



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA**

Marta Giane Machado Torres

**INTEGRALIDADE: INTERFACE ENTRE HIV/AIDS E ASSISTÊNCIA  
DOMICILIAR**

Belém - Pará  
2016

MARTA GIANE MACHADO TORRES

**INTEGRALIDADE: INTERFACE ENTRE HIV/AIDS E ASSISTÊNCIA  
DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia/PPGSAS – Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Socioantropologia, Política, Planejamento e Gestão em Saúde na Amazônia.

**Orientador:** Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva.

Belém - Pará  
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFPA

---

Torres, Marta Giane Machado, 1964 -  
Integralidade: Interface entre HIV/AIDS e Assistência  
Domiciliar / Marta Giane Machado Torres. - 2016.

Orientador: Marcos Valério Santos da  
Silva;

Dissertação (Mestrado) - Universidade  
Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e  
Sociedade na Amazônia, Belém, 2016.

1. Assistência domiciliar. 2. Terapêutica.  
3. HIV. 4. Integralidade em saúde. 5. Sistema  
Único de Saúde. I. Título.

CDD 22. ed. 362.829

---

**MARTA GIANE MACHADO TORRES**

**INTEGRALIDADE: INTERFACE ENTRE HIV/AIDS E ASSISTÊNCIA  
DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia/PPGSAS – Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Socioantropologia, Política, Planejamento e Gestão em Saúde na Amazônia.

**Orientador:** Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva.

**Banca Examinadora**

---

Professor Dr<sup>o</sup> Marcos Valério Santos da Silva  
Instituição/vínculo – PPGSAS/PPGCF/ICS/UFPA

---

Professora Dr<sup>a</sup> Sandra Helena Isse Polaro  
Instituição/vínculo – PPGENF/ICS/UFPA

---

Professora Dr<sup>a</sup> Marcieni de Ataíde Andrade  
Instituição/vínculo – PPGSAS/PPGCF/ICS/UFPA

---

Professora Dr<sup>a</sup> Regina Fátima Feio Barroso  
Instituição/vínculo – PPGSAS/PPGCF/ICS/UFPA

Belém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2016.

Aos meus amores, todos os amores que me movem nesta vida de cotidiana batalha sempre por melhores dias. Melhor dizendo às tantas e tantos camaradas e amantes das mais justíssimas causas aqui todo meu afeto.

## **Agradecimentos**

Toda minha gratidão e afeto

À força que brota da participação social.

Pelos movimentos sociais na luta pela garantia plena dos direitos e estado democrático.

Às pessoas que dedicam do seu precioso tempo às causas sociais.

Ao meu companheiro, filhas e demais reunidos no Espaço Cultural “Nossa biblioteca” na luta pelo acesso à cultura e leitura nos bairros.

Às mulheres no front, ao Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense e Rede Feminista de Saúde pelos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ao fazerem ecoar, juntas com tantas outras, que lugar da mulher é onde ela queira livremente estar. Donas do próprio corpo.

À saúde enquanto direito, ao Movimento pela Saúde dos Povos e Movimento de Luta Antimanicomial, firmes em dizer que saúde não é mercadoria. Em defesa do SUS!

À educação enquanto direito, pela educação pública, às escolas e universidades públicas, a quem direciono meus sinceros agradecimentos no ato presente aos professores e amigos do mestrado dos que tem este sentimento enquanto meta.

À preservação ambiental, pelos que lutam para que haja justa vida em nosso planeta.

À dignidade humana, que a negritude sempre avante suplante a discriminação de cor.

Pela supremacia de todas as relações. Sem fundamentalismos. Que a homoafetividade expresse afagos sem sofrer censura alheia.

Que a vida política caminhe no compromisso da democracia. Que o congresso nacional respeite a voz que reverbera das ruas. Por Dilma Russef que não se curva às chantagens e açoites de quem viola estado de direitos. Ditadura nunca mais!

“Que nada nos defina.  
Que nada nos sujeite.  
Que a liberdade seja nossa própria substância”

Simone de Beauvoir

TORRES, Marta Giane Machado. **Integralidade: Interface entre HIV/AIDS e Assistência Domiciliar**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia) – Universidade Federal do Pará.

## RESUMO

A pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção dos usuários que vivem com HIV/AIDS sobre a integralidade da assistência no serviço da Assistência Domiciliar. Imbuída nos meios do então paradigma da promoção da saúde e os constituintes do Sistema Único da Saúde, os dados para o estudo, de abordagem descritivo-qualitativa, foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada com perguntas direcionadas para a questão de pesquisa. Participaram do estudo oito pessoas que vivem com HIV e recebem assistência no domicílio. Todas vinculadas à Unidade de Referência Especializada em HIV/AIDS, de âmbito estadual situado em Belém. A fundamentação teórica se estabeleceu a partir dos referenciais em torno da concepção da saúde enquanto direito universal e de sua estruturação política e social na consolidação da luta pela saúde pública. Contando com a contribuição de áreas afins como da sociologia e antropologia. As análises e interpretação dos dados viabilizados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin resultaram na construção de um quadro conceitual, possibilitando interação com o processo de trabalho e nesse âmbito de sua direta ligação com os usuários. Dentre história de vida quando atingidos pelo HIV e de sua chegada e envolvimento com a Atenção Domiciliar Terapêutica. Os resultados apontam que a dinâmica do serviço para atenção integral à saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS é complexa e desarticulada. A estrutura e organização da atenção especializada do serviço que chega ao domicílio segue aos ditames da política de estado estabelecida na carta magna brasileira em consonância aos princípios e diretrizes do SUS. Apontam satisfação com a assistência. Contudo os problemas existentes, do que emergiu das falas, relacionados à violação dos direitos humanos, deficiência de recursos humanos, equipamento e transporte, por exemplo, podem comprometer os avanços gerados pela integralidade. Há o reconhecimento da fragmentação do trabalho em rede e da dificuldade de fazê-lo fluir entre os serviços. Foram apontadas falhas para garantir o fluxo de referência e contrarreferência. Da interseção entre suas vidas e da dinâmica do cuidado, serviços, práticas da saúde e do controle social, apontando sobremaneira do que vem ser a integralidade, esta enquanto eixo central do trabalho na saúde, conseqüente pilar do Sistema de Saúde vigente, pela formulação de políticas gerais e específicas de atenção aos usuários e à sociedade.

**Palavras-chaves:** Assistência Domiciliar Terapêutica, HIV; Integralidade; SUS.

TORRES, Marta Giane Machado. Integrality: Interface between HIV / AIDS and Home Care. 2016. Dissertation (Master in Health, Environment and Society in the Amazon) - Federal University of Pará.

### **ABSTRAT**

The research had as objective to know the perception of users living with HIV / AIDS on the integrality of the assistance in the service of Home Care. Imbued in the media of the then paradigm of health promotion and the constituents of the Unified Health System, data for the study, from a descriptive-qualitative approach, were obtained through a semi-structured interview with questions directed to the research question. Eight people living with HIV and receiving home care participated in the study. All of them are linked to the State of São Paulo Specialized Reference Unit for HIV / AIDS in Belém. The theoretical basis was established based on the conception of health as a universal right and its political and social structuring in the consolidation of the struggle for health public. Counting on the contribution of related areas such as sociology and anthropology. The analysis and interpretation of the data made possible through the Bardin content analysis technique resulted in the construction of a conceptual framework, allowing interaction with the work process and in this scope of its direct connection with the users. Among life history when reached by HIV and its arrival and involvement with Home Care Therapy. The results indicate that the dynamics of the service for integral health care of people living with HIV / AIDS is complex and disjointed. The structure and organization of the specialized care of the service that comes to the home follows the dictates of the state policy established in the Brazilian Magna Carta in consonance with the principles and guidelines of the SUS. They point out satisfaction with the assistance. However, existing problems, which have emerged from the speeches, related to human rights violations, deficiencies in human resources, equipment and transportation, for example, could jeopardize the advances generated by integrality. There is recognition of the fragmentation of networking and the difficulty of making it flow between services. Failures were pointed out to ensure reference flow and counter-reference. From the intersection between their lives and the dynamics of care, services, health practices and social control, pointing out what integrality comes to be, as the central axis of health work, a consequent pillar of the current Health System, by the formulation of general policies and specific attention to users and society.

**Keywords:** Home Care Therapy; HIV; Integrality; Health Unic System.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

<b>Figura 1:</b>	Mapa dos bairros de Belém .....	37
<b>Figura 2:</b>	Categorias e suas inter-relações na construção da categoria central.....	51
<b>Quadro 1:</b>	Apresenta informações sobre código de identificação, idade, sexo, tempo de diagnóstico para o HIV, início do tratamento na UREDIPE e admissão no ADT.....	35
<b>Quadro 2:</b>	População do ADT que não entrou no estudo.....	36
<b>Quadro 3:</b>	Tempo de diagnóstico para HIV.....	41
<b>Quadro 4:</b>	Início de tratamento e admissão no ADT.....	41
<b>Quadro 5:</b>	Exemplo de procedimento de análise dos dados de E5.....	49
<b>Quadro 6:</b>	Exemplo de procedimento de análise por semelhança do núcleo de significados com emergência de subcategorias e categorias.....	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ADT</b>	Assistência Domiciliar Terapêutica
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CD4</b>	Cluster of Differentiation 4 (Grupamento de Diferenciação 4)
<b>CTA</b>	Centro de Testagem e Aconselhamento
<b>CV</b>	Carga Viral
<b>ESF</b>	Estratégias de Saúde da Família
<b>HEMOPA</b>	Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará
<b>HC</b>	Hospital de Clínicas
<b>HD</b>	Hospital Dia
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>LACEN</b>	Laboratório Central do Estado
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>PNDST/AIDS</b>	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
<b>PVHA</b>	Pessoas Vivendo com HIV e AIDS
<b>SAE</b>	Serviço de Assistência Especializada
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TARV</b>	Terapia Antirretroviral de Alta Potência
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>UREDIPE</b>	Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecto-Parasitárias Especiais

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>16</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>17</b>
2.1 Avanços na Saúde Pública brasileira	17
2.2 Integralidade da atenção à saúde, essência da saúde coletiva	20
2.3 Impressões da integralidade da atenção em saúde	21
2.4 Política de saúde, AIDS e o SUS	24
2.5 HIV/AIDS: Contexto sócio-antropológico	26
2.6 Integralidade baseada na Atenção Domiciliar terapêutico	30
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b>	<b>33</b>
4.1 População do estudo	33
4.1.1 Critério de exclusão	35
4.2 Local de estudo	35
4.3 Corpus do estudo	36
4.4 Transcrição das entrevistas	37
4.5 Análise	37
4.6 Aspectos éticos	39
4.7 Caracterização dos entrevistados	39
4.8 Caracterização da UREDIPE/ADT	42
4.8.1 Organização dos serviços da URE-DIPE	43
4.8.2 Atendimento Domiciliar Terapêutico/ADT	44
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>47</b>
5.1 Categorias	47
5.3.1 Convivendo com HIV: antes, durante e agora	51
5.3.1.1 Sinais e sintomas	51
5.3.1.2 Direitos humanos violados integralidade da assistência comprometida	52

5.3.1.3 Relação afetiva e sexual alheia á existência do HIV	55
5.3.1.4 Diagnóstico para HIV	57
5.3.1.5 Vivendo com HIV	59
5.3.2 Cuidando da gente: Assistência Domiciliar Terapêutica	62
5.3.2.1 Admissão no ADT atenção facilitada	62
5.3.2.2 Satisfação com a Assistência Domiciliar	65
5.3.2.3 Equipe e procedimento do ADT	67
5.3.3 Garantindo a atenção integral as necessidades de saúde	69
5.3.3.1 Necessidade de pessoal e equipamento	69
5.3.3.2 Necessidade de transporte	70
5.3.3.3 Gestão administrativa e governamental	72
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>83</b>
Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	84
Apêndice 2 – Roteiro para Entrevista com Usuários	85
<b>ANEXOS</b>	<b>86</b>
Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa pela Universidade Federal do Pará ...	87

## **1 INTRODUÇÃO**

A saúde como direito pleno de cidadania e dever do estado é uma das maiores garantias do papel do estado nas condições de vida da população brasileira, concretude do Sistema Único de Saúde a partir da constituição cidadã em 1998. Significativa e essencial importância do projeto que congrega os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção em saúde. Pautado nos Direitos Humanos o processo democrático da política de saúde em questão segue sempre a caminho da superação do acesso aos serviços de saúde ou aos tipos de assistência, onde se era unicamente baseado no poder aquisitivo, acirrado pela desigualdade econômica.

