo direto e indireto, na qualidade do atendimento ofertado àquela população.

Por fim, a última dificuldade destacada pela equipe é do trabalho em rede e intersetorial, o que implica diretamente no atendimento ofertado junto aos usuários. Tal dificuldade vivenciada pelos profissionais não é exclusiva desse serviço e está inserida em um contexto muito mais amplo, que é o trabalho em rede e intersetorial.

No estudo realizado por Borges, Sampaio e Gurgel (2012), a dificuldade em questão também foi destacada como sendo algo que faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde.

Em um panorama geral, no presente estudo, 49% dos profissionais entrevistados afirmam que logram desenvolver um trabalho em rede, e 54% afirmam que, às vezes, os usuários tem dificuldade de agendar atendimento com profissionais que não têm no SAE. Tais dados, quando comparados com os relatos obtidos, entram em um dissenso, o que evidencia que, embora a maior parte dos profissionais das instituições afirme que consegue desenvolver um trabalho em rede, é possível verificar que ainda existem muitos profissionais que conseguem apenas às vezes. Neste sentido, é possível inferir que a rede ainda não funciona como deveria e, nos serviços, algumas ações não contemplam a efetividade do trabalho em rede.

De acordo com Borges, Sampaio e Gurgel (2012), a integralidade em saúde necessita ser pensada de modo ampliado, o que remete em uma atenção que vai além do espaço físico da instituição. De fato, desenvolver um trabalho em rede é agir de maneira interativa, articulando pessoas e instituição, de modo a superar a fragmentação isolada da atuação de cada setor apartado. Assim, o estabelecimento de cooperação e reciprocidade para intervir em situações torna-se fundamental no cuidado às PVHAs.

As invisibilidades

No presente estudo foi possível identificar os aspectos invisibilizados, ou seja, a dimensão emocional do cuidado e a intersecção de gênero e cuidado. Nas discussões sobre o cuidado em saúde, tais dimensões, muitas vezes, não são abordadas, embora influenciem no cuidado. Neste sentido, nas linhas que se seguem, tem-se a questão de gênero e cuidado, para, em seguida, discorrer sobre os aspectos emocionais no cuidado às PVHAs.

Gênero e cuidado

Na presente pesquisa, foi possível identificar que a maioria dos participantes são mulheres (71%). A participação do trabalho feminino na saúde vem sendo estudada por diversos autores já há algumas décadas, tendo em vista o expressivo número de mulheres atuando no setor. Em 2010, de acordo com dados censitários, 70% dos cargos em saúde era ocupado por mulheres. A força do trabalho em saúde tem passado por um processo de feminização, principalmente nas ocupações de nível técnico e auxiliar. Todavia, nos últimos anos, a participação feminina em profissões tradicionalmente masculinas (médicos e dentistas, por exemplo) tem aumentado (WERMELINGER et. al., 2010).

O número de mulheres que laboram nas instituições participantes, confirma uma questão de gênero relacionada ao cuidado. Gênero e cuidado, embora em um primeiro momento possam parecer distintos, são conceitos transversais que englobam em seus esboços vários outros temas.

A experiência masculina e feminina são distintas em relação ao trabalho do cuidado. A identidade masculina continua a se definir pela distância que ela mantém de algumas atividades de origem na esfera privada, como é o caso do cuidado, por exemplo, contribuindo para que este assuma o seu viés de gênero (BORIS, 2014).

O cuidado sempre foi atribuído à mulher, em uma esfera privada, sendo somente a partir da metade do século XX que se deslocou para uma esfera pública, como um dos resultados

da vida moderna (CONTATORE, 2016). Ao se deslocar para tal esfera, trouxe consigo algumas características marcantes, como é o caso do seu declínio para o feminino.

A participação feminina no mercado de trabalho em atividades econômicas trata-se de um fenômeno recente do século XX, mais especificamente das últimas três décadas (ARAUJO, 2012; LOMBARDI, 2012). Em um primeiro momento tal fenômeno pode parecer uma conquista das mulheres, cuja inserção no mercado de trabalho garantiu-lhes direitos e emancipação. Todavia, como bem evidencia Lombardi (2012, p. 109), o fenômeno, quando analisado, vem "[...] à tona uma realidade complexa e diversificada, com avanços e recuos, e não isenta de contradições".

Assim, concomitantemente ao aumento da participação feminina no trabalho remunerado, reproduziram-se também segregações, "como a maior precariedade ou fragilidade da ocupação feminina comparativamente à masculina, as segregações setorial, ocupacional e hierárquica sofridas pelas trabalhadoras, as remunerações sistematicamente inferiores às dos homens" (LOMBARDI, 2012, p. 109). A participação feminina no mercado de trabalho continua concentrada em alguns "guetos" (WERMELINGER et al., 2010).

Quando se pensa o trabalho de cuidar e o seu declínio para o feminino na saúde, é possível constatar que, mesmo as mulheres saindo de casa, o cuidado está "entrelaçado com o tecido da vida cotidiana das mulheres" (BORIS, 2014, p.102), seja na esfera privada, como sempre esteve, ou na esfera pública, que é o caso da atuação nos serviços de saúde. Apesar da progressão das mulheres no trabalho remunerado, a questão do cuidado continua aparecendo como um problema "de" e "para" as mulheres, onde elas continuam arcando uma parcela desproporcional no trabalho do cuidado (SORJ, 2014).

O trabalho do cuidado aparece, então, como o paradigma da produção do viver, tendo em vista que, se de um lado tal definição contempla a dignidade ao trabalho realizado pelas mulheres e o trabalho do cuidado, por outro, trata-se também do trabalho não valorizado, muitas vezes, mal pago e não reconhecido (KERGOAT, 2016).

Conforme Soares (2012), o trabalho do cuidado, por ser um trabalho que teve origem na esfera privada, carrega desse espaço a invisibilidade. Guimarães (2016) também ressalta que uma outra característica que o trabalho do cuidado carece se libertar é da sua figura fundante, que é o amor materno, uma vez que este o associa, primeiro, a um cuidado naturalizado e próprio da mulher e, segundo, regido por sentimentos e sem interesses. Sendo o cuidado assim exercido, supõe-se que os investimentos emocionais estão dissociados dos comportamentos econômicos. Como bem destaca Soares (2014), a dedicação emocional que o trabalho do cuidado exige faz parte das qualificações necessárias para o desenvolvimento da

referida atividade laboral e não pode ser considerada uma aptidão pessoal relacionada ao sexo feminino.

Por hora, vale destacar que a questão de gênero atrelada ao cuidado carrega consigo a sua invisibilidade e a naturalização de algumas competências técnicas desse espaço, como é o caso da dimensão emocional que esse tipo de trabalho exige. Tal processo é fruto de um processo histórico que consiste na própria desvalorização do trabalho de cuidado e o lugar ocupado por este nas discussões sobre o trabalho. A invisibilidade, sem dúvida se faz presente no trabalho de cuidado em saúde, o que acarreta outras consequências, como, por exemplo, a precarização desse tipo de trabalho, a não valorização da multidimensionalidade que envolve o trabalho do cuidado no referido espaço e a invizibilização e naturalização de algumas competências acionadas para exercer tal função.

Aspectos emocionais do trabalho de cuidar

No presente estudo foi possível constatar que no cuidado às PVHAs, a dimensão emocional emerge diante das situações que os profissionais lidam cotidianamente na realização de suas tarefas. Como evidenciam os relatos obtidos, tal dimensão exige dos profissionais um autocontrole das emoções e um controle emocional dos usuários.

Todo cuidado envolve uma dimensão emocional e o manejo do estado afetivo subjetivo que caracteriza o trabalho emocional. O trabalho emocional pode ser compreendido como a avaliação, a compreensão e a gestão de emoções e sentimentos de quem cuida e de emoções e sentimentos do outro (quem é cuidado) – ato necessário para que o trabalho de cuidar seja realizado (BONFIM; GONDIM, 2010; SOARES, 2012).

Conforme Soares (2012), o trabalho emocional exige um contato verbal, a atitude ou a expressão de quem cuida produz respostas emocionais em quem é cuidado, fazendo com que seus superiores exerçam controle nas emoções.

A dimensão emocional impõe uma complexidade das análises do trabalho, além de ser decisiva para uma compreensão mais justa do trabalho real, da organização e da saúde ocupacional. Muitas análises do trabalho acabam não considerando tais aspectos em uma lógica de opor razão e emoção. Neste sentido, as emoções e os sentimentos no trabalho prosseguem sendo invisibilizadas (SOARES, 2014; SOARES, 2012).

Os dados obtidos no presente estudo evidenciam que os profissionais apresentam dificuldades e sofrimento no enfrentamento de situações difíceis (a morte, por exemplo). Os relatos de óbitos de usuários, aparecerem nos depoimentos evidenciando o quanto para as equipes o óbito ainda é algo difícil de lidar. Além disso, foi possível perceber que não há

espaços nas instituições para os profissionais discutirem sobre esse tema. Cabe, assim, a cada profissional desenvolver estratégias para elaborar as perdas e fazer com que elas não influenciem nas outras esferas de suas vidas e nos outros atendimentos.

Segundo Kovács (2010), a morte faz parte do cotidiano de muitos profissionais de saúde, que vivencia a perda de diferentes modos. No presente estudo, a morte está relacionada ao sofrimento e à angustia do vazio. Segundo Silva (2009, p. 05), "o fenômeno da morte institui um vazio interacional que dói e faz sofrer".

O estresse e a exaustão emocional foram apontados como consequências da sobrecarga emocional, o que contribui para uma maior fragilidade emocional dos profissionais de saúde, podendo levar ao adoecimento psíquico (MAGALHÃES; MELO, 2005). Como destaca Kovács (2010), a morte é um tabu e, ao lidar com a morte do outro, o profissional entra em contato com a sua própria finitude.