No contexto de luta pela saúde enquanto direito universal, com mecanismos engendrados para a participação social, incluindo mobilização de setores, da sociedade civil organizada, dos movimentos de saúde, dos trabalhadores de saúde, dos gestores e da academia, tem-se pauta reconhecida internacionalmente e de peso político (CRUZ, 2013; TEIXEIRA, 2011). Somando-se e dando continuidade aos manifestos que vem de longe clamando pela defesa de políticas públicas de qualidade e amplamente inclusivas.

O acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral, por exemplo, aos exames de monitoramento e aos insumos e ações de prevenção de DST/AIDS é uma realidade em todo território brasileiro. Traduzido em cuidado integral e construção da equidade no âmbito do sistema único de saúde. Indo mais adiante, entre as alternativas assistenciais aos portadores de HIV/AIDS encontra-se a Assistência Domiciliar Terapêutica – ADT, mais uma via resolutiva ao desafiante processo para estabelecer o devido vínculo entre serviço e usuário e consequente adesão ao tratamento.

A garantia da distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais, bem como do processo como um todo do acesso gratuito ao diagnóstico do HIV e tratamento da AIDS, frente que a infecção pelo HIV hoje considerada de caráter crônico evolutivo e controlável, amparado pela terapia antirretroviral (TARV) e monitoramento do sistema de defesas, com a disponibilização de exames como CD4 e carga viral. Na abrangência de tratamentos de longa duração, entre aspectos multifacetados diante de influências que fatores biopsicossociais podem exercer sobre a aderência ao tratamento (CARVALHO, 2008).

A ADT entendida como estratégia de integralidade da atenção à saúde às pessoas vivendo com HIV/AIDS, o que para além das equipas multiprofissional há necessidade do desenvolvimento interdisciplinar da prática assistencial considerando as políticas estabelecidas pelo poder público em meio às estratégias para garantir, entre outras questões, maior adesão ao tratamento, adaptação e qualidade de vida no âmbito do vigente Sistema de Saúde (BORGES, 2010; CARVALHO, 2008; NOGUEIRA, 2000). Compreende-se que a complexidade da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS requer dos serviços de saúde o investimento na integralidade das ações e do cuidado.

Da assistência direcionada ao domicílio no âmbito da UREDIPE, serviço especializado em HIV/AIDS localizado em Belém sente-se que é importante aprofundar conhecimentos a respeito da vivência dos usuários para com o conjunto das políticas direcionadas para a saúde pública e integralidades destas ações e serviços. Daí o questionamento que surge diante do cenário ora retratado. Qual a percepção dos usuários sobre a integralidade da assistência no serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica/UREDIPE e sua relação com o Sistema Único de Saúde?

Cerne do desenvolvimento dos vários estudos que se interpõem no âmbito da saúde coletiva especificamente, este estudo pretendeu analisar a integralidade da atenção à saúde numa unidade especializada para com pessoas vivendo com o HIV, a partir do processo e organização do trabalho em equipa através da ADT, precisamente partindo das percepções dos usuários.

Então, partindo da apresentação desta publicação, o primeiro capítulo se propôs introduzir ao público do que se trata o referido estudo. Na sequência, o segundo capítulo reuniu alguns dos vários pensamentos materializados em estudos reflexivos e investigativos sobre o aspecto inclusivo da luta pelas políticas públicas precisas nos seus ditames do acesso universal a saúde bem como da atenção especializada às pessoas em situação de convívio com o HIV. O terceiro capítulo projeta o objetivo da pesquisa. No capítulo quarto há descrição da trajetória metodológica. Das resultantes das análises e discussões das falas estas foram trabalhadas e reunidas no quinto capítulo. Por último, no capítulo sexto encontra-se as considerações finais sobre este estudo.

**3 OBJETIVO**

Conhecer a percepção dos usuários sobre a integralidade da assistência no serviço da Assistência Domiciliar Terapêutica/UREDIPE e sua relação com o Sistema Único de Saúde.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Avanços na Saúde Pública brasileira**

Os sistemas públicos de saúde no Brasil se consolidaram em meados do século XX e desenvolveram-se com o crescimento da participação dos estados no controle dos diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem estar das populações e comprometem o desenvolvimento da nação. Compreendido enquanto conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde da população, concretizando-se em organizações, regras e serviços condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade. Cenário que dimensiona como o Brasil está estruturado política e socialmente na consolidação do processo crescente da luta pela saúde pública. Desafio contínuo num país de dimensões continentais que ainda mantém amplas desigualdades regionais e sociais (PAIM, 2011; LOBATO e GIOVANELLA, 2012).

Recente história política, compreendida por muitos como um arcabouço diante da ditadura militar até 1985 que desencadeou efervescência das condições para um forte movimento da sociedade civil para a reforma da saúde, resultando no Sistema Unificado da Saúde (SUS). Reformas que definiram a saúde para além de suas conotações biomédicas, incorporando os determinantes sociais da saúde, educação, redução da pobreza e medidas preventivas no contexto mais amplo da saúde como um direito humano. Tendo com substrato maior a promoção da participação da comunidade em todos os níveis administrativos (PAIM, 2011; VICTORIA, 2011).

O desenvolvimento histórico e os componentes do sistema de saúde, com foco no processo de reforma dos últimos quarenta anos aponta desafios a serem superados para que este Sistema se efetive concretamente. O Sistema Único de Saúde aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado. Compreende-se que há muito a fazer para que o sistema de saúde brasileiro se torne universal. Nos últimos vinte anos houve muitos avanços, como investimento em recursos humanos, em ciência e tecnologia e na atenção básica, além de um grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde. Para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais é necessária uma maior mobilização política para reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores público e privado (PAIM, 2011 e VICTORIA, 2011).

A saúde como direito pleno de cidadania e dever do estado é uma das maiores garantias do papel do estado nas condições de vida da população brasileira, concretude do Sistema Único de Saúde a partir da constituição cidadã em 1998. Significativa e essencial importância do projeto que congrega os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção em saúde. Conjunturalmente se dá no processo democrático da nova política de saúde ancorado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a caminho da superação de que acesso aos serviços de saúde ou o tipo de assistência, onde era unicamente baseado no poder aquisitivo, acirrado pela desigualdade econômica. Nesta dimensão, em território brasileiro, a saúde enquanto direito essencial humano é tema reconhecido internacionalmente e de peso político (CRUZ, 2013; TEIXEIRA, 2011).

No relatório da OMS sobre a Saúde no Mundo (WORLD HEALTH REPORT 2000) referente ao desempenho dos sistemas de saúde, aponta que desde 1989 os brasileiros têm direito à atenção à saúde gratuita, em nível primário, secundário e terciário, prestada por um sistema nacional de saúde com características únicas na América Latina, financiado por impostos e contribuições sociais específicas. Investimento num sistema universal centrado na atenção primária, ao mesmo tempo em que muitos outros países optaram pela atenção seletiva e estratégias de financiamento menos equitativas. No Brasil impera efetiva participação social, eixo na construção do SUS desde a sua origem.

Com política institucionalizada pela Constituição de 1988, regulamentada pela Legislação dos anos 1990, pelas leis 8.080 e 8.142 que estabelecem conselhos e conferências de saúde nos três níveis de governo. Há um conselho nacional, 27 conselhos estaduais e mais de 5.500 conselhos municipais de saúde. Instâncias permanentes, responsáveis pela formulação de estratégias de saúde, pelo controle da prática de políticas e pela análise de planos, programas e relatórios de gestão submetidos à sua apreciação pelos respectivos níveis de governo. Compostos por representantes de usuários (50%), de trabalhadores do setor de saúde (25%), dos gestores e provedores de serviços de saúde (25%) (VICTORIA, 2011).

A publicação da revista *The Lancet* de maio de 2011 congrega uma série sobre saúde no Brasil. Seus seis artigos destacam progressos que o país tem feito ao introduzir um sistema de saúde para todos. Ressaltando oportunidade importante e singular para consolidar avanços de um serviço de saúde universal, justo e sustentável, que atenda ao direito à saúde. Bem como a tradição de investimentos em saúde pública e o Sistema Único de Saúde como exemplos a serem seguidos. Argumenta porque o Brasil não só deve ser levado mais a sério pelas comunidades internacionais

científicas e da saúde, como também pela implementação de reformas que posicionaram a igualdade no acesso à saúde no centro da política nacional (VETTORE e LAMARCA, 2011).

Os estudos que alimentam esta série da *The Lancet* trás, entre outros, elementos de análise sobre o modelo constitucional de política social que se caracteriza pela universalidade da cobertura, reconhecimento dos direitos sociais, afirmação dos deveres do Estado, subordinação das práticas privadas aos regulamentos com base na relevância pública das ações e serviços nessas áreas, com uma abordagem orientada para o público (em vez de uma abordagem de mercado) de cogestão pelo Governo e pela sociedade, com uma estrutura descentralizada. Formato de uma rede integrada e descentralizada, comando político e financeiro em cada nível de governo, instâncias deliberativas da democracia que garantem a igualdade de participação da sociedade organizada no âmbito destes níveis (FLEURY, 2011).

Segundo apresentação de Fleury (2011) os mecanismos de participação, autoridades de saúde e a população, são os conselhos e as conferências. Que os conselhos existem em todos os níveis do sistema e são mecanismos de controle social e aprovação do orçamento que avaliam as propostas executivas e o desempenho. Que a participação social é considerada um componente importante dos programas de saúde sustentáveis, como por exemplo, na redução da epidemia do HIV. Política esta de prevenção baseado na mobilização do público e de organizações não governamentais e apoio de organismos internacionais. A distribuição desigual do poder e dos recursos é desafio presente nos objetivos da saúde, quer pela ausência de pressão em favor da inclusão de doenças negligenciadas nas prioridades governamentais, quer pela apropriação de mecanismos participativos por grupos mais organizados (FLEURY, 2011).

Com todos os avanços, o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer até atingir os níveis de saúde vigentes nas nações mais prósperas do mundo. Considerando os quase 200 milhões de habitantes, entre diferenças regionais marcantes, regiões mais ricas, como o Sul e o Sudeste, com expectativa de vida comparável àquela de países ricos, convivem com as mais pobres, como o Norte, o Nordeste e a fronteira do Centro-Oeste. Em 40 anos, a expectativa de vida ao nascer aumentou em mais de seis meses, a cada ano. A taxa de detecção de HIV/AIDS se estabilizou nos últimos dez anos, em torno de 20 por 100 mil habitantes diagnosticados por ano, e o coeficiente de mortalidade pela doença diminuiu. Alcançando uma das metas (ODM 6) organizadas pelos países-membros da Organização das Nações Unidas, que acordaram de alcançar oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015 como forma de solucionar alguns dos grandes problemas da humanidade, como a pobreza, a fome e a desigualdade entre os sexos (VICTORIA, 2011).

## **2.2 Integralidade da atenção à saúde, essência da saúde coletiva**

Em meio ao fortalecimento para consolidação das estruturas concernentes aos avanços de um serviço de saúde universal, justo e sustentável, que atenda ao direito à saúde, aponta-se a integralidade como princípio articulador no sistema único de saúde, definida constitucionalmente como elemento vital para construção coletiva na defesa da saúde. É entendida como um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, onde o atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional. Manifesta no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (MACHADO, 2007).

Em ‘Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde’ comporta entendimentos sobre a importância vital desta articulação. Aponta questionamento na busca incessante de modelos de atenção idealmente "integrais", segundo observação feita, muito acentuadas pelo pouco reconhecimento da integralidade no cotidiano das práticas em saúde. Na resenha supracitada se analisa obstáculos epistemológicos, incluindo perspectiva fragmentada e fragmentadora do modelo biomédico, e obstáculos sociais e institucionais para as propostas de integralidade. Problematiza a acentuada desvalorização, pela corporação médica, do trabalho nas áreas ambulatoriais não especializadas e/ou nos programas de saúde da família. Projeta que Integralidade e formulação de políticas específicas de saúde possibilitam reflexão e revisão de paradigmas bastante arraigados no campo da saúde coletiva. Visto que estes paradigmas têm sido responsáveis pela delimitação de áreas definidas como politicamente corretas ou incorretas no que se refere à necessidade de ações governamentais, repetindo um modelo fragmentado e fragmentador (GOMES, 2004).

Dos estudos que vem se configurando sobre este aspecto, a construção da integralidade em saúde é definida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde. Então numa perspectiva crítica, o cotidiano nas instituições de saúde acena como um espaço de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde (PINHEIRO, 2007; GELBCKE, 2008).

Congrega nas instituições de saúde um papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, ao reunir no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais (profissionais dirigentes e usuários). O que possibilita observação e análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, no tocante às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, e nas práticas de saúde difundidas na coletividade, gerando diferentes percepções sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde. Contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas, como grupos específicos, coletividades e instituições. Esse movimento contínuo envolvendo os diversos atores e suas práticas, no contexto de reforma do sistema, propicia pertinência para o campo da saúde coletiva. (PINHEIRO, 2007).

O processo de institucionalização do comando único do sistema de saúde em cada esfera de governo, da organização da atenção à saúde com base na integralidade e do controle social das políticas de saúde (GRANJEIRO, 2009), aponta para a ruptura de valores tradicionais na saúde, como hierarquia, distribuição de categorias profissionais e compartimentalização do saber. Pressuposto de um saber-fazer comum que vai de encontro à superação da fragmentação no cotidiano dos serviços enquanto proposição de mudança das práticas no SUS. A organização do trabalho ocorre a partir da necessidade de incluir tecnologias em saúde que levem em consideração a integralidade, a complexidade dos objetos de intervenção e a intersubjetividade.

Em resposta à complexidade dos processos saúde e doença emerge a interdisciplinaridade, conectando questões de saber e poder das diversas disciplinas, contrapondo obstáculos significativos da experiência institucional fragmentada e departamentalizada. Tomando uma situação específica, por exemplo, a integralidade das ações na assistência a Pessoa Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) depende de diferentes dimensões do trabalho em saúde como: a organização do trabalho, a interdisciplinaridade, a interação entre os sujeitos e a incorporação de novos saberes e práticas (BORGES, 2012).

### **2.3 Impressões da integralidade da atenção em saúde**

O direito à saúde como direito pleno para o bem estar, qualidade de vida e efetivo exercício da cidadania tem como suporte supremo a consolidação do Sistema Único de Saúde. Suporte estruturante que cotidianamente necessita de alimento social político organizativo para se manter íntegro, público, democrático e resolutivo. Daí a importância do cultivo da integralidade na dinâmica

do cuidado, serviços, práticas da saúde e o controle social. Nesta perspectiva ampla de ver a integralidade como significativo eixo central do trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários há minuciosos estudos que vem nos fazendo refletir sua materialidade (GOMES, 2004; MATTOS, 2004; PINHEIRO, 2005 e MACHADO, 2007).

Dentre as formulações e questionamentos que permeiam em profundidade este caminho Mattos (2004), tece várias interrogações a respeito de como vem sendo compreendida e implementada a visão em torno da integralidade: “integralidade segue sendo uma noção (ou um conjunto de noções) útil para identificar certos valores e características que julgamos desejáveis no nosso sistema de saúde”? Aprofunda perguntas sobre a integralidade pertinentes desta ao sistema como um todo bem como com as práticas em saúde: “Ele ainda segue sendo um bom indicador da direção que desejamos imprimir ao sistema e às suas práticas”? E ainda do que converge e diverge neste universo questionado: “Ele segue sendo útil como indicador, por contraste, das características que criticamos no sistema de saúde e nas suas práticas”?

Do que interroga o referido autor, o mesmo parte de premissas afirmativas como resposta às interlocuções que pautam o desenvolver de construções sobre a integralidade. Do que se pode dar de resposta afirmativa, da investigação sobre os diversos sentidos do termo integralidade no contexto da luta pela reforma sanitária no Brasil, este identifica conjuntos de sentidos. A dizer: o primeiro aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde. No sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais, tendo a integralidade junto à abrangência dessas respostas governamentais. Um outro conjunto de sentidos trata de aspectos da organização dos serviços de saúde. Um terceiro sentido voltado para atributos das práticas de saúde. E um outro sentido não menos importante que diz respeito à organização dos serviços.

Das impressões sobre este eixo, Mattos (2004) descortina saberes dizendo que dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. Que por sua vez são evidentes as mudanças do sistema tanto no eixo da descentralização quanto no do controle social. Pois quanto ao acesso universal, no SUS atualmente já não há as barreiras formais que limitavam o acesso apenas aos que contribuía para a previdência social. Porém quanto à integralidade, as mudanças não têm sido tão evidentes, ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade desejada. Sentencia que seja oportuno dedicar maior atenção ao exame das experiências, em sua maioria localizada, que transformam as práticas na direção da integralidade. Focar as experiências que se pautam pela integralidade é uma importante agenda de

pesquisa, enfatiza. Acredita ser necessário seu reconhecimento para então analisar as condições que tornaram possível sua emergência, refletir sobre os potenciais e os limites de sua difusão.

As diversas dimensões que a integralidade pode assumir nas práticas em saúde, ainda o autor supracitado, o mesmo sentencia tratar-se de uma reflexão sobre as manifestações ou os signos da integralidade na prática em saúde, feita com um duplo propósito: o de facilitar o reconhecimento de experiências que estejam avançando no que diz respeito à integralidade, permitindo que elas sejam posteriormente analisadas; o de contribuir para que cada vez mais atores se engajem na construção de práticas pautadas pela integralidade. Pois há um entendimento constituído sobre a integralidade e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde diante da noção de integralidade enquanto sinônima da garantia de acesso a todos os níveis do sistema de serviços de saúde.

Sobre aspectos para além da leitura que se tem sobre integralidade enquanto sinônima de garantia de acesso a todos os níveis do sistema de serviços de saúde, Mattos (2004) pondera que esta visão requer aprofundamentos questionadores mirando sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde, a seguir, íntegra do seu posicionamento em torno desta importante questão:

O texto da Constituição brasileira afirma ser dever do Estado garantir "o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação". Nesse mesmo texto, o que chamamos de integralidade aparece como um dos princípios do SUS: "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais". Ambos os trechos têm em comum o fato de articularem diversas dimensões ou lógicas das ações e dos serviços de saúde: promoção, proteção e recuperação, no primeiro, e atividades preventivas e assistenciais, no segundo.

O SUS pode ser visto como um dispositivo institucional criado pelo governo para dar conta do seu dever de garantir o acesso universal e igualitário nos termos da Constituição. Ele foi concebido como abarcando todas as ações e serviços públicos de saúde (assim como alguns serviços privados). Estes deveriam estar organizados como uma rede regionalizada e hierarquizada. A noção de hierarquização pressupõe o estabelecimento de certos níveis de atenção (chamemos assim). Para delimitar esses níveis de atenção, é necessário dispor os diferentes recursos tecnológicos existentes para a promoção, a proteção ou a recuperação da saúde (ou as tecnologias voltadas para a prevenção) nos diversos tipos de serviços de saúde. É desses níveis de atenção que falamos quando defendemos que todos os brasileiros possam ter assegurado seu acesso a todos os níveis.

É claro que existem várias possibilidades para os critérios utilizados nessa disposição das tecnologias nos diferentes níveis de atenção. No Brasil, por exemplo, adotou-se uma definição de atenção básica bastante centrada nas necessidades dos diversos grupos populacionais: "a atenção básica pode ser compreendida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação..."<sup>2</sup> (p. 5).

Note-se que nessa definição, a atenção básica se ocupa tanto de ações preventivas como assistenciais. O seu conteúdo, dinâmico, é ditado pelo conjunto de situações e problemas de saúde mais frequentes numa certa população. Analogicamente, os outros níveis de atenção também se ocupam (ou devem se ocupar) tanto da prevenção como da assistência.

Portanto, uma coisa é defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde que se façam necessários, o que, numa rede regionalizada e hierarquizada, pode assumir a forma da defesa ao acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Outra coisa, igualmente importante, é defender que em qualquer nível haja uma articulação entre a lógica da prevenção (chamemos por hora assim) e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde.

É por esta razão que talvez seja útil não considerar integralidade como sinônimo do acesso a todos os níveis do sistema. O que nos remete a aprofundar a reflexão sobre as características das práticas que se pautam pela integralidade (MATTOS, 2004, p online).

## **2.4 Política de saúde, AIDS e o SUS**

A luta pela reforma sanitária foi responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Embasado a partir de uma dimensão ideológica, é alicerçado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade (MACHADO, 2007). Todas as iniciativas implementadas e forjadas no seio das aspirações de ser, estar e viver dignamente consolidou uma nova forma de construir políticas públicas no Brasil diante de eventos de saúde coletiva. Entre outros, a política nacional de AIDS, por exemplo, exerce condicional influencia na estruturação de respostas oficiais aos problemas emergentes e reincidentes de saúde pública (SOUZA, 2010).

As políticas em saúde a partir dos anos 1980 convergem com o contexto no qual a AIDS foi assumida como problema de saúde pública pelo poder público e o modo como evoluíram as estratégias oficiais para o enfrentamento da epidemia no âmbito político e social. Reinante do ativismo marcado pela conquista de liberdades individuais e pelo avanço no reconhecimento dos direitos de populações socialmente marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros permitiu imediata reação de movimentos sociais frente à AIDS, tanto no plano da atenção à saúde como na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV e AIDS. O Movimento da Reforma Sanitária cresceu diante do intenso processo de redemocratização política e do surgimento dos primeiros casos de AIDS, se constituiu no principal arcabouço da política de AIDS desenvolvida em âmbito governamental, contribuindo para fundamentar seus princípios e diretrizes (SOUZA, 2010).

O Programa Nacional de AIDS no Brasil se caracterizou pela intensa mobilização política e social intrinsecamente envolvido na discussão e aprovação do texto final da Constituição Federal de 1988, onde o tema da organização do sistema de saúde e do sangue foram amplamente debatido. Na

sequencia a Política Nacional de DST/AIDS, instituída em 1999, com o objetivo de sistematizar as diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/AIDS no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, sob os fundamentos do SUS. Tendo como desafios: redução da incidência da AIDS, nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade; a garantia dos direitos da cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS; e a priorização das ações voltadas para as DST no país (SOUZA, 2010). Albuquerque (2010) enfatiza a questão racial e de gênero marcantes neste aspecto.

A política de atenção ao HIV/AIDS, assim como dos determinantes da infecção/doença, congrega informações bem concisas presentes nos boletins, tal qual o que foi emitido no ano de 2014 pelo ministério da saúde, expressados a partir dos indicadores como: taxa de detecção, de mortalidade, taxa de detecção de AIDS em menores de cinco anos, variações anuais dessas taxas e primeiro exame de CD4. Classificação que englobam diferentes parâmetros epidemiológicos e operacionais que permitam priorizar estados e municípios para o enfrentamento da epidemia, bem como da avaliação de tendências de queda/aumento (avaliadas por análises estatísticas, empregando o nível de significância de 5%). Consta neste documento informativo também recomendações técnicas para rápida implementação da notificação universal do HIV (OPAS/OMS - Consulta Regional para América Latina e Caribe sobre informação epidemiológica da infecção pelo HIV).

Até junho de 2014, foram notificados no Sinan NET 70.677 casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre adultos e 773 em crianças. No Brasil, desde 2000 até junho de 2014, foram notificadas 84.558 gestantes infectadas com o HIV, a maioria delas residente na região Sudeste (41,1%), seguida pelas regiões Sul (31,1%), Nordeste (15,4%), Norte (6,6%) e Centro-Oeste (5,8%). O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais estima aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil no ano de 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4%. Na população de 15 a 49 anos, a prevalência é de 0,6%, sendo 0,7% em homens e 0,4% em mulheres. A distribuição proporcional dos casos de aids no Brasil segundo região mostra uma concentração dos casos nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo a 54,4% e 20,0% do total de casos identificados de 1980 até junho de 2014; as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem a 14,3%, 5,8% e 5,4% do total dos casos, respectivamente (Tabela 5).

Nos últimos cinco anos, o Brasil tem registrado uma média de 39,7 mil casos de aids. Segundo as regiões, o Norte apresenta uma média de 3,5 mil casos ao ano; o Nordeste, 7,9 mil; o Sudeste, 17,0 mil; o Sul, 8,6 mil; e o Centro-Oeste, 2,7 mil (Tabela 5). A taxa de detecção de aids no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes; também se observa estabilização da taxa na região Sul, com uma média de 31,1 casos para cada 100 mil habitantes. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam uma tendência linear de crescimento significativa, considerando o nível de significância de 5%; em 2004, a taxa registrada foi de 15,0 (N) 11,0 (NE) e 18,7 (CO) casos para cada 100 mil habitantes, enquanto que no último ano a taxa foi de 26,1 (N), 16,0 (NE) e 20,3 (CO), representando um aumento de 74,0% (N), 45,5% (NE) e 8,6% (CO). A região Sudeste é a única que apresenta tendência de queda significativa nos últimos dez anos; em 2004, a taxa de detecção foi de 26,0, a qual passou para 18,7 casos a cada 100 mil habitantes em 2013,

correspondendo a uma queda de 28,1%, segundo a Tabela 6 e o Gráfico 5 (BRASIL, 2014a).