A frustração da equipe diante das dificuldades vivenciadas nos atendimentos também aparece no decorrer das linhas que se seguiram, sendo possível verificar que o trabalho acaba sendo desgastante para os profissionais, acarretando sentimento de impotência. Em um estudo desenvolvido por Jesus et al. (2008) com hipertensos, o impedimento de alcançar alguns objetivos terapêuticos tornou-se fonte de frustração na constituição do trabalho. No contexto HIV/aids, como destaca Santos (2013), tal fato se dá por ocasião do profissional de saúde lidar tanto com o tratamento da doença em si, bem como das repercussões sociais e das consequências do processo de adoecimento, onde, muitas vezes, o sofrimento do outro causa um sofrimento também no profissional. O impacto de tal ação é um desgaste físico e emocional da equipe.

Conforme pode ser observado nos relatos obtidos na presente pesquisa, ao não serem trabalhadas, as questões tornam o trabalho em fonte de sofrimento. A isto, se percebeu que a existência de um espaço que permita trabalhar tais questões com a equipe, bem como o cuidado mútuo entre os profissionais, acarreta em um meio de superação daquelas adversidades. Dados semelhantes de apoio mútuo entre profissionais também foram encontrados no trabalho realizado por Hirata (2016), sendo essa uma maneira que a equipe encontrou para lidar no coletivo com questões de sofrimento, o que reafirma a necessidade de criar e incentivar tais espaços nos serviços.

Lidar com a agressividade e outros sentimentos e emoções do usuário também causa sobrecarga para o profissional e exige que este faça uso de ferramentas para lidar com tais situações. Uma das ferramentas propostas por Soares (2012) são as qualificações sociais que "englobam todas as atitudes e comportamentos cuja ausência pode perturbar ou

comprometer a continuidade da interação". Aquele autor elenca três qualificações sociais que são as mais frequentes no cuidado, a saber: 1) a diplomacia; 2) a capacidade de guardar o adequado equilíbrio da interação, por meio da comunicação e da escuta; e, 3) a paciência, que é a capacidade de manter o controle emocional.

A postura de acolher tais demandas surge como um meio de compreender o cuidado como algo contextualizado e integral, sendo esse um espaço de acolhimento das diversas demandas do usuário.

Outra fonte de sofrimento são os conflitos morais dos profissionais de saúde em relação ao atendimento de PVHAs, evidenciado no relato que se segue: "[...] sou cristã, sou evangélica e eu tenho as minhas convicções". Nesses casos, é o agir técnico dos profissionais que se esbarra em conflitos de diferentes ordens no manejo de pacientes com HIV/aids. Sobre a questão, Oliveira, Ayres e Zoboli (2011) destacam os conflitos morais como aquele momento em que os profissionais deparam-se com a "vida privada" do paciente, em confronto com normas socialmente válidas, com seus princípios e com seus valores.

A aids, sem dúvida, surge como algo que faz com que os profissionais de saúde tenham que lidar com várias questões, entre as quais, questões morais, o que faz emergir as discussões sobre a ética, que aparece como um conflito de deveres, existentes no dia a dia profissional. É nesse sentido que trabalhar no contexto da saúde exige do profissional mais do que as competências técnicas (OLIVEIRA; AYRES; ZOBOLI, 2011).

Em suma, foi possível verificar nas linhas que se seguiram que o suporte da equipe é essencial para o enfrentamento dos conflitos morais e da superação de alguns preconceitos dos profissionais. A forma mútua e colaborativa surge também como um meio de cuidado recíproco, onde se tem uma valorização do "interesse público" em detrimento do interesse particular (OLIVEIRA, 2009).

No presente estudo ficou evidente que compreender o profissional de saúde como pessoa, que tem seus valores e conceitos, é fundamental, colocando-o em uma relação simétrica com o usuário. No entanto, o que os diferenciam é que, apesar dos conflitos, apesar dos seus valores, é possível desenvolver uma relação empática com o usuário e ofertar-lhes um tratamento humanístico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrever é um caso de devir,
sempre inacabado, sempre em via de fazer-se, e que
extravasa qualquer matéria vivível ou vivida. É um processo, ou seja,
uma passagem de Vida que atravessa o vivível e o vivido (Deleuze, 1997, p.11).

Quando o presente estudo foi idealizado, tinha-se uma vaga compreensão sobre o significado do cuidado às Pessoas vivendo com HIV/aids (PVHAs). A partir de um levantamento bibliográfico, foi possível constatar que poucos estudos abordavam o cuidado àqueles indivíduos a partir da perspectiva dos profissionais de saúde, e pouco se conhecia sobre a configuração deste cuidado nos Serviços de Assistência Especializada (SAEs).

Assim, o contato com os estudos e as experiências práticas no atendimento às PVHAs levaram as questões que nortearam a construção do estudo em questão e que aqui retoma-se, entre elas:

(1) Considerando as novas estratégias de controle, prevenção e assistência da epidemia de HIV/aids, a cronicidade daquela Síndrome na atualidade e os avanços no tratamento às PVHAs, como os serviços de saúde, na percepção dos profissionais de saúde e gestores, têm abordado os aspectos multidimensionais do viver com aquele vírus no cuidado e atenção àqueles indivíduos? Quais as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde para atender integralmente tais sujeitos? e

(2) Como os serviços de saúde têm capacitado seus profissionais para atuar de modo integral no cuidado às PVHAs? Quais as ações desenvolvidas para fortalecer o trabalho em equipe?

Neste sentido, foi possível definir como objetivo das linhas que se seguiram refletir sobre o cuidado às PVHAs ofertado nos serviços ambulatoriais de referência no atendimento àquela população, a partir da percepção dos profissionais de saúde.

Para o alcance de tal objetivo, trilhou-se, primeiramente, um caminho teórico, com visita a estudos sobre HIV/aids e seus impactos, sobre as Políticas Públicas e sobre o cuidado em saúde pública para os sujeitos em questão.

No presente estudo, o viver com HIV/aids foi abordado em sua multidimensionalidade, partindo de uma compreensão de um vírus ideológico, proposto por Daniel e Parker (1991), que causou medo, pânico e diversos impactos na vida das PVHAs. Aquele vírus ideológico se apresentou como algo mais devastador do que a própria infecção pelo HIV e, na quarta década da epidemia, nenhuma resposta foi tão efetiva a ponto de controlar a sua disseminação.

Destarte, constatou-se que o cuidado às PVHAs é um dos principais desafios para a saúde pública, tendo em vista que não exige somente cuidados biomédicos, mas de outras dimensões, colocando o profissional de saúde em contato com questões incomuns, tais como: sexualidade, diferenças, comportamentos, escolhas e morte (SOUZA; SILVA, 2013).

O segundo caminho trilhado foi a realização de um estudo empírico, com profissionais de saúde e gestores de três SAEs, da DRS-X, que fez uso, como estratégia de pesquisa, da triangulação de métodos, com o intuito de conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre o cuidado às PVHAs.

O método utilizado no estudo demonstrou-se adequado, favorecendo um olhar multidimensional para a complexidade que é o cuidado às PVHAs. Além disso, a utilização de três técnicas de coleta de dados (questionário, entrevista semiestruturada, grupo de discussão) possibilitou compreender o objeto de estudo a partir três perspectivas, a saber: 1) geral; 2) individual; e, 3) coletiva.

É importante ressaltar que os grupos de discussão se demonstraram como um momento de reflexão para os profissionais de saúde sobre a práxis do cuidado e sobre a forma que o processo de trabalho é organizado na instituição. Tal fato merece destaque, tendo em vista a aceitação desse tipo de grupo para os profissionais e a falta de espaço dentro dos serviços de saúde para que, juntos, reflitam sobre o cuidado.

Adentrar nos serviços de saúde, ter acesso às dependências da instituição e conhecer a realidade dos serviços possibilitou olhar para os profissionais de saúde como sujeitos, e o cuidado, como uma atitude, em uma relação de encontro entre um sujeito que cuida e um sujeito que demanda cuidados. Assim, foi do encontro, dos afetos, dos diálogos e das reflexões, junto com os profissionais, que a presente pesquisa foi construída.

De fato, algumas constatações relevantes sobre o cuidado às PVHA puderam ser feitas. Primeiramente, foi possível identificar que os profissionais de saúde criam um conceito de viver com HIV/aids que muito se aproxima do viver com HIV/aids no início da epidemia. Tal conceito é o que guia as ações nos serviços de saúde e está sempre em um processo de reconstrução pelos profissionais.

Quanto ao uso das novas tecnologias no tratamento e cuidado às PVHAs, foi possível verificar que se faz necessária a inclusão em um contexto muito maior, que é do cuidado humanizado, não sendo compreendidas fora desse universo e muito menos como opostas a uma proposta de conceito de cuidado capaz de abranger tanto a tecnologia dura, leve-dura e leve, conforme proposto por Merhy e Feuerwecker (2009). Cuidar é transitar entre as tecnologias disponíveis em um encontro de alteridades, em um encontro com o diferente, em um encontro com o outro.

O acolhimento, a escuta ativa e o vínculo surgem no presente estudo como a base para um atendimento integral àqueles sujeitos. Além disso, a atuação do trabalho em equipe de interação, conforme Peduzzi (2007), é o que garante um atendimento integral à PVHA, superando um modelo fragmentado de cuidado em saúde.

A realização da presente pesquisa evidenciou a necessidade de olhar para a aids na atualidade, compreendendo o seu significado junto às PVHAs para as diferentes faixas etárias e as repercussões nas diversas esferas da sua vida.

Em relação à prevenção, foi possível identificar que tal ação tem ficado em segundo plano nos serviços, enquanto deveria ser uma das ações priorizadas, o que corrobora com as discussões Grangeiro (2016) e Parker (2015). Além disso, é necessário incluir nos programas de prevenção a divulgação das novas estratégias de prevenção, como, por exemplo, a Profilaxia Pós Exposição (PEP) e a, ainda em teste, Profilaxia Pré Exposição (PrEP).

Na abordagem dos aspectos multidimensionais que envolvem o viver com o HIV, foi possível identificar que muitos aspectos não são abordados pelas equipes de saúde, muitas vezes, pelos próprios tabus dos profissionais; outras vezes, por dificuldades de abordagem e de compreensão da importância de tais aspectos, sendo este um tema de deve ser mais bem pesquisado.

Quanto à formação e capacitação profissional, faz-se importante avaliar as novas tecnologias educativas utilizadas, tendo em vista que muitas delas reforçam um modelo fragmentado de formação, além de não terem uma boa aceitação nas equipes de saúde.