De acordo com as prerrogativas do ministério da saúde, os serviços ambulatoriais em HIV e AIDS realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou AIDS. Com diferentes configurações institucionais: ambulatórios gerais ou de especialidades, ambtórios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializadas em DST, HIV/AIDS (SAE). Administrados por municípios, estados, governo federal, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS. Objetivando prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros. Algumas das atividades principais são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e AIDS (BRASIL, 2014b).

Considerando que o HIV é um vírus (Vírus da Imunodeficiência Humana) que causa danos ao sistema imunitário e conduz a uma condição denominada AIDS, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. E um sistema imunitário pouco saudável implica que as pessoas que vivem com AIDS tenham um risco muito superior de contrair infecções em condições que normalmente o sistema imunitário consegue combater. Os efeitos secundários dos medicamentos para a AIDS e os efeitos do HIV no organismo podem causar uma série de sintomas debilitantes, que incluem náuseas, diarreia, mobilidade limitada (causada por neuropatia periférica) e inflamação dos nervos, especialmente nas mãos e nos pés. A diarreia é um dos mais comuns efeitos secundários da medicação para a AIDS. Com os investimentos em políticas públicas como um todo e da atenção á saúde das pessoas atingidas por este adoecimento em todas as suas dimensões, precisamente a partir de 1996, a taxa de mortalidade decresceu bastante em todo o mundo (BRASIL, 2014b).

## **2.5 HIV/AIDS: Contexto sócio-antropológico**

A pluralidade das diversas disciplinas resulta em caminhos propositivos para os problemas da saúde coletiva. A ênfase produzida pelas Ciências Sociais para as questões da saúde pública e saúde coletiva destaca sobremaneira a pessoa, o corpo e a doença. Estuda a saúde considerando o ser humano, seus relacionamentos sócio-culturais, sua maneira de lidar com o mundo e consigo próprio, e comportamento em seu meio. O desenvolvimento antropológico no cerne da corrente interpretativa

permite conceber a relação entre indivíduo e cultura possibilitando integração da dimensão contextual na abordagem dos problemas de saúde (UCHOA, 1994). Questões como: gênero, sexualidade, formação de cidadania, AIDS, saúde mental; entre outros, a antropologia social no campo das ciências médicas, por exemplo, margeia em prol da construção de soluções para sanar as demandas sociais da saúde pública (CUSTÓDIO, 2008).

Há entendimento que a doença é uma experiência que não se limita à alteração biológica pura, mas esta lhe serve como substrato para uma construção cultural. As percepções, as interpretações e as ações, mesmo no campo da saúde, são culturalmente construídas. Estudos como *Interpretação das Culturas* (GEETZ, 1978) comporta análise antropológica das dimensões culturais da política, dos costumes sociais, entre outros aspectos aí situados. Espelha a cultura enquanto um padrão de significados transmitidos historicamente, incorporado em símbolos e materializado em comportamentos. Contexto que referenda a contribuição da antropologia que de maneira importante vem favorecendo a construção de um paradigma para a abordagem da saúde e da doença. Panorama de análises e reflexões que se coadunam a tantos outros compilados, tais quais encontrados em *Respostas aos desafios da AIDS no Brasil*:

Ainda no plano teórico, é importante mencionar que na década de setenta e oitenta, muitos foram os trabalhos de inspiração sociológica e antropológica que deram conta do estudo das instituições na perspectiva de várias vertentes. A influência dos estudos sobre as instituições totais de Goffman (1989), por exemplo, foram relevantes para mostrar que as instituições não eram senão o reflexo da própria sociedade, pois nelas ocorrem processos sociais complexos, tensões entre grupos, filiações ideológicas, no sentido de valores a serem preservados, que têm expressão macro quando transpostos para o âmbito mais amplo da sociedade. Assim pensadas, as instituições constituem locus de práticas sociais, forjam indivíduos capazes de construir afinidades, de desenvolver potencialidades e são um espaço de socialização e de conflito. Os estudos de cunho mais antropológico se debruçam a analisar as instituições na perspectiva de suas identidades. Que valores, peculiaridades e representações sociais se tecem no convívio cotidiano que fazem com que possa se falar de uma determinada cultura institucional. Esses estudos têm permitido mostrar como se produzem e se reproduzem os fatos institucionais, como se constituem determinados saberes, ofícios, hábitos, e inscrições que dão sentido às práticas sociais realizadas no espaço das instituições. Não menos importante, é o papel das lideranças das instituições, que imprimem com seus estilos pessoais de enfrentar uma agenda política, certos procedimentos de trabalho, modos de priorização e enfoques diferenciados, o que também se observa na história do Programa Nacional de AIDS (CASTRO e SILVA, 2005, p. 50).

A natureza da epistemologia e dos métodos antropológicos, diferente das ciências de saúde, conforme ressaltam contribuições investigativas, a Antropologia tem contribuição importante para a construção de um novo paradigma de saúde e doença. Segundo estes aprofundamentos, sem descartar os avanços da biomedicina, é necessário ir além dos limites de um modelo estritamente biológico e individual para incluir processos sociais e coletivos. Existem questões da própria prática da biomedicina que ela mesma não consegue resolver por causa da restrição do campo aos processos biológicos e ao método positivista e experimental. Então para discussão sobre as contribuições de antropologia para a construção de um novo paradigma em saúde, cujo objetivo é de entender o ser humano e suas práticas de uma perspectiva comparativa, é necessário que se reconheça e respeite a diversidade de soluções que as diversas culturas têm construídas para explicar e atender os problemas de saúde e doença (UCHOA, 1994).

Áreas do conhecimento vêm se debruçando a pautar os tempos de acontecimentos, dentro e fora do Brasil à questão do HIV/AIDS fenômeno que não está deslocado de sentidos historicamente constituídos, coabitando com múltiplas perspectivas discursivas, seja como senso comum, seja como conhecimento científico. A antropologia da saúde, por exemplo, institui e viabilizam práticas entre pensamentos e ações, teorias e experiências de vida dos doentes. Organizam símbolos e categorias das doenças, por meio de fontes produtoras de sentido, biológicas, políticas, sociais, econômicas e culturais.

Da mesma forma em outros lugares onde este adoecimento atingiu considerável contingente populacional, diante das políticas oficiais de saúde, conforme apontam determinados estudos de campo, as pessoas colocam seus corpos e desejos como símbolos que interrogam, questionam e põem em relevo as arbitrariedades, limites e contradições das políticas institucionais de saúde. Aspectos de múltiplas ordens salientam a dimensão fugidia das práticas sociais desses sujeitos. Para Oliveira (2012) o Estado e alguns setores da sociedade moçambicana, por exemplo, sobretudo os ligados às ONGs, permanecem perplexos, sem conseguir atuar eficazmente nas políticas de combate ao HIV/AIDS e muito menos explicar a ineficácia dos seus investimentos.

Desde a década de 1980 a AIDS incorporada como problema de saúde pública pelo poder público desencadeou estratégias oficiais para o enfrentamento da epidemia no âmbito político e social. No Brasil, o Movimento Sanitarista seguiu envolvido no processo de redemocratização política e estruturação das ações governamentais (SOUZA, 2010), numa conjuntura de efetivas conquistas de liberdades individuais frente aos direitos de populações socialmente marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros. Contexto que permitiu imediata reação de movimentos sociais frente à AIDS,

tanto no plano da atenção à saúde como na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV e AIDS, estas marcadamente sob influências das práticas de preconceitos.

Para Oliveira (2012), a situação no contexto ocidental, da compreensão da AIDS este grave problema de saúde tomava denominações como doença de depravados, pecadores, imorais, tido como algo próprio de homossexuais, bissexuais, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e grupos de determinadas nacionalidades como no caso dos haitianos. O trabalho em questão toma os corpos, lugar onde AIDS está localizada, seja este corpo como objeto, justamente locus no qual o vírus se desenvolve e que será alvo do discurso médico, seja como produto e resultado de práticas sociais. Reforçando que os comportamentos de risco é o foco onde, sobretudo se voltará a teia discursiva do senso comum. Salientando, o estudo em questão, que é no corpo que a doença será lida, detectada, compreendida, combatida.

Corpo este entendido como um produto histórico, político e cultural dimensionado pelos termos pejorativos adotados pelo senso comum reforçado pelo discurso médico presente nos anos 80 do que diz respeito aos chamados grupo de risco. Do corpo precário e de práticas subversivas. Das práticas sociais dos sujeitos que relativizam as políticas oficiais de combate e enfrentamento da epidemia da AIDS. Dimensão simbólico-cultural da imagem do corpo traspassado pela experiência do HIV/AIDS no qual diversos estudos se utilizam da reflexão antropológica e literária.

Fruto de estudos encontram-se experiências contrárias aos modelos normativos do plano social, cultural e político-institucional. Do corpo traspassado pela experiência do HIV a ser compreendido, vivido e significado. Dentre dilemas e dificuldades carregados pelo preconceito e isolamento social, esforços para mudar este quadro vêm sendo amplamente dimensionados:

De certa forma, inédito na história da saúde pública, a legitimação dos grupos de pessoas afetados pela epidemia tem um ponto decisivo numa reunião em Paris, em 1994, onde se assina uma declaração que reconhece a necessidade de “maior envolvimento de pessoas vivendo com HIV/aids” nas políticas nacionais e internacionais. De lá, até nossos dias, esse processo foi sendo ampliado e com menor ou maior complexidade, dependendo do lugar que se trate, pode ser observado como característica universal da aids. A experiência da aids como fenômeno de natureza intransferível outorga peso hegemônico a esta política que, com a força da prática acabou ganhando estatuto de princípio. Se a questão da representação passa pela sua legitimidade, no caso que aqui interessa, esta veio a ser contundente na voz dos que hoje se autodesignam como pessoas vivendo com HIV/aids. Diz Hebert Daniel (1989) que eles buscavam um espaço não apenas para serem incluídos dentro das políticas de saúde, mas para combaterem o que se convencionou em chamar da

“terceira epidemia”, conceito que envolve todo o processo de discriminação social e as mais diversas formas de estigmatização, veladas ou não, que foram surgindo paralelamente à manifestação dos primeiros casos da doença, comprometendo não mais o plano biológico dos indivíduos, mas a dimensão moral dos sujeitos afetados. Consta nos objetivos da política brasileira de combate ao HIV/aids, o respeito aos direitos humanos, assessorando e fomentando as instâncias governamentais e não-governamentais quanto às iniciativas para garantia dos direitos, combatendo as condutas recorrentes de preconceito e discriminação contra as pessoas portadoras de HIV/aids (Ministério da Saúde 1999 :17). Assim visto, a resposta brasileira buscou pôr em prática o paradigma teórico desenvolvido por Jonathan Mann (1993), com relação à vulnerabilidade coletiva, termo por meio do qual se que designam processos macrossociais que influenciam a capacidade de resposta nacional que os diversos países são capazes de dar à epidemia (CASTRO e SILVA, p.61/62, 2005).

Laplantine (1986) afirma que o discurso científico é de certa maneira constituído como modelo construído socialmente a partir de uma determinada lógica de interpretação da realidade. Assim sendo explicações ou concepções de doença ou saúde seriam construções estruturantes, incluindo o modelo médico-científico. Nesse aspecto a Antropologia da Saúde tende percebê-los em suas dimensões sócio-culturais, representações e práticas, compreendendo como dado grupo social as concebe. Para o autor, a forma de perceber a doença explica as técnicas e rituais terapêuticos que cada sociedade vai criar e considerar adequadas para tratá-la.

## **2.6 Integralidade baseada na Atenção Domiciliar terapêutico**

Um diagnóstico tardio bem como uma infecção de HIV descontrolada pode também aumentar a taxa metabólica, resultando em necessidades de energia muito mais elevadas. Os problemas de má absorção e do aumento das necessidades de energia, e por consequência, de nutrientes, pode levar a uma rápida perda de peso, reduzindo a capacidade do sistema imunológico de combater outras infecções e doenças dadas as condições simultâneas e seus efeitos sobre o indivíduo. Nestas circunstâncias o trabalho em equipe na assistência ambulatorial, como forma de responder à complexidade da AIDS, assume destaque com a proposta de implantação dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS pelo Ministério da Saúde. Com padrões mínimos de funcionamento quanto à estrutura do cuidado, incluindo, entre outros requisitos, a existência de uma equipe mínima, visando a oferta de uma assistência humanizada e de qualidade, baseada na integralidade da atenção à Pessoa Vivendo com HIV/AIDS (BORGES, 2012).

Dado a magnitude para garantir plena assistência, estudo como o de Carvalho (2008), pontua o necessário dimensionamento da atenção integral a partir da perspectiva ambulatorial com extensão do Hospital-Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT):

Em resposta à crescente demanda assistencial, o Ministério da Saúde criou o Programa de Alternativas Assistenciais, cujos projetos de implantação de serviços deveriam apresentar conceitos individualizados de níveis de atenção e resolubilidade diagnóstico-terapêutica (BRASIL, 2000). Deste modo, em nível ambulatorial, originou-se o conceito de Serviço de Assistência Especializada (SAE) e, em nível de hospitalização convencional, houve a promoção de duas alternativas assistenciais: Hospital-Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). Em comum, o atendimento nestes serviços deveria ser assegurado por equipes multiprofissionais (BRASIL, 2000; CASTANHEIRA, 2002) com o objetivo de oferecer uma assistência humanizada e de qualidade, orientada para a atenção integral do paciente e de sua família (BRASIL, 2000). A partir de 1994, os SAE foram implantados de forma descentralizada pelo país, gerando serviços com diferentes situações institucionais, desde aqueles ligados a Unidades Básicas de Saúde (UBS) até ambulatórios vinculados a hospitais de grande porte (BRASIL, 2000; MELCHIOR, 2003). A adoção desta política gerencial ocasionou, no decorrer do processo, resultados positivos – descentralização da responsabilidade e ônus operacionais da montagem da rede de SAE – e negativos, como a marginalização das equipes de saúde e instituições ao processo e a ausência da prática de avaliação dos serviços (BRASIL, 2000), (CARVALHO, 2008).

Em Nogueira (2000) seu estudo elenca detidamente sobre a implantação da ADT. Cujo objetivo primordial consolida promover a melhoria da qualidade de vida às pessoas atingidas pelo HIV/AIDS. Dentre suas especificidades urge proporcionar uma forma de alternativa assistencial qualificada visando prestar assistência clínica, terapêutica e psicossocial em nível domiciliar envolvendo a participação dos pacientes e da comunidade a qual ele pertence. As atividades da Assistência Domiciliar Terapêutica propriamente dita baseiam-se na concepção de mobilização conjunta dos recursos da comunidade, dos familiares e dos profissionais de saúde, considera-se assim, a possibilidade de o paciente ser mantido em seu próprio domicílio, servido por uma equipe clínica multiprofissional.

Com o surgimento da epidemia de AIDS nos anos 80, ocorre uma sobrecarga no sistema de saúde dos países ricos. Por sua vez, países pobres torna-se mais claro o colapso desse sistema. A resposta para o problema, tanto nos países desenvolvidos quanto nos emergentes, subdesenvolvidos e periféricos, surge, no início da década de 90, quando diversas propostas de atendimento domiciliar a portadores de AIDS começam a aparecer no mundo todo. Tais propostas apresentam maior complexidade de assistência, na Europa e Estados Unidos (NOGUEIRA, 2000, p. 22)

Do que vigora no Brasil, a equipe atuante no ADT, diz este autor, nem sempre é a ideal: há em alguns casos, apenas o médico, o serviço de enfermagem e alguns recursos hospitalares que assegurem a assistência médica. Divide-se com a família os cuidados com o paciente. Sinaliza que na Assistência Domiciliar Terapêutica, o paciente e sua família podem ser treinados a fim de desempenharem algumas atividades que serão executadas no ambiente doméstico. Elenca por

exemplo, a troca de curativos, na própria residência, que isto evitará o risco de infecções hospitalares. Que o atendimento em hospital apenas ocorrerá em último caso, resultando em aperfeiçoamento da qualidade de vida, em relação ao paciente cronicamente exposto às intercorrências da AIDS. Assim sendo reduzindo-se seu tempo de internação, o que implica aumentar-se-á a rotatividade desses leitos, ocasionando menores gastos para o Sistema Único de Saúde. E acima de tudo permite a humanização no tratamento, oferecido pela equipe de profissionais da saúde da ADT.

Dentro do panorama da AIDS, de epidemia evoluindo para pandemia, segundo Nogueira (2000) os cuidados domiciliares demonstraram benefícios indiscutíveis no tratamento da patologia em questão, evidenciando-se melhoria do estado emocional do paciente, menos risco de contaminação por sequelas, diminuição das doenças oportunistas, instauração do exercício da solidariedade por meio da participação da família e amigos. A contar também na maioria das vezes com o trato da relação custo-benefício e a integração da Assistência Domiciliar com as outras esferas de serviços como as unidades básicas de saúde, hospitais convencionais e hospitais-dia. De sua existência e aplicabilidade a implantação da Assistência Domiciliar Terapêutica subordina-se à aprovação técnica e orçamentária da CN-DST/AIDS, a qual financia os recursos solicitados. Com a entidade pública estadual ou municipal assegurando a manutenção das atividades do projeto em foco.

Em se tratando dos meandros sobre a ADT, enfoque substancial desta escritura dissertativa, o estudo de NOGUEIRA (2000) subsidiou enormemente esta intenção visto que seu trabalho partiu da vivência cotidiana dentro do referido serviço. Mas os demais estudos da mesma forma elencaram o contexto maior no qual está inserido a dinâmica das Políticas de Saúde em conformidade com o Sistema Único de Saúde e garantias para que o direito à saúde se torne universal. A partir do que se quer obter, toda a literatura consultada até então, comporta um lastro consistente para discorrer sobre o estudo ora proposto - Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/AIDS como estratégia de integralidade no contexto do SUS.

#### **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

O estudo congregou uma abordagem qualitativa visando conhecer a percepção dos usuários sobre a integralidade da assistência no serviço da Assistência Domiciliar Terapêutica/UREDIPÉ e sua relação com o Sistema Único de Saúde. A escolha desta abordagem comunga do entendimento de que os métodos qualitativos buscam explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não métricos (suscitados e de interação) e se valem de diferentes abordagens (GERHARDT et al, 2009). Tal qual Carvalho (2008) e Borges (2010), substanciadas por vários autores, assim norteiam esta referida linha de pesquisa:

Optou-se pela abordagem qualitativa exploratória nesta pesquisa devido à necessidade de se trabalhar com uma metodologia que atingisse um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 1994) e pela possibilidade de atingir uma profundidade a ponto de compreender a forma de vida das pessoas, e não somente fazer um inventário sobre como um grupo de pessoas vive (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). (CARVALHO, 2008, p. 33)

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2003), é apropriada para aprofundar a compreensão de grupos, segmentos e microrrealidades, buscando desvendar a lógica de determinados problemas, expressa através de práticas, relações, opiniões, atitudes, crenças e valores (BORGES, 2010, p 32)

Quanto aos objetivos trata-se de uma pesquisa exploratória, pois caminha no sentido de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito (GERHARDT, 2009). Com o suporte desta mesma autora, dos procedimentos, este estudo enseja à pesquisa de campo, pois se caracteriza pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas. Com métodos de investigação através de entrevistas abertas e observação participante.

##### **4.1 População do estudo**

A população estudada constituiu-se de oito usuários de um serviço da Assistência Domiciliar Terapêutica/ADT da Unidade de Referência Estadual em Doenças Infecto-Parasitárias Especializadas/UREDIPÉ, usuários estes que são assistidos no domicílio, composição ambulatorial especializado que trata de pessoas acometidas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) localizado no município de Belém-PA.

**Quadro 01** – Apresenta informações sobre: código de identificação, Idade, Sexo, Tempo de diagnóstico para o HIV, Início do tratamento na UREDIPE e admissão na ADT:

Nº de Ordem	Código de identificação		Idade	Sexo	Tempo de Diagnóstico	Início de tratamento na UREDIPE	Admissão no ADT
1.	HGL	E <sub>1</sub>	99 anos	F	08 anos	15/09/2006	30/10/2007 e 02/02/2012 *
2.	MLSR	E <sub>2</sub>	31 anos	F	03 anos	24/05/2012	13/01/2014 e 02/05/2015 **
3.	NBS	E <sub>3</sub>	53 anos	F	03 anos	05/03/2012	12/09/2013
4.	JGMM	E <sub>4</sub>	41 anos	F	05 anos	30/11/2011	29/06/2012
5.	CABN	E <sub>5</sub>	49 anos	M	18 anos	01/09/1997	23/06/2015
6.	KSD	E <sub>6</sub>	42 anos	M	18 meses	18/06/2014	13/08/2014
7.	DSV	E <sub>7</sub>	24 anos	F	09 anos	15/12/2006	18/09/2015
8.	SSF	E <sub>8</sub>	41 anos	F	07 anos	01/04/2008	04/08/2015

\*Data em que E<sub>1</sub> foi readmitida no ADT

\*\* Data em que E<sub>2</sub> foi readmitida no ADT

Todos os participantes da pesquisa estavam recebendo assistência domiciliar pelo serviço de saúde, cada qual com demandas específicas para os cuidados, na época em que a pesquisa foi realizada. Os entrevistados foram selecionados segundo os critérios de inclusão, que abrangeu usuários assistidos pelo ADT/UREDIPE, que apresentassem no momento da entrevista condições de interagir e articular com clareza as palavras, sua opinião. Foi estabelecida uma conversa na visita anterior, isto ocorrido precisamente no turno da manhã, horário em que a pesquisadora está no serviço, pois esta compõe a equipe de trabalho cotidianamente.

Já no turno da tarde a entrevista se deu diretamente no ato da visita domiciliar, após os procedimentos executados pela equipe vespertina, esta remetia apresentação e intenção de realizar uma entrevista a ser ministrada pela pesquisadora. Das três pessoas entrevistadas do horário da tarde, só uma não conhecia quem realizava a pesquisa, por ter sido admitida recentemente pelo ADT e também por não ter necessitado dos serviços de coleta de sangue ou outros procedimentos que quase sempre eram realizados pela equipe da manhã, o que possibilitava manter certo vínculo relacional. Onde foi possível primeiro contato objetivando a entrevista, ocorreu uma breve explicação sobre o tema do estudo ao possível entrevistado e a verificação do interesse em participar da pesquisa. Se a pessoa concordasse em participar da entrevista, já era agendado para próxima visita, não sendo

fechada uma data precisa, pois dependia de ter o carro/transporte e motorista e em certos momentos combustível para garantir saída das equipes.

#### 4.1.1 Critério de exclusão

Segundo critério de exclusão 05 usuários (02 homens e 03 mulheres) não entraram na pesquisa enquanto informante. Um devido sua condição de fala ininteligível. Outros por ter sua capacidade crítica comprometida por adoecimento mental e surto psicótico e uma que estava em fase de avaliação para receber visita domiciliar, mas que viajou no período em que estava ocorrendo as entrevistas (Quadro 02).

**Quadro 02** - População do ADT que não entrou no estudo

<b>Usuários</b>	<b>Motivo da exclusão</b>
CLR	Psiquiátrico, em situação de crise
DRA	Articulação vocal difícil
MND	Psiquiátrico, em situação de crise
CE	Psiquiátrico, situação cognitiva comprometida
JPB	Processo de avaliação. Viajou.

#### 4.2 Local de estudo

As entrevistas foram realizadas no próprio domicílio. Com exceção de um usuário que esteve acamado por conta de uma intervenção cirúrgica, mas que foi apresentando melhoras a ponto de sentir-se seguro para deambular, então no ato da entrevista este dirigia-se à UREDIPE (bairro do Telégrafo) para agendamentos no SAE, já na condição de pré-alta do ADT, momento em que se disponibilizou a contribuir com informações para esta pesquisa. A maioria dos domicílios está localizada em bairros periféricos na cidade de Belém, como Pedreira, Jurunas, Sideral, Tapanã, Icoaraci, Outeiro (ilha de Caratateua) e uma do município de Marituba, região metropolitana de Belém. Algumas casas são de madeira, em áreas praticamente descobertas de saneamento básico, umas próximas de canal e até mesmo beira de rio. Há pouquíssima adaptação no espaço físico que facilite desenvoltura na locomoção, e na via pública o uso da cadeira de roda é extremamente penoso dado à irregularidade do solo, com pedras, piçarra, valas e outros obstáculos desta ordem. A figura abaixo, trás um mapa com as setas em vermelho que localiza cada um dos estabelecimentos onde ocorreram as entrevistas.