Ainda sobre a formação, os profissionais que atuam na instituição desde os primórdios da epidemia e que participaram dos programas de capacitação daquela época transformaram-se em multiplicadores, repassando o conhecimento para os novos profissionais. Criar multiplicadores era uma das propostas das políticas de HIV/aids no início da epidemia e leva a constatar que, mesmo que já tenha passado alguns anos, ela está sendo efetivada por alguns deles.

De fato, o jovem profissional, independente da categoria, precisa ser sensibilizado para ações mais humanas, compreensivas e empáticas diante do sofrimento do outro (que é o cuidado), em uma postura de aceitação às diferenças. Além disso, este necessita conhecer todo o processo histórico da aids, tendo em vista a relevância do passado na compreensão da doença nos dias atuais.

Outro dado que o presente estudo destaca é que a experiência de trabalhar com o HIV/aids transforma os profissionais, uma vez que lidar com a dor e o sofrimento do outro os tornaram mais sensíveis, abertos e humanos.

Tem-se ainda a necessidade de trabalhar com as equipes de saúde os seguintes temas: morte, sexualidade, sofrimento, entre outros, diante da dificuldade dos profissionais na abordagem dos mesmos. Inclusive, apontou-se aqui a relevância dos temas em questão serem incluídos no processo de formação inicial de todos os profissionais de saúde e na formação continuada e permanente nos serviços, como uma demanda a ser considerada, dadas as caraterísticas da atuação do cuidado às PVHA e no contexto da saúde e geral.

O trabalho na saúde causa impactos emocionais e sofrimentos para os profissionais. Neste sentido, constatou-se a necessidade de cuidar desses cuidadores, sendo necessário a oferta, nas instituições, de um suporte ou apoio que lhes ajude a lidar com as emoções e os sentimentos – produto do trabalho.

Foi possível verificar que, embora os profissionais de saúde afirmem que são abordadas questões relacionadas ao núcleo familiar dos usuários, são poucos os profissionais que realizam este tipo de atendimento, indicando que o cuidado ainda se mantém apenas no usuário, não contemplando o seu núcleo familiar, o que inclui os parceiros.

Em relação ao trabalho em equipe, foi possível verificar que estar junto, discutir, refletir, compartilhar coletivamente, transforma o trabalho em uma rede de apoio, facilitando ou aliviando situações difíceis que aparecem no trabalhar no contexto do HIV/aids.

A falta de recursos humanos é um sério problema vivenciado pelas equipes, o que acarreta diretamente na saúde emocional dos profissionais de saúde e no cuidado às PVHAs.

Finalmente, o presente estudo possibilitou conhecer a realidade vivenciada nos serviços de saúde que atendem às PVHAs, além de compreender como as equipes de saúde produzem cuidado diante das adversidades, tensões e invisibilidades que envolvem a temática.

As linhas que se seguiram podem ser concluídas acreditando que a escuta dos profissionais de saúde em relação aos seus dilemas e dificuldades para produzir cuidado é apenas um começo para repensar sobre o quanto as discussões em torno do cuidado em saúde é fundamental. Assim, por se tratar de um tema complexo, a pesquisa apenas sintetizou a

necessidade de se repensar algumas questões que envolvem a produção de cuidado às PVHAs. Logo, é preciso que novos estudos deem seguimento às reflexões pertinentes. Por conseguinte, sugerem-se estudos sobre: o cuidado em saúde, incluindo a percepção dos usuários e familiares; as invisibilidades do trabalho de cuidar e o seu impacto no cuidado em saúde; as dimensões emocionais do cuidado em saúde; a formação de profissionais de saúde, que abordem os conteúdos e as didáticas utilizadas; as condições de trabalho que os profissionais de saúde estão sujeitos e sobre o significado da aids hoje nas diferentes faixas etárias, além de estudos sobre o lugar das novas tecnologias na prevenção do HIV/aids.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L.; COSTA, V.M.F. **Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer-Stiftung, 1998.

ALENCAR, T.M.D.; NEMES, M.I.B.; VELLOSO, M.A. Transformações da "aids aguda" para a "aids crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.13, n.6, p.1841-1849, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a19v13n6.pdf>. Acesso em: 24 out. 2015.

ALMEIDA, G. A questão das legislações estaduais e municipais: avanços e entraves. In. PIMENTA, C.; RAXACH, J.C.; TERTO JÚNIOR, V. (org.) **Seminário - Descentralização das políticas e ações em saúde:** impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, Rio de Janeiro: ABIA, 2011.

ALMEIDA, M.H.T. Federalismo e Políticas Sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 10, n.28, p. 88-108, 1995.

ALTMAN, D. **Poder e comunidade:** respostas organizacionais e culturais à Aids. Trad. Hugo S. Melo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará Abia / IMS/ UERJ, 1995.

AMATO, T.C.; SILVEIRA, P.S.; OLIVEIRA, J.S. RONZANI, T.M. Crenças e Comportamentos sobre Práticas de Prevenção ao Uso de Álcool Entre Pacientes da Atenção Primária à Saúde**. Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.744-758, jul. / dez. 2008. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/10559/8367>. Acesso em: 15 maio 2016.

AMORIM, C.M.; SZAPIRO, A.M. A domesticação das singularidades: reflexões sobre o paradigma da prevenção – o caso da epidemia de HIV/AIDS. **Estudos e pesquisa em psicologia,** Rio de Janeiro, v.8, n.3, 2008. Disponível em: < http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/10552 >. Acesso em: 10 jun. 2015.

ARAUJO, A.C. Informalidade e relações de Gênero. In. GEORGES, I.; LEITE, M.P. (org.). **Novas configurações do trabalho e Economia solidária**. São Paulo, Ed. Annablume, 2012, p.135-172.

ARRETCHE, M. Mitos da Descentralização: Maior Democracia e eficiência nas Políticas Públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 11, n.31, p. 44-66, 1996. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_03.htm>. Acesso em: 21 jul. 2015.

AXINN, W. G.; PEARCE, L. D. Motivations for mixed method social research. In: _____. **Mixed method data collection strategies**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. p.1-27.

AYRES, J.R.C.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In. CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009a.

AYRES, J.R.C.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA JUNIOR, I. Risco, vulnerabilidade, e práticas de prevenção e promoção de saúde. In. CAMPOS, G.W.C. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009b.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., Botucatu, v.8, n.14, p.73-92, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04>. Acesso em: 03 mar. 2016.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2011.

AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 6, n.11, p. 11-24, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n11/01.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2016.

BACKES, M.T.S.; BACKES, S.T.; DRAGO, L.C.; KOERICH, M.S.; ERDMANN, A.L. Cuidado ecológico como um fenômeno amplo e complexo. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.5, p.876-81, set./out., 2011a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a12v64n5.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2015.

BACKES M.T.S.; BACKES D.S.; DRAGO L.C.; KOERICH M.S.; ERDMANN A.L. Do antropocentrismo ao ecologicentrismo: formação para o cuidado ecológico na saúde. **Rev Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre, v.32, n.2, p. 263-9, 2011b. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a08v32n2.pdf >. Acesso em: 23 nov. 2015.

BACKES, M.T.S.; ERDMANN, A.L.; BACKES, D.S. Cuidado ecológico: o significado para profissionais de um hospital geral. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.22, n.2, p.183-91, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a11v22n2.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2015.

BALDIN, S.M.A. **Necessidades humanas e diagnósticos de enfermagem na assistência a pessoas com HIV/Aids em UTI.** Dissertação de mestrado apresentado ao programa de Pós-Graduação em enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

BALSANELLI, A.P.; JERICO, M.C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. **Acta paul. enferm**., São Paulo, v.18, n.4, p.397-402, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a08v18n4.pdf>. Acesso em: 04 de dez. 2016.

BARATA, G.F. **A primeira década da aids no Brasil**: o fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992). Dissertação de mestrado apresentada ao programa de História da Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade Estadual de São Paulo, 2006.

BARCELLOS, C.; BASTOS, F. I. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil, **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 121, n.1, p. 11-24, 1996. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/779/3/BASTOS_BARCELLOS_Redes%20Sociais%20e%20Difusao%20da%20AIDS_1996.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4a ed., Lisboa: Edições 70, 1977.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática, 5ed., Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.11, n.1, p.67-84, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pd>. Acesso em: 23 jul. 2015.

BASTOS, F.I.; BOSCHI-PINTOII, C.; TELLESI, P.R.; LIMAI, E. O Não-dito da AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, Jan./Mar. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n1/10.pdf>. Acesso em: 7 out. 2016.

BASTOS, F.I.; TELLE, P.R.; CASTILHO, E.; BARCELLOS, C. A epidemia de AIDS no Brasil. In. MINAYO, M.C.S. (org) **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora HUCITEC-ABRASCO,1995, p.245-268.

BAUMAN, Z. **Bauman sobre Bauman**: diálogos com Keith Tester. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

BERKMAN, A.; GARCIA, G.; MUÑOZ-LABOY, M., PAIVA, V. PARKER. R. **A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS**: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries. American Journal of Public Health, v.95, n.7, jul. 2005.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v.1, n.1, p. 28-35, out./mar., 2005. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao /article/view/1503/1689>. Acesso em: 17 out. 2016.

BONFIM, M.C.; GONDIM, S.M.G. **Trabalho emocional**: demandas afetivas no exercício profissional Salvado: EDUFBA, 2010.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. Trad. Juraci A. Cesar. 2ed. São Paulo: ed. Santos 2010.

BONOLO, P.F.; GOMESR.R.F.M.; GUIMARÃES, M.D.C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, n.16, v.4, p.261-78, out. /dez., 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ ess/v16n4/v16n4a05.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2016.

BORGES, M.J.L.; SAMPAIO, A.S.; GURGEL, I.G.D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-56, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc /v17n1/a17v17n1.pdf>. Acesso em: 14 de jul. 2015.

BORIS, E. Produção e Reprodução, casa e trabalho. **Tempo Social**, São Paulo, v. 26, n.1, p. 101-122, jun. 2014. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/ts/v26n1/08.pdf >. Acesso em: 19 ago. 2016.