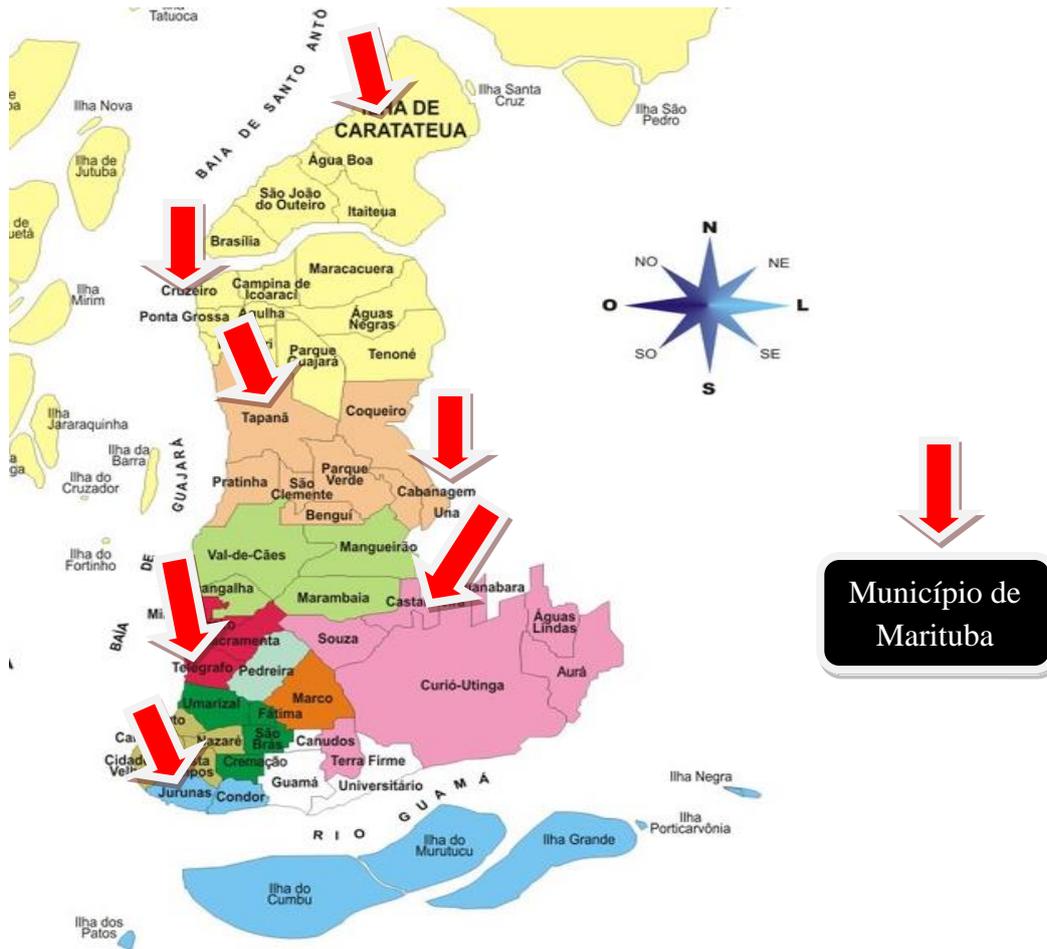


Figura 01 – Mapa dos bairros da grande Belém e no balão ao lado o município de Marituba

### 4.3 Corpus do estudo

O encontro com a população em estudo para atingir o objetivo da pesquisa, partiu de uma preparação do campo no sentido de estabelecer um primeiro contato para se efetivar a entrevista. Então numa visita anterior foi abordado o assunto, a maioria esboçou certa preocupação sobre sua capacidade de saber o que falar ou até mesmo se responderia corretamente o que seria perguntado. Foram tranquilizados que seriam somente realizadas quatro perguntas e também um breve levantamento sobre seu tempo de tratamento. Foi realizada entrevista individual semiestruturada (apêndice 2).

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora nos meses de setembro a novembro de 2015, segundo a disponibilidade das visitas domiciliares. No início da entrevista, foram reforçadas orientações com intuito que estivessem tranquilos e seguros sobre o assunto a ser abordado.

Momento em que foi garantido confidencialidade de seus depoimentos, afirmado o objetivo da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), tudo apresentado e explicado, favorecendo o curso da coleta de dados.

De acordo com Minayo (2002) e Teixeira (2003), o instrumento de coleta de dados deve facilitar a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação, neste intuito foi construído o material para viabilizar a interlocução com os sujeitos da pesquisa. O roteiro da entrevista (Apêndice 2) foi formado por dois itens. O primeiro incluindo dados gerais como sexo, idade, tempo de diagnóstico para o HIV, início do tratamento na UREDIPE e admissão no ADT. E o segundo com dados referentes à integralidade no cuidado. Com quatro perguntas direcionadoras. Os registros de dados procederam-se pela gravação da entrevista, como também um diário de campo, no qual foram anotados aspectos que não poderiam ser captados pelo gravador, como expressões faciais, gesticulações, manifestações de diferentes emoções durante cada entrevista para facilitar as transcrições. Foram assinaladas ainda informações importantes fornecidas pelos participantes em momentos em que o gravador estava desligado. Ao final de cada uma das entrevistas, após despedir-se do entrevistado, a pesquisadora escreveu um pequeno relato de como essa havia transcorrido na tentativa de registrar sentimentos que facilitassem a recordação do momento da entrevista durante o período de análise dos discursos.

#### **4.4 Transcrição das entrevistas**

Com o consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente transcritas pela pesquisadora. O tempo de duração das entrevistas variou entre 15 a 50 minutos.

Houve necessidade de serem revisadas várias vezes as transcrições pela pesquisadora, algumas mais que outras, para conferir a fidedignidade do texto.

#### **4.5 Análise**

Para garantir o processo de análise dos dados coletados recorreu-se às contribuições de Bardin (2011) e Santos (2012), o que se ancora a análise de conteúdo:

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações.

Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2011, p. 37).

Para esta fase da análise, além do amparo referido anteriormente, somando com esta contou-se com a mediação de Minayo (2010):

A expressão mais comumente usada para representar o tratamento de dados de uma pesquisa qualitativa é análise de conteúdo. No entanto, o termo significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sócias (MINAYO, 2010, p. 199).

Assim sendo seguiu-se na fragmentação e reagrupamento das falas e pensamentos dos entrevistados. Valendo-se, entre outros estudos com as significativas ancoragens de Carvalho (2008):

... empregou-se a técnica de análise categorial por esta conseguir reunir diversos pensamentos e idéias (unidades de registro ou temas) em grupos maiores (categorias), considerando-se as afinidades e disparidades entre os temas e dependendo dos critérios de classificação... (CARVALHO, 2008, p 38).

Dentre as técnicas de Análise de Conteúdo, foi incorporada a Análise Temática.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 2010, p 209).

O curso seguinte caminhou no sentido de permitir a Pré-análise (Leitura Flutuante e Constituição do Corpus), Exploração do Material e Tratamento dos Resultados obtidos e Interpretação, conforme orientação de Minayo (2010). E também, muito desta fase de análise sendo subsidiado pelo estudo e orientação de Polaro (2011):

Todo o material transcrito da entrevista foi composto em forma de um quadro que permitia, como segunda fase, a *Leitura Flutuante*, tendo como referência a questão de pesquisa para identificar as falas significantes. Assim, foi elaborada a *constituição do corpus*, aplicando-se as quatro regras que validam a pesquisa qualitativa: *exaustividade* - durante a leitura para identificar os significados; *representatividade* - verificando se as falas significantes extraídas representavam o todo; *homogeneidade* - na medida em que a escolha dos documentos obedeceu à conformidade, e *pertinência* - quando foram analisadas as falas significantes extraídas para ver se correspondiam à questão e ao objetivo da pesquisa... (POLARO, 2011, p. 50)

Então, a categorização conteve substancialmente os temas emergidos das falas dos entrevistados. Configurações unidades compiladas, as similaridades entre os temas foram examinadas e formaram-se as categorias de análise pela junção de temas semelhantes. O anonimato dos entrevistados foi preservado através de códigos representados pela letra E sequenciado pela ordem de ocorrência das entrevistas.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Todos os entrevistados consentiram em participar da entrevista e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após leitura e explicação do mesmo antes da realização da entrevista. Dentre os entrevistados duas apresentavam deficiência visual. Com a presença de um familiar as mesmas colocaram suas digitais com o recurso de uma almofada de carimbo, no referido termo. Ao mesmo tempo que foram informados sobre o direito da desistência de participar e de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa ou de não aceitar responder à alguma das perguntas da entrevista. Uma cópia do TCLE foi arquivada ficando a outra com os entrevistados.

A pesquisa observou os princípios éticos contidos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obteve autorização do serviço de saúde onde foi realizada e foi aprovada pelo parecer nº 048791/2015 do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (Anexo 1).

#### **4.7 Caracterização dos entrevistados**

Foram entrevistados seis mulheres e dois homens, com idade entre 24 e 99 anos. Dentre as sérias limitações que apresentam, duas pessoas são completamente acamadas, duas dependentes de cadeiras de rodas. Com tempo de diagnóstico que variam entre 18 meses a 18 anos (quadro 01). Todos em tratamento específico para o combate ao HIV, em uso contínuo de antirretrovirais, e para as comorbidades alguns com esquema para profilaxia da neurotoxoplasmose. Do universo entrevistado uma pessoa está a quase 20 anos convivendo com o HIV. Ainda sob assimilação do que causava adoecimentos, três deles, no intervalo entre 01 a 03 anos, surpresos tomaram conhecimento de sua soropositividade. Os demais usuários somam de 05 a 09 anos que da mesma forma levam a vida condicionada pelo quadro de ataque constante ao seu sistema imunológico frente à infecção instalada (quadro 03). Após certo período, já em acompanhamento específico ambulatorial, acentuaram-se ocorrências de sérios comprometimentos. Em virtude das circunstâncias de prostração resultando na admissão ao serviço do ADT, por poucos meses a vários anos.

**Quadro 03** - Tempo de diagnóstico para HIV

<b>Tempo de Diagnostico para HIV</b>	<b>Número de usuários</b>
01 a 03 anos	03
05 a 07 anos	02
08 a 09 anos	02
18 anos	01
Total	08

Dentre as entrevistadas duas receberam alta por melhora clínica do ADT, sendo mais adiante readmitidas por rebaixamento do quadro nosológico. Em certos tempos recebem alta por internação hospitalar também. Com readmissão pós-alta hospitalar caso necessitem, o que na situação em que se encontram se configura realidade muito presente em suas vidas (quadro 04). O ADT garante basicamente dentre os cuidados em seu domicílio, controle dos sinais vitais e glicemia, curativos, coleta de sangue para exames laboratoriais e específicos como CD4 e CV, acompanhamento da tomada do esquema medicamentoso, procedimento fisioterápico, laborais e odontológico, apoio biopsicossocial e nutricional, fornecimento de alguns insumos como fralda descartável, luvas de procedimento, placas de proteção das protuberâncias e tratamento das feridas por prolongado tempo de acamados ou permanência acentuada numa só posição nas cadeiras de rodas, entre outros.

**Quadro 04** - Início de tratamento e admissão no ADT

<b>Código de identificação</b>	<b>Início de tratamento na UREDIPE</b>	<b>Admissão no ADT</b>
E <sub>1</sub>	15/09/2006	30/10/2007 e readmissão em 02/02/2012
E <sub>2</sub>	24/05/2012	13/01/2014 e readmissão em 02/05/2015
E <sub>3</sub>	05/03/2012	12/09/2013
E <sub>4</sub>	30/11/2011	29/06/2012
E <sub>5</sub>	01/09/1997	23/06/2015
E <sub>6</sub>	18/06/2014	13/08/2014
E <sub>7</sub>	15/12/2006	18/09/2015
E <sub>8</sub>	01/04/2008	04/08/2015

Quanto ao tempo de diagnóstico para o HIV, decorrido dos primeiros sinais de que algo não estava bem com a sua saúde, depois de situação de adoecimentos já instalados, mascarando muitas das vezes a real razão para tal, as pessoas entrevistadas tomaram conhecimento da infecção. Estando entre 01 ano a 18 anos sabedoras da sua condição sorológica. Várias foram as situações para chegar a esta informação. Uma foi no pré-natal quando dos exames de controle, o que possibilitou intervenção

afirmativa para evitar transmissão vertical. Quatro quando ficaram seriamente doentes resultando em hospitalização. Uma pela surpresa da causa morte do parceiro e revelação de quadro hanseniano seguido de um AVC, outra com desmaios, fraquezas e acompanhamento em unidade hemoterápico que resultaram em encaminhamentos para exames confirmatórios na UREDIPE.

Uma vez diagnosticados, cada um seguiu com suas histórias de vida particular e ao mesmo tempo comum dentro do cenário de sofrimento e em alguns casos negação para aceitar a nova condição de soropositividade para o HIV. A maioria já em processo de complicações avançadas devido ao diagnóstico tardio e instalação das doenças oportunistas. Das anteriores anotações nos prontuários se observa que todos os entrevistados apresentaram dificuldades em aderir integralmente ao uso da terapia medicamentosa nos primeiros momentos, bem como em levar adiante o tratamento de um adoecimento diferente dos demais no que diz respeito ao peso do preconceito que se instala ao portador do HIV, levando assim em muito por ter que esconder da família, vizinhança, e amigos, pois nas suas concepções a tomada dos medicamentos facilmente lhes revela a condição de que se está com o vírus. A dificuldade da adesão ao tratamento terapêutico, segundo algumas manifestações também se dá pela repulsa às reações adversas advindas dos antirretrovirais.

Do tempo de seu diagnóstico, o início do tratamento específico foi logo que acontecendo. Visto que já vinham em estado de sérios adoecimentos em certa medida alheios à sua real origem. E alguns casos o diagnóstico tardio implicou no aparecimento de doenças oportunistas sequenciado de limitações e sequelas, os restringindo a depender dos cuidados na própria residência, através do ATD, por sua dificuldade principalmente de deambulação. Muitas das informações aqui confirmadas foram do registro em seus prontuários, onde constam os documentos de referenciamentos provenientes de outros serviços (Hemopa, Unidade Básica de saúde, etc.), resultados de exames confirmatórios e anotações de seguimentos e biossegurança. Somado com suas falas no ato das entrevistas.

Importante situar que algumas questões propriamente de seu real adoecimento, consequências no caso por ser atingidos pelo HIV não entraram na dialogação, pois em determinados contextos, como na casa de uma das entrevistadas que depende totalmente de ajuda, a pessoa que trabalha em sua residência desconhece o que lhe adoecer, e por ser sua casa muito pequena, praticamente de um só cômodo habitável. Não reunindo meios para privacidades, o diálogo transcorria como se o motivo de receber atenção no domicílio dava-se por ser cadeirante e dependente total de cateter vesical de demora por apresentar bexiga neurogênica.

#### **4.8 Caracterização da UREDIPE/ADT**

O atendimento especializado às pessoas atingidas pelo HIV inicialmente esteve sob responsabilidade do Hospital Universitário João de Barros Barreto desde 1987, na ordem federal. A partir de 15 de setembro de 2002 até os dias atuais sendo assumido pelo governo estadual através da Secretaria de Saúde Pública/SESPA. Com a denominação de Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais/UREDIPE, comporta cobertura de ambulatório e leito dia de abrangência estadual. Localizado na cidade de Belém no estado do Pará.

As informações contidas neste tópico remontam inteiramente ao protocolo da UREDIPE da sua versão revisada em 2013 (PROTOCOLO, 2013). O mesmo compreendido enquanto instrumento que se propõe a regulamentação das metodologias de trabalho adotadas no desenvolvimento dos programas ofertados. O Protocolo em questão trata-se de um instrumento que visa, sobretudo assegurar ao cidadão/usuário, a atuação como protagonista no processo saúde-doença, considerando o que preconiza a Política de Humanização do Ministério da Saúde, junto à equipe multiprofissional da Unidade. O processo de construção do referido instrumento deu-se com significativa representatividade do corpo técnico e operacional da UREDIPE, que vivencia no cotidiano as peculiaridades dos atendimentos.

O protocolo está inteiramente pautado de acordo com os princípios da Universalidade e Integralidade do Sistema Único de Saúde/SUS, onde as ações em saúde devem ser integrais e acessíveis à população. Para tanto, é necessário e fundamental a criação de mecanismos que favoreçam a observância desses princípios e viabilizem encaminhamentos resolutivos.

Compreendendo que efetividade e a eficácia da assistência em saúde requerem determinadas condições e providências no âmbito das Instituições prestadoras de serviços especializados. A UREDIPE - Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas Parasitárias Especiais, coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde Pública/SESPA e vinculada ao Primeiro Centro Regional de Proteção Social, tem como missões reduzir a incidência de situações de risco; melhorar a qualidade de vida das pessoas portadoras do HIV/AIDS e suas co-morbidades; oferecer ações de prevenção, diagnóstico, acompanhamento e tratamento e reabilitar o usuário para as atividades da vida diária.

#### **4.8.1 Organização dos serviços da URE-DIPE**

A UREDIPE funciona de segunda à sexta feira, das 07h às 19h, em dois turnos de trabalho, de acordo com os programas oferecidos: Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA; Serviço Ambulatorial Especializado/SAE; Hospital Dia/HD; Atendimento Domiciliar Terapêutico/ADT.

##### **➤ OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DA UREDIPE**

- Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA - Oferece ações de aconselhamento pré e pós-teste. O usuário comparece para a realização do teste anti-HIV, por demanda espontânea ou referenciada. O CTA realizará testes sorológicos anti-HIV (rápidos ou Elisa/LACEN), de segunda às sextas feiras, no horário das 07 às 11 horas e das 13 às 17 horas, as terças feiras, a partir das 13 horas. No intervalo das 11 às 13 horas, o atendimento será para a demanda de urgência e emergência.

- Documentação exigida para testagem e/ou entrega de resultado a adultos e adolescentes: O usuário deverá apresentar um dos seguintes documentos de identificação com foto: RG, CTPS, CNH, Identidade Profissional ou Passaporte atualizado. Caso não apresente nenhum dos documentos acima listados e necessite realizar a testagem, o aconselhador avaliará.

- Segmentos populacionais mais vulneráveis pelo HIV e outras DST's, de acordo com a situação epidemiológica local. Parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS; Acidentes biológicos ocupacionais, para teste no paciente fonte; Violência sexual, para teste no agressor; Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto, particularmente no terceiro trimestre de gestação; Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto; Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional; Pessoas que apresentem diagnóstico estabelecido de tuberculose; Pessoas que apresentem alguma doença sexualmente transmissível; Pessoas que apresentem diagnóstico de hepatites virais; Pessoas com manifestações clínicas, presumivelmente relacionadas à infecção pelo HIV e suas infecções oportunistas, incluindo aquelas clinicamente graves; Idosos a partir de 60 anos; Pré-operatório.

- Condutas em relação a acidente ocupacional ou violência sexual segue o trâmite de solicitação de teste anti-HIV do paciente-fonte, este condicionado a realização de aconselhamento pré e pós-teste, devendo abordar informações sobre a natureza do teste, o significado dos seus resultados e as implicações ou não para a pessoa testada e para o profissional que se acidentou. Orienta-se a utilização de testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV, quando não há possibilidade de

liberação ágil dos resultados dos testes convencionais anti-HIV (Elisa). Um dos principais objetivos é evitar o início ou a manutenção desnecessária do esquema profilático.

- ✓ Recomenda-se até 72 horas: caracterizam-se como situações de emergência, portanto tem prioridade de atendimento no SAE para avaliação médica e introdução, se necessária, de quimioprofilaxia. Posteriormente, o usuário será encaminhado ao CTA para acompanhamento sorológico, através do teste Elisa (0, 3º e 6º mês), não obrigatoriamente no mesmo dia em que foi atendido no SAE. Após 72 horas: a pessoa será apenas atendida no CTA para acompanhamento sorológico (0, 3º, 6º mês), através do teste Elisa, recebendo a informação que deverá vir buscar seu resultado pessoalmente, no período de 20 (vinte) a 25 (vinte e cinco) dias úteis no CTA, pois será impresso, quando de sua procura, pelo Laboratório desta Unidade.

- Serviço Ambulatorial Especializado/SAE - Primeira consulta - o usuário será acolhido por um técnico de nível superior que irá realizar a anamnese, a biossegurança, orientar e encaminhá-lo para a enfermagem (caso o paciente não tenha sido atendido primeiramente por este profissional). O médico solicitará exames de CD4 e Carga Viral, com a observação que a URE-DIPE disponibiliza dois horários para a coleta: às segundas-feiras das 14 às 16 horas; às terças - feiras das 07 às 09 horas. Consultas com a equipe interdisciplinar serão realizadas posteriormente com agendamento, demanda espontânea ou referenciada. Usuário deverá ser avaliado por toda a equipe, com registro da data em ficha de fluxo de atendimento, contida na capa interna do prontuário, anexada pela recepção. E Consultas subsequentes, retornos serão agendados conforme avaliação técnica.

- Hospital Dia/HD - Oferece aos usuários atendimento em situações de urgência, sem ultrapassar mais que 12 horas de internação, através de leitos disponíveis: 05 masculinos; 03 femininos; 02 poltronas e 02 leitos na Sala de Reanimação. A admissão é mediante avaliações médica e de enfermagem, conforme sintomatologia: febre alta; dor forte; dispnéia leve a moderada; diarreia com sinais de desidratação; vômitos; estado geral debilitado, pacientes em uso de anfotericina B e Ganciclovir. Usuários com risco de morte, após avaliação, referenciá-los para Hospital Pronto Socorro Municipal - HPSM. O usuário avaliado no Leito Dia deverá receber atendimento global, incluindo serviço social, fisioterapia, nutrição, e outros conforme demanda.

#### **4.8.2 Atendimento Domiciliar Terapêutico/ADT**

- Oferece assistência domiciliar por equipe multiprofissional. Qualificação técnica; baixa rotatividade dos técnicos, ficando estabelecido rodízio profissional de seis meses podendo haver substituição em

caso de afastamento (férias, licenças, etc.). Promover o aumento da adesão dos usuários ao tratamento, reduzindo a demanda de internação hospitalar. Estabelecer mecanismos de referência e contra-referência com os hospitais, o HD, o SAE e outros serviços ambulatoriais. Estimular o papel do “cuidador” na família e reforçar os vínculos de amigos na assistência e convivência com usuários HIV/AIDS. Aperfeiçoar os recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária. Critérios de admissão: estar matriculado na UREDIPE, ser portador do HIV/AIDS, referenciado ou por demanda espontânea. Área de abrangência: residir na grande Belém, dentro do limite máximo de 30 km distante da Unidade de referência. Residir em local que favoreça o deslocamento da equipe, segurança e retorno em tempo hábil. Apresentar alguma infecção oportunista ou limitação que o impeça de comparecer ao SAE. Consentimento do usuário e familiares para atendimento em domicílio. O carro do ADT só poderá ser utilizado por profissionais desta equipe para fins de visita e/ou atendimento domiciliar, não podendo ser utilizado para transporte de pacientes.

#### ✓ **Funcionamento do ADT atualmente**

O ADT funciona nos dois turnos. Em ambos horários com equipe multiprofissional distinta. Sendo que o motorista tem tempo integral, cobrindo manhã e tarde. O carro é um Fiat Doblò que comporta 07 passageiros, veículo exclusivo para o ADT. Dentro da estrutura da UREDIPE, o ADT possui um espaço apropriado, com mesas cadeiras, armários e arquivo para guarda dos prontuários. Quando as pessoas são admitidas no ADT, abre-se um prontuário específico para este fim, mantendo a mesma ordem numérica do prontuário do SAE. À medida que se vão transcorrendo as situações, de ordem clínica ou não, aquilo que é digno de nota também poderá ser registrados nos dois prontuários. Facilitando obter o conjunto de informações para os demais profissionais que o atendem fora do espaço do ADT, esteja esta pessoa no ADT ou já tenha obtido alta do referido serviço.

O curso do serviço segue com estratégias para a integração e funcionamento interdisciplinar da equipe e desta, em determinadas situações com os demais setores da UREDIPE. Mantendo-se reuniões regulares com todos os profissionais em cada turno, habitualmente semanal onde são discutidos casos clínicos, demandas, encaminhamentos e estabelecido agendas de atenção individualizada respeitando o conjunto de suas necessidades de assistência. As equipes atualmente assistem oito pessoas no primeiro turno e cinco no horário seguinte. Todas elas contam com algum membro de sua família ou amigo no papel de cuidador. Há um infectologista, que não é específico do ADT, por que atende cotidianamente no SAE, mas que inclui a consulta médica no domicílio e os assiste conforme agenda proposta pela equipe.