BOURDIEU, P. O campo científico. In. ORTIZ, R. (org) **Pierre Bourdieu** - sociologia. São Paulo: Ática, 1983.

BOURGUIGNON, D.R.; TAVARES, G.R.P.; SANTANA, L.G.; SILVA, M.Z.; LIMA, R.C.D.; RASCH, S.S. Recursos humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.310-5, set. / dez. 2003.

BRASIL. **Portaria n. 236**, de 2 de maio de 1985. Cria o Programa de Controle da SIDA ou AIDS. Ministério da Saúde, 1985. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/legislacao/2012/51440>. Acesso em: 07 out. 2015.

BRASIL. **Lei No. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF. 1990. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 04 jun. 2016.

BRASIL**. Política nacional de DST/aids princípios, diretrizes e estratégias.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2015.

BRASIL. **Alternativas assistenciais à AIDS no Brasil**: as estratégias e resultados para a implantação da rede de SAE. Anexo II – O perfil dos SAE 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, ano XIV, n.01, Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico>. Acesso em: 09 ago. 2015.

BRASIL. **Programa Nacional de avaliação de serviços de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_ programa_nacional_avaliacao_servicos.pd>. Acesso em: 09 ago. 2015.

BRASIL. **Portaria n. 1.174, de 07 de julho de 2005**. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms. saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.html>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. **Orientações sobre o sistema de monitoramento da Política de Incentivo no âmbito do programa nacional de DST/HIV/AIDS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/fundo_a_fundo.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2015.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, ano VI, n.01, Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico>. Acesso em: 09 ago. 2015.

BRASIL. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2016.

BRASIL. **Projeto AIDS-SUS - AIDS-SUS Project – National AIDS Program and National Health Services.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://documents. worldbank.org/curated/pt/953641468228273906/Brazil-AIDS-SUS-National-AIDS-Program-National-Health-Service-Project>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/ noticia/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BRASIL. **Portaria conjunta n.1, de 16 de janeiro de 2013**. Trata da alteração na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/legislacao/2013/52759>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BRASIL. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3183>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, ano IV, n.01, Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-antirretroviral-pos-ex-0>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, ano V, n.01, Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico>. Acesso em: 04 dez. 2016.

BRICEÑO-LEÓN, R. Quatro Modelos de Integração de Técnicas Qualitativas e Quantitativas de Investigação nas Ciências Sociais. In. GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (Org.) **O Clássico e o Novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BRITO, I. Profissionais de saúde e aids: a experiência em regiões de garimpo. In. BRASIL. **Seminário de cooperativa Brasil-França** – profissionais de saúde frente manejo de infecção pelo HIV: aspectos psicossociais e técnicos, Salvador. Brasília: Ministério da saúde, 2000.

BRUNELLO, M.E.F.; CERQUEIRA, D.F.; PINTO, I.C.; ARCÊNIO, R.A.; GONZALES, R.I.C.; VILLA, T.C.S.; SCATE, L.M. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose, **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.2, p. 176-82, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a10v22n2.pdf>. Acesso em: 04 out. 2016.

CALAIS, S.L. Delineamento de Levantamento ou Survey. In. BAPTISTA, M.N.; CAMPOS, D.C. **Metodologia de pesquisa em ciências**: análise quantitativa e qualitativa. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

CAMARGO JR., K.R. **As ciências da AIDS & a AIDS das ciências**: discurso médico e a construção da AIDS. Rio de Janeiro: Relume-Dumará Abia, 1994.

CARNEIRO, A.J.S. **Cuidado profissional a mulheres com teste rápido positivo para HIV**. Dissertação de mestrado, Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2007.

CARVALHEIRO, J.R. Epidemiologia da Aids: garimpando novos paradigmas. In. VERAS, RP. **Epidemiologia**: contextos e pluralidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

CARVALHO, E. F.; CUNHA, C. R.; MELGAÇO, L.O.; DIAS, C.A.C.; MOURA, A.C.E. **EaD e Ensino Superior:** vantagens e desvantagens da aplicação e Conclusão sobre método efetivo. Anais do Congresso Nacional Universidade, EAD e Software Livre - segundo semestre de 2011, v.2, n.2, 2011.

CASTIEL, LD. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. In. CASTIEL, LD. **A medida do possível...** saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

CASTRO Y.P.; LAIN T.M.; GENOVÉS E.C.; MOÑINO N.; JIMÉNEZ L.P. Grupos de discusión. **Métodos de investigación en educación especial**, p.1-9, 2010.

CECILIO, L.C.O.; LACAZ, F.A.C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família, **R. Bras. Enferm.** , Brasília, v. 53, n. especial, p. 143-7, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53nspe/v53nspea24.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

COELHO, N. **Brasil bate recorde de pessoas em tratamento contra o HIV e aids**. Ministério da saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, jan. 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/2016/brasil-bate-recorde-de-pessoas-em-tratamento-contra-o-hiv-e-aids>. Acesso em: 06 jul. 2016.

CONTATORE, O.A. **Os sentidos do cuidado em saúde**. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2016.

CORDEIRO, I. D.; BACCARINI, R. POSSAS, C. Adesão no contexto da terapia antirretroviral no Brasil: Políticas Públicas e desafios. In. Brasil. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil:** coletânea de estudos do Projeto Atar. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CUTTER, S. L. Vulnerability to environmental hazards. **Progress in Human Geography**, v. 20, n.4, p.529-39, 1996.

DA SILVA, A.C.R. **Educação a distância e o seu grande desafio**: o aluno como sujeito de sua própria aprendizagem. 11º Congresso Internacional de Educação a Distância, set./2004.

DANIEL, H. Aids no Brasil: a falência dos modelos. In. DANIEL, H.; PARKER, R. (org) **AIDS, a Terceira epidemia**: ensaios e tentativas. São Paulo: Iglu, 1991.

DANIEL, H.; PARKER, R. A terceira epidemia: o exercício da solidariedade. In. DANIEL, H.; PARKER, R. (org) **AIDS, a Terceira epidemia**: ensaios e tentativas. São Paulo: Iglu, 1991.

DANIEL, S. The Public Secret: Information and Social Knowledge. Intelligent Agent, **The NetArt Initiative**, v.6, n.2, 2006.

DE PAULA, P.S.R.; LAGO, M.C.S. Da peste gay ao barebacking sex: AIDS, biopolitica e risco em sáude, **Ciencias Sociales y Educación**, Medellín, v.2, n.4, p. 43-67, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://revistas.udem.edu.co/index.php/Ciencias_Sociales/article/view/786>. Acesso em: 25 out. 2016.

DE PINHO, M.C.G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciência e cognição**, Rio de Janeiro, v.8, p.68-87, 2006. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

DEL BIANCO, R. Profissionais de saúde e a aids nas diferentes modalidades assistenciais. In. BRASIL. Ministério da saúde. **Seminário de cooperativa Brasil-França** – profissionais de saúde frente manejo de infecção pelo HIV: aspectos psicossociais e técnicos, Salvador. Brasília: Ministério da saúde, 2000.

DELEUZE, G. Post-Scriptum sobre as sociedades do controle. In. DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: editora 34, 1992.

DELEUZE; G. **Clínica e crítica**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

DELEUZE; G. GUATTARI, F. **O que é filosofia.** Trad. Bento Prado Jr. E Alberto Alonso Munoz. 2ed, Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

DESLANDES, S.F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In. MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R.S. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2005.

DRAIBE, S.M. **Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil**: saúde e educação fundamental. Informe Final do Projeto Estudios de Descentralización de Servicios Sociales da División de Desarrollo Econômico da CEPAL. Campinas, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/Universidade Estadual de Campinas, 1998.

DUSSAULT G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências, **Rev. Adim. púb**., Rio de Janeiro, n.26, n.2, p.8-19, abr./jun. 1992. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8792>. Acesso em: 13 jul.2016.

FERTONANI, H.P.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D.; SCHERER, M.D.A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1869-1878, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>. Acesso em: 13 jul.2016.

FEUERWERKE, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**. Botucatu, v.9, n.18, set./ dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>. Acesso em: 13 jul.2016.

FIGUEIREDO, L.C. Cuidado e saúde: uma visão integrada. **ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos**, Brasília, v.29, n.2, p.11-29, 2011. Disponível em: <http://www.spbsb.org.br/site/images/Novo_Alter/2011_2/01Figueiredo.pdf>. Acesso em: 13 jul.2016.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, Jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. Acesso em: 13 jul.2016.

FOUCAULT **História da Sexualidade – A vontade de saber**, v.1, Rio de Janeiro: Graal, 1976.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. São Paulo: Editora Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6.ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr./jun., 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In. MERHY, E.E.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M.;RIMOLI, J.; FRANCO, T.B. (org.) **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E., Produção Imaginária da Demanda. In. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005.

FREITAS, M.C.; MENDES, M.M.R. Condições crônicas de saúde e o cuidado de enfermagem. **Rev. latino-am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.7, n.5 - p.127-35, dez.1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13515.pdf>. Acesso em: 25 set. 2016.

FUENTES-ROJAS, M. Construção do conceito de Deficiência Intelectual pelos membros do grupo familiar. In: GUILHOTO, L.M.F.F. (Org.). **Envelhecimento e Deficiência Intelectual:** uma emergência silenciosa. 2ed.São Paulo: Instituto APAE de São Paulo, 2013, p.309-335.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

GALVÃO, M.T.G.; CUNHA, G.H.; MACHADO, M.M.T. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p.371-6, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a04v63n3.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

GIACOMOZZI, C.M., LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 645-53, out. / dez. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

GIDDINGS, L.S. Mixed-methods research: Positivism dressed in drag? **J. Res. In Nursing**, v.11, n.3, p.195-203, 2006.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANNI, G. As estruturas elementares das políticas públicas**. Caderno de Pesquisa**, n.82, Campinas: NEPP, 2009.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4.ed. Rio de Janeiro: LCT, 1988.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C.; SANTOS, E.I.; SANTO, C.C.E.; VALOIS, B.R.G.; PONTES, A.P.M. As facetas do convívio com HIV/aids: formas de relações sociais e representações sociais da aids para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.111-20, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a15.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

GOMES, E.S.; ANSELMO, M.E.O.; LUNANDE FILHO, W.D. As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. **Rev**. **Bras. Enferm.,** Brasília, v 53, n.3, p. 472-480, jul./set. 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v53n3/v53n3a17.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

GOMES, R. A Análise de dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C.S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. (org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 63-80.

GOMES, R.; SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.; MALAQUIAS, J.V.; SILVA, C.F.R. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In. MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R.S. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2005.

GONZALEZ REY, F.L. A saúde na trama complexa da cultura, das instituições e da subjetividade. In. GONZALES REY, F.L.; BIZERRIL, J. (org) **Saúde, cultura e subjetividade**: uma referência interdisciplinar. Brasília: UniCEUB, 2015.

GRANGEIRO A. Da estabilização à emergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV e AIDS no Brasil. In. ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. **Mito vs Realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro:

Abia, 2016, p.16-21. Disponível em: <http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf >. Acesso em: 10 ago. 2016.

GRANGEIRO A., LAURINDO DA SILVA L., TEIXEIRA P.R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica,** Washington, v.26, n.1, p.87-94, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org /pdf/rpsp/v26n1/13.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M.M.; GIANNA, M.C.; CASTILHO, E.A.C.; TEIXEIRA, P.R. Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 14-33, 2010. Disponível em: <www.tempusactas. unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/789/776>. Acesso em: 29 jul. 2015.

GUIMARÃES, M.D.C.; ACURCIO, F.A.; MACHADO, C.J.; FREITAS, M.I.F.; BONOLO, P.F; CECCATO, M.G.B.; CAMPOS, L.N.; GOMES, R.R.F.M.; ROCHA, G.M.; PÁDUA, C.A.M. ÁLVARES, J. **Projeto ATAR**: metodologia dos componentes quantitativo e qualitativo. In. Brasil. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GUIMARAES, N.A. Casa e mercado, amor e trabalho, natureza e profissão: controvérsias sobre o processo de mercantilização do trabalho de cuidado. **Cad. Pagu**, Campinas, n.46, p. 59-77, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n46/1809-4449-cpa-46-0059.pdf>. Acesso em: 01 set. 2016.

GUIMARÃES, N.A.; HIRATA, H.; SUGITA, K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho do care no Brasil, França e Japão. In: Hirata, H.; Guimarães, N.A. (org.). **Cuidado e Cuidadoras**: as várias faces do trabalho do care. São Paulo, Editora Atlas, 2012.

GURGEL, W. B. A triangulação em debate: considerações sobre o modelo minayano de avaliação por triangulação de método. **Ciências Humanas em Revista**, São Luís, v.5, n.1, jul. 2007.

GUTIERREZ, E.B.; ATOMIYA, A.N.; SEGURADO, A.C.; SANTOS, S.S. LI, H.Y. Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. In. MARTINS, M.A. (org). **Clínica Médica** - Alergia e Imunologia Clínica, Doenças da Pele, Doenças Infecciosas, v.7, São Paulo: Editora Manole, 2009.

GUZMÁN, J.L.D.; IRIART, J.A.B. Revelando o vírus, ocultando pessoas: exames de monitoramento (CD4 e CVP) e relação médico-paciente no contexto da AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1132-40, maio 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/20.pdf>. Acesso em: 08 maio 2015.

HALLAL, R.; RAVASI, G.; KUCHENBECKER, R.; GRECO, D.; SIMÃO, M. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, p. 54-65, 2010. Disponível em: <xa.yimg.com/kq/groups/41004382/.../name/HIV+791-1524-2-PB+terapia+2013.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

HEILBORN, M.L.; BRANDÃO, E.R. Introdução: Ciências Sociais e Sexualidade. In. HEILBORN, M.L. (org.). **Sexualidade**: o olhar das ciências sociais, IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999, p. 7-17.

HELMAN, C.G. Doença versus Enfermidade na Clínica Geral. **CAMPOS - Revista de Antropologia Social**, Curitiba, v.10, n.1, p. 120-28, 2009. Disponível em: <revistas.ufpr.br/campos/article/viewFile/18582/13029>. Acesso em: 27 set. 2016.

HERZLICH, C. PIERRET, J. Uma Doença no Espaço Público. A AIDS em Seis Jornais Franceses. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15(Suplemento), p.71-101, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a05.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.

HERZLICH, C. Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.383-394, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a11.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.

HIRATA, H. Subjetividade e sexualidade no trabalho de cuidado. **Cad. Pagu**, Campinas, n.46, p.151-163, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n46/1809-4449-cpa-46-0151.pdf >. Acesso em: 30 out. 2016.

HIRATA, H.; DEBERT, G.G. Apresentação. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 46, p.7-15, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n46/1809-4449-cpa-46-0007.pdf>. Acesso em: 30 out. 2016.

JESUS E.S.; AUGUSTO, M.A.O.; GUSMÃO, J.; MION JÚNIOR, D.; ORTEGA, K., PIERIN, A.M.G. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.21, n.1, p.59-65, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

JESUS OLIVEIRA, R.; CUNHA, T. Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v.3, n.2, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://www.uninter.com/revistasaude/index.php/cadernosaude desenvolvimento/article/download/302/238>. Acesso em: 23 out. 2016.

JOHNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE, A. J. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Who's Time Has Come. **Educational Researcher**, v.33, n.7, p.14-26, 2004.

JONES, T.B. Psychosocial Dimensions of HIV Infection in Pregnancy. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v.51, n. 2, p.456–66, 2008.

JUNQUEIRA, L.A.P. Gerência dos Serviços de Saúde. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.247-259, jul. / set. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n3/v6n3a02.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; PEREIRA, D.B.; COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.30, n.4, p.594-601, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v30n4/a03v30n4.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

KERGOAT, D. O cuidado e a imbricação das relações sociais. In. ABREU, A.R.P.; HIRATA, H.; LOMBARDI, M.R. (org). **Gênero e trabalho no Brasil e na França**: perspectivas intersecionais. São Paulo: Boitempo, 2016.

KOVÁCS, M.J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.4, p.420-429 2010. Disponível em: <www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf>. Acesso em: 07 out 2015.

LANGDON, E.J. Comentários sobre "Doença versus Enfermidade na Clínica Geral", de Cecil G. Helman. **CAMPOS - Revista de Antropologia Social**, Curitiba, v.10, n.1, p.113-17, 2009. Disponível em: <revistas.ufpr.br/campos/article/viewFile/18581/13028>. Acesso em: 07 mar. 2016.

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P.R. **Histórias da aids no Brasil**: as respostas governamentais à epidemia de aids, v. 1, Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.

LAUTERT, L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. **Rev. gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v.20, n.2, p.50-64, jul. 1999. Disponível em: <www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4285/2257>. Acesso em: 02 nov. 2016.

LEITE, N.T.F.; COSTA, A.V.S.; CARVALHO, K.A.C.; MELO, R.S.R.; NUNES, B.N.T.V.; NOGUEIRA, L.T. Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.60. n.4, p.434-8, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a14.pdf>. Acesso em: 21 set. 2015.

LIMA, A.P. O cuidado como elemento de sustentabilidade em situações de crise. Portugal entre o Estado providência e as relações interpessoais. **Cadernos Pagu,** Campinas, n.46, p.76-105, jan./abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n46/1809-4449-cpa-46-0079.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2016.

LIMA, L.L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Rev. Sociol. Polít**., Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2015.

LOMBARDI, M.R. Anotações sobre desigualdades de gênero no Mercado de trabalho. In. GEORGES, I.; LEITE, M.; DE PAULA (org.), **Novas configurações do trabalho e Economia solidária,** São Paulo, Ed. Annablume, 2012, p.109-134.

MACEDO, M. M. K.; FALCÃO, C. N. B. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Psychê,** São Paulo, ano IX, n. 15, p. 65-76, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v9n15/v9n15a06.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2016.

MAGALHÃES, M.V.; MELO, S.C.A. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. **Psicologia e Saúde em Debate**, Pato de Minas, v.1, n.1, p.65-77, abr. 2015. Disponível em: <https://psicodebate.files.wordpress.com/2014/12/5-magalhc3a3es-melo-2015.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

MALUSCHKE, J.S.N.F.B. A AIDS na encruzilhada das subjetividades: reflexões em torno de uma pesquisa. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 138-149, set. 2001. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482001000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 29 jun. 2016.

MANN, J. **Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly**, 20 October, New York, 1987.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. **A Aids no mundo**. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1993.

MARQUES, M.C.C. **Saúde e poder**: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. Hist. cienc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v.9, 2002.

MARQUI, A.B.T.; JAHN, A.C.; RESTA, D.G.; COLOMÉ, I.C.S.; ZANON, T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v.44, n.4, p. 956-61, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/14.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

MARTINS, A. C. B. Pessoas vivendo com aids: corpos marcados? **Revista Eletrônica Machado Sobrinho**, Juiz de Fora, ed. 00, p.37-46, jul. / dez. 2009. Disponível em: <http://www.machadosobrinho.com.br/revista_online/publicacao/artigos/Artigo04REMS.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

MARTINS, A.R.; PEREIRA, D.B.; NOGUEIRA, M.L.S.N.; PEREIRA, C.S.; SCHRADER, G.S.; THOFERHN, M.B. Relações Interpessoais, Equipe de Trabalho e seus Reflexos na

Atenção Básica, **Revista brasileira de educação médica,** Rio de Janeiro, v.36, n.1, supl. 2, p.6–12, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a02v36n1s2.pdf>. Acesso em: 18 maio 2016.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B.; DOMINGOS, N.A.M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., Botucatu, v.9, n.16, p.9-24, fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a02.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2016.

MEICHES, M.P. Uma metáfora possível da morte? **Revista USP**, São Paulo, n. 33, mar./maio 1997. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35043/37781>. Acesso em: 09 maio 2015.

MEINERZ C.B. Grupos de Discussão: uma opção metodológica na pesquisa em educação. **Revista Educação & Realidade,** Porto Alegre, v.36, n.2, p.485-504, maio/ago. 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/16957>. Acesso em: 25 mar. 2016.

MERHY, E.E.; FEUERWECKER L.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde:** uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Org.). Leitura de novas tecnologias e saúde. 1ed.São Cristóvão; Salvador: Edufba; Edufs, 2009, v. 1, p. 29-56.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em saúde. In: VENÂNCIO, J. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio, 2006, p. 276-282.

MESQUITA, N.F.; TORRES, O.M. A equipe de saúde na atenção integral ao adolescente vivendo com HIV/aids. **Esc Anna Nery (impr.)**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.730-739, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0730.pdf>. Acesso em: 29 out. 2016.

MINAYO, M.C.S. Conceito de avaliação por triangulação de método. In. MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R.S. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 2010.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; ASSIS, S.G.; CRUZ NETO, O.; DESLANDES, S.F.; SILVA, C.M.F.P. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico / CTA/Coas da Região Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 15, v.2. p. 355-367, abr./jun., 1999. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0320.pdf>. Acesso em: 04 out. 2015.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.S.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N.C. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In. MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R.S. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2005.

MISHIMA, S. M.; ALMEIDA, M.C.P. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo novas autonomias no trabalho**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.5, n.9, p.150-153, 2001. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>. Acesso em: 06 out. 2016.

MONACO, F.F.; GUIMARAES, V.N. Gestão da qualidade total e qualidade de vida no trabalho: o caso da Gerência de Administração dos Correios. **Rev. adm. contemp**., Curitiba,

v.4, n. 3, p.67-88, dez. 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rac/v4n3/v4n3a05>. Acesso em: 05 dez. 2016.

MONTEIRO, A.L.; VILLELA, W.V. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira**. Revista psicol. polít.**, São Paulo, v.9, n.17, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v9n17/v9n17a03.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2015.

MORAL, J.; VALLE, A.; MIAJA, M. SEGOVIA, M. **Aspectos emocionales y psicosociales presentes em el VIH/SIDA**. Bogotá: Biblomedia editores, 2015.

MOREIRA, T.N.F.; MARTINS, C.L.; FEUERWERKER, L.C.M.; SCHRAIBER, L.B. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família, **Saúde Soc**., São Paulo, v.23, n.3, p.814-827, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88568>. Acesso em: 30 out. 2016.

MORICI, M.C.; BARBOZA, A.C.Q. A Gestão de Recursos Humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais, **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, p.47, n.1, p.205-225, jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v47n1/v47n1a09.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2016.

NEMES, M.I.B.; CASTANHEIRA, E.R.L.; MELCHIOR, R.; ALVES, M.T.S.S.B.; BASSO, C.R. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl.2, p. S310-S321, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/24.pdf>. Acesso em: 04 maio. 2016.

NEPP. NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS. **Modelo de avaliação de programas sociais prioritários**. Relatório final. Unicamp, Campinas, julho/1999.

OLIVEIRA, L.A. **Conflitos morais e julgamentos tecnocientíficos**: aspectos implicados no cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids. Tese de doutorado em medicina preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade Estadual de São Paulo – USP, 2009.

OLIVEIRA, L.A.; AYRES, J.R.C.M.; ZOBOLI, E.L.C.P. Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. **Interface**, Botucatu, v.15, n.37, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a04v15n37.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2016.

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde, Brasília, 2003.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface,** Botucatu, v.6, n.11, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n11/02.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2015.

PARKER, R. Depois da aids: mudanças no comportamento (homos)sexual. In. DANIEL, H.; PARKER, R. (org) **AIDS, a Terceira epidemia**: ensaios e tentativas. São Paulo: Iglu, 1991.

PARKER, R. **O fim da aids?** Rio de Janeiro: ABIA, 2015.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, Discriminação e Aids**. Coleção ABIA, Cidadania e Direitos, n. 1. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf >. Acesso em: 26 jun. 2015.

PARREÑAS, R.S. O trabalho de care dos acompanhantes. Imigrantes filipinas em Tóquio. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N.A. (org.). **Cuidado e Cuidadoras:** as várias faces do trabalho do care. São Paulo, Editora Atlas, 2012.

PASCHOAL, E.P.; SANTO, C.C.E.; GOMES, A.M.T.; SANTOS, E.I.; OLIVEIRA, D.C.; PONTES, A.P.M. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.32-40, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0032.pdf>. Acesso em: 29 out. 2015.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.103-9, 2001. Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images /stories/Arquivos/textos_4p/trabalho_em_equipe/Peduzzi_2001.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2016.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007, p. 161-177.

PEREIRA A.J., NICHIATA L.Y.I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3249-57, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/24.pdf>. Acesso em: 04 maio. 2015.

PEREIRA, P.A.P. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **Revista Ser social**, Brasília, n.10, 2002. Disponível em: <repositorio.unb.br/bitstream/10482/ 7276/1/ARTIGO_SaudeSistemaSeguridade.pd>. Acesso em: 30 jul. 2015.

PEREIRA, W.C.C. Movimento institucionalista: principais abordagens. **Estudos e pesquisas em psicologia,** Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 10-19, abr. 2007. Disponível em: <www.revispsi.uerj.br/v7n1/artigos/pdf/v7n1a02.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2015.

PINHEIRO, R. Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org) **Razão pública para a integralidade em saúde**: o cuidado como um valor. 2ed. Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 2009, p.15-28.

PINTO, C.A.G. **Avaliação da implantação da Clínica Ampliada e Equipes de Referência em um serviço especializado em DST/Aids, utilizando-se a triangulação de métodos.** Tese de doutorado apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, 2010.

PIOT P, KAZATCHKINE M, DYBUL M, LOBLEVYT, J. AIDS: lessons learnt and myths dispelled. **Lancet,** v.374, n.9685, p. 260–63, 2009.

PUERTA, A.A.; AMARAL. R.M. **Comparação da educação presencial com a educação à Distância através de uma pesquisa aplicada**. XV Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias, São Paulo, nov. 2008.

REGO, T.C. **Vygotsky**: uma perspectiva histórico-cultural da educação. Petrópolis: Vozes, 1995.

ROCHA, M.D.H.A.; SAMUDIO, M. Resgatando a história social da Aids no mundo: reflexão sobre o caminho da vulnerabilidade. **Revista Científica CENSUPEG**, Joinville, n. 2, p.209-18, 2013. Disponível em: <http://201.86.97.2/ojs/index.php/RevistaCientifica CENSUPEG/article/view/128>. Acesso em: 28 jul. 2016.

RODRIGUES-JÚNIOR, A.L.; CASTILHO, E.A. AIDS e doenças oportunistas transmissíveis na faixa de fronteira brasileira. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropica**l, Uberaba, n.43, v.5, p.542-547, set./out. 2010. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/9435>. Acesso em: 05 jun. 2016.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M.O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 23-34, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/06.pdf>. Acesso em: 29 maio 2016.

SADALA, M.L.A.; MARQUES, S.A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/11.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015.

SAID, A.P.; SEIDL, E.M.F. Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. **Interface**, Botucatu, v.19, n.54, p.467-78, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0467.pdf>. Acesso em: 31 out. 2015.

SAMPAIO, J.; ARAUJO JR, J.L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil**, Recife, v.6, n.3, Jul. / Set. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n3/31905.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2015.

SANCHES, R.M. A relação médico-paciente sob o signo da Aids. **Revista USP**, São Paulo, n. 33, mar./maio 1997. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/ article/view/35028/37766>. Acesso em: 04 maio 2015.

SANTOS, B. V. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SANTOS, B. V. **Um discurso sobre as ciências**. 5ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, C.M. O sofrimento no trabalho entre profissionais da saúde que acompanham pacientes com HIV/aids. In. SCHLINDWEIN, V.L.D.C. (org.) **Saúde mental e trabalho na Amazônia:** múltiplas leituras sobre prazer e sofrimento no trabalho. Porto Velho: EDUFRO, 2013.

SANTOS, M.C.P. O estudo do universo escolar através da voz dos jovens: o grupo de discussão. **Rev. Port. de Educação**, Braga, v.22, n.1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpe/v22n1/v22n1a05.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2016.

SÃO PAULO, **Plataforma IEC CRT DST/Aids**. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids de São Paulo, s./d. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/gestao/plataforma-iec-crt-dstaids>. Acesso em: 23 dez. 2016.

SÃO PAULO. **Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006**. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2006. Disponível em: <www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51433-28.12.2006.html>. Acesso em: 28 abr. 2016.

SÃO PAULO, **Programa Estadual de DST/aids de São Paulo.** 3ed., Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids de São Paulo, jun. 2009.

SBISSA, P.P.M.; SCHNEIDERD.R.; SBISSA, A.S. Caracterização do desenvolvimento epistemológico da saúde e das práticas complementares. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 40, n.2, 2011. Disponível em: <www.acm.org.br/revista/ pdf/artigos/871.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2015.

SCHAURICH, D. Dos grupos de Risco à Vulnerabilidade: Reflexões em tempos de HIV /Aids. **Revista contexto & saúde**, Rio Grande do Sul, v.03, n. 06, jan./jun. 2004. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1325>. Acesso em: 03 out. 2015.

SCHAURICH, D.; COELHO, D.F.; MOTTA, M.G.C. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da Aids após os antirretrovirais. **Revista de enfermagem UERJ,** Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.455-62, jul./set. 2006. Disponível em: <www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a19.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2016.

SCHIMITH, M.D.; SIMON, B.S.BRÊTAS, A.C.P.; BUDÓ, M.L.D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde, **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 479-503, nov. 2011. Disponível em: <http://www. scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a08.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

SCHRAIBER, L.B. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.1, n.1, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v1n1/09.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2016.

SCHROEDER, E. Conceitos espontâneos e conceitos científicos: o processo da construção conceitual em Vygotsky. **Atos de Pesquisa em Educação,** Blumenau, v.2, n.2, p.293-318, maio/ago. 2007. Disponível em: <gorila.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa /article/viewFile/569/517>. Acesso em: 25 maio 2016.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: trajetória da saúde pública. 2ªed. São Paulo: Editora Senac de São Paulo, 2005.

SEFFNER, F. O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório. **Aletheia**, Canoas, v. 7, p. 53-58, 1998.

SEFFNER, F.; PARKER, R. A neoliberalização da prevenção e a resposta brasileira à AIDS. In. ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. **Mito vs Realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro: Abia, 2016, p.22-30. Disponível em: <http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf >. Acesso em: 10 ago. 2016.

SERAFIM, M.P.; DIAS, R.B. Análise de política: Uma revisão da literatura**. Cadernos Gestão Social,** Vale do Canela, v.3, n.1, p.121-134, jan./jun. 2012. Disponível em: <www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/download/213/147>. Acesso em: 07 jul. 2015.

SILVA JUNIOR, A.G. ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.09, n.02, p.389-401, 2007. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n2 /pdf/v9n2a08.pdf>. Acesso em: 14 out. 2016.

SILVA, L.C. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicol. Am. Lat**., México, n.16, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000100007>. Acesso em: 30 jun. 2016.

SILVA, N.E.K., OLIVEIRA, L.A.; FIGUEIREDO, W.S.; LANDRONI, M.A.S.; WALDMAN C.C.S.; AYRES, J.R.C.M. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v.36, n.4, supl.0, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11170.pdf>. Acesso em: 04 maio 2015.

SOARES, A. As emoções do care. In: Hirata, H.; Guimarães, N.A. (org.). **Cuidado e Cuidadoras:** as várias faces do trabalho do care. São Paulo, Editora Atlas, 2012, pp.44-60.

SOARES, A. Cuidado e confiança. In. ABREU, A.R.P.; HIRATA, H.; LOMBARDI, M.R. (org). **Gênero e trabalho no Brasil e na França**: perspectivas intersecionais. São Paulo: Boitempo, 2016, p.213-222.

SOARES, A. O preço de um sorriso: as emoções no trabalho, desafios para a saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores. In. OLIVEIRA, J.A.; MATSUO, M. (org.). **O trabalho emocional e o trabalho de cuidado**. I Seminário de Sociologia da Fundacentro. São Paulo: Fundacentro, 2014.

SOARES, M. **A Aids.** São Paulo: Publifolha, 2001.

SONTAG, S. **AIDS e suas metáforas**. Trad. Paulo Henriques Britto. São Paulo: companhia das letras, 1989.

SORJ, B. Socialização do Cuidado e Desigualdades Sociais. **Tempo Social**, São Paulo, v.26, n.1, p.123-128, jun. 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ts/v26n1/09.pdf>. Acesso em: 17 out. 2016.

SOUSA, C.S.O. SILVA, A.L. O cuidado a pessoas com HIV/aids na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Escola de enfermagem USP**, São Paulo, v.47, n.4, ago. 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0907.pdf>. Acesso em: 04 maio 2016.

SOUZA W.A.; SANTOS J.A.T. OLIVEIRA M.L.F. Trinta anos de avanços políticos e sociais e os novos desafios para o enfrentamento da Aids no Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.06, n.01, p.487-00, 2015. Disponível em: <periodicos.unb.br/ index.php/rgs/article/view/13749/0>. Acesso em: 08 jun. 2015.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v.8, n.16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em: 25 jul. 2015.

SOUZA, R.A. **Avaliação do serviço de referência na atenção às crianças expostas e portadoras do HIV/Aids no estado do Ceará.** Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, 2010.

SOUZA, T.R.C. **Impacto Psicossocial da Aids**: Enfrentando perdas - Ressignificando a vida. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2008.

TEIXEIRA, P.R. Políticas Públicas em Aids. In. PARKER, R. **Políticas, instituições e AIDS**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar – Editora ABIA, 1997.

TEIXEIRA, R.R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In. **Research Conference on: Rethinking "the Public" in Public Health:** Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America Center for Iberian and Latin American Studies, University of California, San Diego 2004.

TERTO JR., V.; CARVALHO, F.; VILLARDI, P.; VIEIRA, M. A luta continua: avanços e retrocessos no acesso aos antirretrovirais no Brasil. In. ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. **Mito vs Realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e

AIDS em 2016. Rio de Janeiro: Abia, 2016, p.39-51. Disponível em: <http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf >. Acesso em: 10 ago. 2016.

TESSER, C.D. **A biomedicina e a crise da atenção à saúde**: um ensaio sobre a desmedicalização. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas Unicamp, 1999, 228p.

TRONTO, J.C. Mulheres e Cuidados: O que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In. JAGGAR, A.M.; BORDO, S.R. (org.) **Gênero, Corpo, Conhecimento**. Editora Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, 1997, p.186-203.

UNAIDS. **Global aids up date**. United Nations Programme on HIV / AIDS, 2016a. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/global-AIDS-update-2016_en.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2016.

UNAIDS. **Prevention gap report**. United Nations Programme on HIV / AIDS, 2016b. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/2016-prevention-gap-report_en.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016.

UNICEF. **HIV/AIDS: Prevenção, tratamento, cuidado**. A Prescrição, Número especial, Setembro, 1998.

VAGHETTI, H.H.; PADILHA, M.I.C.S.; CARRARO, T.E.; PIRES, D.E.P.; SANTOS, V.E.P. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.267-75, abr./jun. 2007. Disponível em: <repositorio.furg.br/handle/1/1571>. Acesso em: 29 jul. 2015.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In. CAMPOS, G.W.C. **Tratado de saúde coletiva**. 2ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

VENDRAMINI, C.M.M. Estatística e delineamentos de pesquisa. In. BAPTISTA, M.N.; CAMPOS, D.C. **Metodologia de pesquisa em ciências**: análise quantitativa e qualitativa. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

VIGOTSKY, L.S. **A construção do pensamento c da linguagem**. Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

WEINSTEIN, A.L. Obstáculos e desafios da interdisciplinaridade: As integrações. In. RAXACH, J.C. (Org.). **Reflexões sobre assistência à Aids**: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

WELLER, W. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.32, n.2, p. 241-260, maio/ago. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ep/v32n2/a03v32n2.pdf>. Acesso em: 28 set. 2015.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M.H.; TAVARES, M.F.L.; OLIVEIRA, E.S.; MOYSÉS, N.M.N. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização, **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.45, p.54-70, maio 2010. Disponível em:<http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf >. Acesso em:05 out. 2016.

WOLFF, F.R. **Reiki**: quatro níveis em curso a distância, não tradicional, essencial. Santa Maria: ed. do autor, 2012.

WOODWARD, K. Um segredo público: o viver assistido, cuidadores, globalização. **Cad. Pagu**, Campinas, n.46, p.17-57, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n46/1809-4449-cpa-46-0017.pdf>. Acesso em: 03 set. 2016.

XAVIER, I.M.; LEITE, J.L.; TOCANTINS, F.R. AIDS como campo de pesquisa interdisciplinar e multiprofissional. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v.46, n.3-4, p. 309-313, dez. 1993 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v46n3-4/v46n3-4a15.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2015.

ZARPELON, J.T.G. Risco, incerteza e governança global em relação a Aids. **Revista Relações Internacionais no Mundo Atual**, Curitiba, v. 2, n. 14, 2011. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RIMA/article/view/201/174>. Acesso em: 06 set. 2015.

ZELIZER, V. A economia do care. In: Hirata, H.; Guimarães, N.A. (org.). **Cuidado e Cuidadoras:** as várias faces do trabalho do care. São Paulo, Editora Atlas, 2012.

APÊNDICES

APENDICE A – questionário autoaplicável – profissionais de saúde

Este questionário faz parte da pesquisa "**Para além da técnica – refletindo sobre as práticas de assistência e cuidado à pessoas com HIV/Aids**" que você manifestou interesse em participar, cujo objetivo é investigar as práticas de assistência e cuidado a pessoas vivendo com HIV/Aids e o atendimento oferecido pelos Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids.
Este questionário é composto por três partes: identificação e formação acadêmica, opinião sobre a estrutura e atividades desenvolvidas pelos Serviços de Atenção Especializada, percepção do cuidado e assistência a pessoas vivendo com HIV/Aids e do trabalho em equipe.
Lembre-se: não existe certo ou errado. Assim, responda aquilo que mais expressa a sua opinião.

PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO ACADÊMICA

Sigla do nome: _____**Data de Nascimento** ___/___/___ **Idade** _____**Sexo**: (_) feminino (_) masculino
Formação: _____ Quanto tempo de formação? _____
Pós-graduação: _____
Há quanto tempo trabalha com pessoas vivendo com HIV/Aids? _____Há quanto tempo trabalha nesse serviço? _____
Função no serviço: _____
Foi uma escolha sua trabalhar nesse serviço? (_) sim (_) não
Quando iniciou suas atividades nesse serviço recebeu treinamentos específicos? (_) sim (_) não

	Não frequento	1 por ano	2-3 por ano	Mais de 4 por ano
Com que frequência você participa de congressos de HIV/Aids?				
Com que frequência você participa de outros eventos de HIV/Aids?				
Com que frequência você participa de capacitação e treinamento?				

Esse serviço oferece treinamento e capacitação? (_) sim (_) não
Você acha que essas capacitações e treinamento são suficientes para você desenvolver o seu trabalho com os usuários? (_) sim (_) não

PARTE 2 – SOBRE A INFRAESTRUTURA DO SERVIÇO

Como você avalia?

	Muito bom	Bom	Regular	Ruim
As condições de funcionamento				
A localização do serviço				
O agendamento de consulta				
A sala de espera				
Agilidade no atendimento				
Horário de atendimento e funcionamento do serviço				
Tempo de espera para atendimento				
Quantidade de profissionais de saúde				

Infraestrutura do serviço

	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo
A sala de espera possui assento para todos os usuários?			
O serviço possui equipamentos em funcionamento (ventilador, TV, bebedouro, copos descartáveis)			
O serviço possui espaço de convivência?			
As condições de ventilação e iluminação são adequadas?			
Há salas para atividades em grupos?			
Os consultórios / salas de atendimento possuem equipamentos adequados?			
O ambiente é limpo e agradável?			
O espaço físico garante a sua privacidade?			

As salas de atendimento são bem identificadas?			
O horário de atendimento atende as necessidades dos usuários?			
Os usuários tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para conseguir agendar um atendimento?			
Quando os usuários necessitam de atendimento clínico, este serviço é o primeiro que eles procuram?			

PARTE 3 - SOBRE O CUIDADO E A ASSISTÊNCIA

Os usuários desse serviço conhecem você e sabem qual a sua função? (_) todos (_) quase todos (_) muito poucos (_) nenhum
Você conversa com os usuários sobre outras questões de saúde que não se referem ao controle do HIV? (_) sim (_) não
Os usuários frequentam outros serviços de saúde (UBS/Pronto atendimento)? (_) sim. Quais? _____(_) não
Você já encaminhou algum usuário para outro serviço? (_) sim. Quais? _____(_) não
Caso já tenha encaminhado você conversou com alguém desse outro serviço sobre esse paciente? (_) sim (_) não
Quando o paciente retornou, você discutiu sobre esse atendimento no outro serviço? (_) sim (_) não

	Sempre	As vezes	Raramente	Nunca
Você já orientou / encaminhou algum usuário para ONGs de HIV/Aids?				
Você já ajudou algum usuário a enfrentar suas ansiedades e suas tristezas?				
Você já conversou com algum usuário sobre a sexualidade dele?				
Você já conversou com algum usuário sobre a alimentação dele?				
Você já conversou com algum usuário sobre questões familiares?				
Você já conversou com algum usuário sobre exercícios físicos apropriados para ele?				
Você já conversou com algum usuário sobre o uso de álcool e outras drogas, incluindo o cigarro?				

	Sempre	As vezes	Raramente	Nunca
Você já conversou com algum usuário sobre questões sociais (desemprego, preconceito, dificuldade financeira) quando estas questões o incomodam?				
Os profissionais de saúde desse serviço respeitam os usuários?				
Você desenvolve alguma atividade em grupo nesse serviço?				
Os usuários tem dificuldades para agendar atendimento com profissionais que não tem nesse serviço?				
Os usuários tem dificuldade de conseguir atendimento com algum profissional de saúde desse serviço?				
Você oferece algum tipo de apoio a familiares, parceiros e amigos dos usuários deste serviço?				
Os usuários desse serviço sentem-se seguros e confiam nos profissionais desse serviço?				
Você leva em consideração as opiniões dos usuários para definir o tratamento deles?				
Você incentiva os usuários a opinarem no tratamento deles?				
Os usuários compreendem as informações e orientações dos profissionais desse serviço?				
Os usuários são sempre atendidos pelos mesmos profissionais?				
Você já realizou alguma visita domiciliar para os usuários desse serviço?				
Você orienta e distribui preservativos para os usuários?				
Você acredita que os usuários se sente à vontade para contar sobre as preocupações ou problemas deles para você?				
Você sabe quais são os problemas mais importantes para o usuário que você atende?				
Você conhece a história clínica completa dos usuários que você atende?				
Você acredita que algum usuário mudaria o seu atendimento para outro serviço de saúde caso fosse possível?				

	Sempre	As vezes	Raramente	Nunca
Você se reuniria com membros da família de algum usuário caso ele achasse necessário?				
Você faz pesquisas com os usuários para saber se estão satisfeitos com o atendimento?				
Você realiza atividades junto com a equipes?				

Além de consultas com o médico, dispensação do Tratamento Antirretroviral e exames clínicos o serviço oferece outras atividades?
(_)sim. Quais? _____(_) não

Na sua opinião, os usuários deste serviço sentem falta de alguma atividade que o serviço não oferece? (_) sim (_) não

Na sua opinião há alguma atividade que o serviço poderia oferecer e ainda não oferece? (_) sim (_) não
Qual (is)? _____
Caso a sua resposta seja positiva, responda as questões a seguir:
Na sua opinião o serviço possui recursos físicos para desenvolver essa atividade? (_) sim (_) não
Na sua opinião o serviço possui recursos humanos (profissionais) para desenvolver essa atividade? (_) sim (_) não
Na sua opinião o serviço possui recursos financeiros para desenvolver essa atividade? (_) sim (_) não

Como você avalia o seu vínculo com os usuário? (_) muito bom (_) bom(_) regular (_) ruim
Como você avalia as condições de trabalho nesse serviço? (_) muito bom (_) bom(_) regular (_) ruim
Para você, a articulação do trabalho entre os profissionais é? (_) muito bom (_) bom(_) regular (_) ruim

	Sempre	As vezes	Raramente	Nunca
Para desenvolver suas atividades você segue algum protocolo?				
Os profissionais desse serviço desenvolvem atividades em equipes?				
Os profissionais discutem sobre os protocolos e diretrizes do serviço?				
O serviço promove reunião de equipe?				
Você discute sobre os casos atendidos com os outros profissionais da equipe?				

	Sempre	As vezes	Raramente	Nunca
Você tem espaço para falar sobre as suas dificuldades e angustias na condução de casos atendidos com os outros profissionais da equipe?				
Você consegue desenvolver um trabalho em rede com outros dispositivos de saúde?				
O serviço oferece suporte técnico para você desenvolver as suas atividades?				
A instituição fornece os recursos necessários para você desenvolver as suas atividades?				

O serviço promove reunião de equipe? (_) sim. Com que frequência? _____ (_) não Você acha que o total é suficiente? (_) sim (_) não

Você já propôs alguma atividade para desenvolver junto com algum outro profissional? (_) sim. Qual? _____(_) não
Caso a resposta anterior seja sim, vocês conseguiram desenvolver essa atividade? (_) sim (_) não
As salas de atendimento promovem um espaço de acolhimento aos usuários? (_) sim (_) não

Obrigada pela sua participação!!

APÊNDICE B – roteiro de entrevista – profissionais de saúde

1. Identificação
2. Há quanto tempo você trabalha atendendo pessoas com HIV/Aids?
3. Como é para você atender pessoas com HIV?
4. Como você avalia o atendimento deste serviço?
5. Como é o seu relacionamento com os usuários?
6. Na sua opinião, quais outras atividades o serviço poderia oferecer?
7. O que é para você trabalho em equipe?

ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação comitê de ética

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: PARA ALÉM DA TÉCNICA: REFLETINDO SOBRE AS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA E CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS
Pesquisador Responsável: Aérica de Figueiredo Pereira Meneses
Contato Público: Aérica de Figueiredo Pereira Meneses
Condições de saúde ou problemas estudados:
Descritores CID - Gerais:
Descritores CID - Específicos:
Descritores CID - da Intervenção:
Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 18/02/2016

PLATAFORMA BRASIL — COORDENADOR — PLATAFORMA BRASIL

DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: Faculdade de Ciências Aplicadas - FCA
Cidade: LIMEIRA

DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5404 - UNICAMP - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas - FCM/UNICAMP
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Telefone: (19)3521-8936
E-mail: cep@fcm.unicamp.br

CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

Voltar

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Para além da técnica – refletindo sobre as práticas de assistência e cuidado à pessoas com HIV/Aids.

Responsável pela pesquisa: Aerica de Figueiredo Pereira Meneses / Marta Fuentes Rojas (orientadora)

Instituição: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Número do CAAE: 51783715.7.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar e visa assegurar seus direitos como participante. Ele é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador caso decida participar deste estudo.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A pesquisadora deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo), mesmo depois de assiná-lo. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora responsável.

Justificativa e objetivos:

Essa pesquisa objetiva investigar as práticas de assistência e cuidado a pessoas vivendo com HIV/Aids e o atendimento oferecido pelos Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids. A Aids representa um dos maiores problemas sociais e de saúde pública do Brasil que desde o seu surgimento tem causado grande impacto na humanidade. Nesse sentido, um dos principais desafios é o cuidado e a assistência a pessoas com HIV/Aids, tendo em vista que o HIV/Aids envolve questões sociais, culturais, organizacionais, biológicas, políticas e de diversas áreas.

Procedimentos:

Caso decida aceitar o convite, você sendo convidado a:

( ) responder um questionário com estimativa de aproximadamente dez minutos,

( ) participar de uma entrevista com perguntas relacionadas a sua formação acadêmica, ao atendimento dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids e sobre o cuidado e assistência a pessoas com HIV/Aids e

( ) participar de um grupo de discussão sobre o tema de duração de 40 minutos junto com outros profissionais de saúde.

Desconfortos e riscos:

Quanto aos riscos envolvidos com a sua participação, não haverá nenhum risco a sua saúde física ou mental e você **não** deve participar deste estudo caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento ou desconforto, como sentir receio de em responder alguma pergunta que lhe cause incômodos.

Benefícios:

Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: ter um espaço para falar das suas percepções acerca do atendimento oferecido a pessoas vivendo com HIV/Aids, para esclarecer dúvidas e refletir sobre sua vivência com HIV/Aids.

Sua participação poderá ajudar, também, no maior conhecimento sobre a assistência no contexto de HIV/Aids.

Acompanhamento e assistência:

Você será acompanhada

Efeitos indesejáveis são possíveis de ocorrer em qualquer estudo de pesquisa, apesar de todos os cuidados possíveis, e podem acontecer sem que a culpa seja sua ou da pesquisadora. Assim, você será acompanhada pela pesquisadora durante todo o tempo de participação nesse estudo e todas as dúvidas que surgirem serão esclarecidas. Caso haja algum desconforto a pesquisa será interrompida.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

O material com as suas informações (gravações, entrevistas, outras) ficará guardado em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade e que será destruído após a pesquisa. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade e da instituição.

Ressarcimento e Indenização:

Não vai haver nenhuma forma de reembolso de dinheiro, já que com a participação na pesquisa você não vai ter nenhum gasto. Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores

Aerica de Figueiredo Pereira Meneses
e-mail: aerica.meneses@fca.unicamp.br
Instituição: LaPsi (Laboratório de Psicologia) - Faculdade de Ciências Aplicadas - Unicamp / Limeira / SP
Endereço: R. Pedro Zaccaria, 1300
Bairro: Jd Santa Luiza – Limeira - SP - Cep: 13.484-350.
Telefones p/contato: 019-37016720.
e-mail: aerica.meneses@fca.unicamp.br

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel

coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

_____ Data: ____/_____/_____.
(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/_____/_____.
(Assinatura do pesquisador)