Todas as visitas domiciliares são registradas num livro de capa dura. Entra data, número do prontuário, nome da pessoa assistida, número do Cartão SUS, data de nascimento, nome dos profissionais que realizaram as visitas/procedimentos. Do que é disponibilizado de insumos (fralda descartável, luvas de procedimento, material para curativo, etc.) no ato das visitas domiciliares, quantidade e espécie, estes são registrados em outro livro igualmente de capa dura. Há mais dois livros deste tipo, um destinado para registro das ordens e ocorrências, recados, informações sobre o serviço, o que mantém as equipes cientes do ocorrido entre os turnos, e outro para registro das atas de reuniões. Os registros nos livros como um todo facilita também na confecção dos relatórios e balanço das atividades ocorridas ano a ano.

Dependendo das agendas e necessidades, semanalmente ou mensalmente são realizadas pelas duas equipes, atividades como: procedimentos terapêuticos, acompanhamento e cuidados de enfermagem, fisioterapia, controle e orientações nutricionais, acompanhamento psicológico e social, exames. A presença da equipe no domicílio e a importância do diagnóstico terapêutico ora levantado visa estabelecer plano de cuidados efetivo que considere os aspectos biopsicofisiológicos, emocionais e sociais que repercute na sua qualidade de vida. Daquilo que não pode ser assistido pelo ADT, mediante contato prévio, as demandas que surgem são conectadas com a rede de referência e contra-referência e demais serviços do SUS para onde são encaminhados: hospitais, Hospital-Dia (HD) da UREDIPE, Serviços de Assistência Especializada (SAE) da UREDIPE, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF), Casas de apoio, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 Categorias**

As falas foram enquadradas de forma que pudessem permitir um processo de leitura panorâmica no primeiro momento, detendo-se nos detalhes mais aprofundadamente, congregando assim a leitura flutuante tendo como referência a questão de pesquisa para identificar as falas significantes mediante verificação se as mesmas correspondiam à questão e ao objetivo, (conforme exemplo do quadro 05), dentre os demais quadros contendo as transcrições destaca-se E5 para efeito ilustrativo.

TRANSCRIÇÃO DE DADOS DE E5	FALAS SIGNIFICANTES	UNIDADES DE SIGNIFICADOS
<p>Meu diagnóstico foi em setembro de 1997. Fui admitido no ADT em 23/06/2015. Eu vejo como uma coisa muito importante, numa situação dessa difícil, delicada. É algo muito importante, é muito válido receber as pessoas do ADT né? Que elas compartilham também com as nossas situações, dificuldades, e não só dificuldades de doença, mas algo mais também que é necessário, então eu acho muito importante nunca deixar de ter este tipo de serviço, ao contrário, aumentar mais o número de pessoas pra atendimento, porque a necessidade é muito grande e a tendência daqui pra frente, não é que a gente quer mais a tendência é aumentar a quantidade do número de pessoas, por que isso é normal. Facilidade é a locomotividade das pessoas, elas não tem como se levantar muitas das vezes, dificuldades, ou se sentar, não pode ficar muito tempo em pé ou muito tempo sentado e a ADT vai dando instruções de certos tipos de exercício, de como se fazer, de como se proceder no dia a dia e após a cada semana de atendimento vai se mudando a quantidade de serviço, mudando pra outros tipos de atividade, que isso, só tem a tendência é ganhar, o paciente nesta situação é ter um grande desenvolvimento né? Pra que ele volte a ser um cidadão normal e tudo. Também é importante pra essa situação. Quantidade de pessoas pra atender porque não dá pra cobrir a cidade toda de pé, o tempo é curto, um é num bairro e outro é em outro, o percurso, o engarrafamento. Aumentar o número de pessoas pra atendimento. As pessoas mais elevadas, que tem seu cargo superior que pudesse conversar com as autoridades ou alguém mais competente que pudesse abrir mais espaço pra melhorar o atendimento para o paciente.</p>	<p>Diagnóstico foi em setembro de 1997 (E5)</p> <p>Fui admitido no ADT em 23/06/2015 (E5)</p> <p>Vejo como uma coisa muito importante, numa situação dessa difícil, delicada. É algo muito importante, é muito válido receber as pessoas do ADT né? (E5)</p> <p>Compartilham também com as nossas situações, dificuldades, e não só dificuldades de doença, mas algo mais também que é necessário, então eu acho muito importante nunca deixar de ter este tipo de serviço, ao contrário, aumentar mais o número de pessoas pra atendimento (E5)</p> <p>A necessidade é muito grande e a tendência daqui pra frente, não é que a gente quer mais a tendência é aumentar a quantidade do número de pessoas, por que isso é normal (E5)</p> <p>Locomotividade das pessoas, elas não tem como se levantar muitas das vezes, dificuldades, ou se sentar, não pode ficar muito tempo em pé ou muito tempo sentado e a ADT vai dando instruções de certos tipos de exercício, de como se fazer, de como se proceder no dia a dia e após a cada semana de atendimento vai se mudando a quantidade de serviço, mudando pra outros tipos de atividade, que isso, só tem a tendência é ganhar (E5)</p> <p>O paciente nesta situação é ter um grande desenvolvimento né? Pra que ele volte a ser um cidadão normal e tudo (E5)</p> <p>Importante pra essa situação. Quantidade de pessoas pra atender porque não dá pra cobrir a cidade toda de pé, o tempo é curto, um é num bairro e outro é em outro, o percurso, o engarrafamento (E5)</p> <p>Aumentar o número de pessoas pra atendimento. As pessoas mais elevadas, que tem seu cargo superior que pudesse conversar com as autoridades ou alguém mais competente que pudesse abrir mais espaço pra melhorar o atendimento para o paciente (E5)</p>	<p>} Diagnostico para HIV</p> <p>} Admissão no ADT</p> <p>} Satisfação com a assistência domiciliar</p> <p>} Satisfação com a assistência domiciliar</p> <p>} Necessidade de pessoal</p> <p>} Procedimentos executados pelo ADT</p> <p>} Perspectiva de melhora do quadro clínico</p> <p>} Deslocamento da equipe</p> <p>} Gestão administrativa</p>

**QUADRO 5** – Exemplo de procedimento de análise dos dados de E5

Na sequencia de exploração do material constituiu-se a unidade de significado correspondente às falas significantes consolidando núcleos (conforme exemplo do quadro 6), desencadeando a próxima fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, partindo conjuntamente das falas significantes e do núcleo de significado, perfazendo análise por semelhança, sendo agrupado os

núcleos com significados no total de 48 similares, constituindo-se as subcategorias, categorias e por fim a inferência da categoria central. Com isso em andamento as unidades de registro foram agrupadas em três categorias: Convivendo com HIV: antes, durante e agora; Cuidando da gente em casa: Assistência Domiciliar Terapêutica e Garantindo atenção integral às necessidades de saúde.

NÚCLEOS DE SIGNIFICADOS	(SUBCATEGORIAS)	CATEGORIA
<p>Transcorrendo do serviço ao domicílio: tratamento em curso, agravamentos, limitações e necessidades expandidas</p>	<p><b>Admissão no ADT atenção facilitada</b>            Vocês vêm aqui, quando não vem toda semana, mas vem por mês, tirar o sangue, tirar minha pressão, medir a glicose ... Tem facilitado porque vocês vêm aqui né? ... Mas vocês vêm aqui, facilita muito ... Se vocês não viessem eu ia ter que ir lá tirar o sangue né, pegar esse ônibus cheio, mas vocês já facilitam porque vem aqui em casa (E1)            Vocês viram aqui em casa, me atender em casa, que eu não posso andar, não posso ir lá, falta de locumulação, então vocês tão vindo aqui, é bom pra mim (E2)            Preciso, devido minha dificuldade de tá indo lá fazer as consultas, vocês tão vindo aqui colher o meu sangue pra fazer o exame (E2)            Fui admitido no ADT em 23/06/2015 (E5)            Recebi o ADT recentemente, em setembro (E7)            Muito bom. O atendimento no meu lar é melhor que na UREDIPE, né? (E8)</p> <p><b>Satisfação com a Assistência Domiciliar</b>            Se precisa levar pra algum canto a ADT me leva, se é preciso me trazer me trás, e pra mim tá bom. Graças a Deus, né? ... Tá me atendendo bem. Não tenho do que me queixar. Não enxergo, só vejo vulto às vezes. Agora não vejo nada, só sei onde vocês tão, porque tão falando comigo (E1)            Comigo ta sendo muito bom, desde quando eu saí do hospital vocês tão me acompanhando (E2)            Ótimo atendimento, porque eu tava muito abatida. Eu pensei não me recuperar e hoje eu sou uma pessoa recuperada através deste serviço ... Enfermeiras vim na minha casa participar do problema junto comigo, me acolher. Eu só tenho a agradecer ... Elas vêm aqui, eu falo o que preciso elas me acolhe e conversam muito comigo. Um ponto que eu cheguei, eu esperava não chegar e cheguei (E3)            O atendimento é bom, não me queixo de nada não, me tratam bem ... Tá tudo bem, não tem dificuldade nenhuma (E4)            Vejo como uma coisa muito importante, numa situação dessa difícil, delicada. É algo muito importante, é muito válido receber as pessoas do ADT né? ... Compartilham também com as nossas situações, dificuldades, e não só dificuldades de doença, mas algo mais também que é necessário, então eu acho muito importante nunca deixar de ter este tipo de serviço, ao contrário, aumentar mais o número de pessoas pra atendimento (E5)            Bom porque tratam bem a gente ...Tão fazendo legal, a expectativa são alcançadas (E6)            Não podia sair de casa sozinha, a equipe vir aqui em casa é muito bom (E7)            Em casa eles tão vindo, eles atende melhor, dão atenção, achei bacana, eles são mesmo..., eles tão atendendo com amor no trabalho deles, né?... Aqui é muito distante de Belém, pra cá pra Outeiro é muito longe, então achei bacana esta parte né? Elas venham com muita vontade, chegam de tarde aí no sol, não reclamam, acho legal o trabalho de cada uma ... Fiquei muito acamada né? Fiquei mais e mais assim. Elas passam coragem pra mim ... Facilitam no bolso né? A gente já faz economia, já troca a sonda, traz fralda descartável. Facilitou bastante (E8)</p>	<p>CATEGORIA 2 - Cuidando da gente em casa:            Assistência Domiciliar Terapêutica</p>
<p>Revelando satisfação dos cuidados em casa: tratamento clínico ADT presente</p>	<p><b>Equipe e procedimentos do ADT</b>            Venham aqui, colhe meu sangue, trás fralda, que eu não posso ir lá (E4)            Locomotividade das pessoas, elas não tem como se levantar muitas das vezes, dificuldades, ou se sentar, não pode ficar muito tempo em pé ou muito tempo sentado e a ADT vai dando instruções de certos tipos de exercício, de como se fazer, de como se proceder no dia a dia e após a cada semana de atendimento vai se mudando a quantidade de serviço, mudando pra outros tipos de atividade, que isso, só tem a tendência é ganhar (E5)            Não vejo nenhuma dificuldade, até agora não. Me orientam, faz curativo, fisioterapia (E6)            Tem bastante gente, fisioterapeuta, assistente social, enfermeira (E7)            O trabalho de dente, a fisioterapeuta, a fono já vieram aqui, também aquela que dá alimento, a nutricionista, então achei beleza, todas elas já vieram aqui, são paciente comigo, achei legal ... Tem também a enfermeira que troca a minha sonda, que já foi já, que nós gastava 50 reais, aí já diminuiu, porque ela vem todo mês trocar a minha sonda, nem mede distancia, tá vindo trocar, então acho bacana ... A sonda que vai pela vagina, colocada na uretra, né? Agradeço. Depois que a enfermeira veio aqui pra tá trocando né? Diminuiu mais o tempo porque quando a gente pagava pro enfermeiro às vezes durava 15 dias e às vezes nem 15 dias durava né? ... E aí quando as enfermeiras vieram me visitar elas falaram pra ter mais cuidado da sonda, pra fechar a boquinha, pra não entrar bichinho que vinha pra minha uretra né? Por que não chegava nem chegava nem 15 dias e já tinha que trocar, me dava febre ... Elas vem aqui né? Agora dura quase um mês, não tenho febre nem nada, e aí elas me deram essa orientação, cuidado com a sonda pra não ficar arrastando no chão, não ficar encostando no chão (E8)</p>	

**Quadro 6** – Exemplo de procedimentos de análise por semelhança de núcleo de significados com emergência de subcategorias e categorias

A Figura 2 sintetiza as relações feitas durante a análise, conduzindo-se dentro do foco de conhecer a percepção dos usuários que vivem com HIV/AIDS sobre a integralidade da assistência no domicílio e de sua relação com o Sistema Único de Saúde.

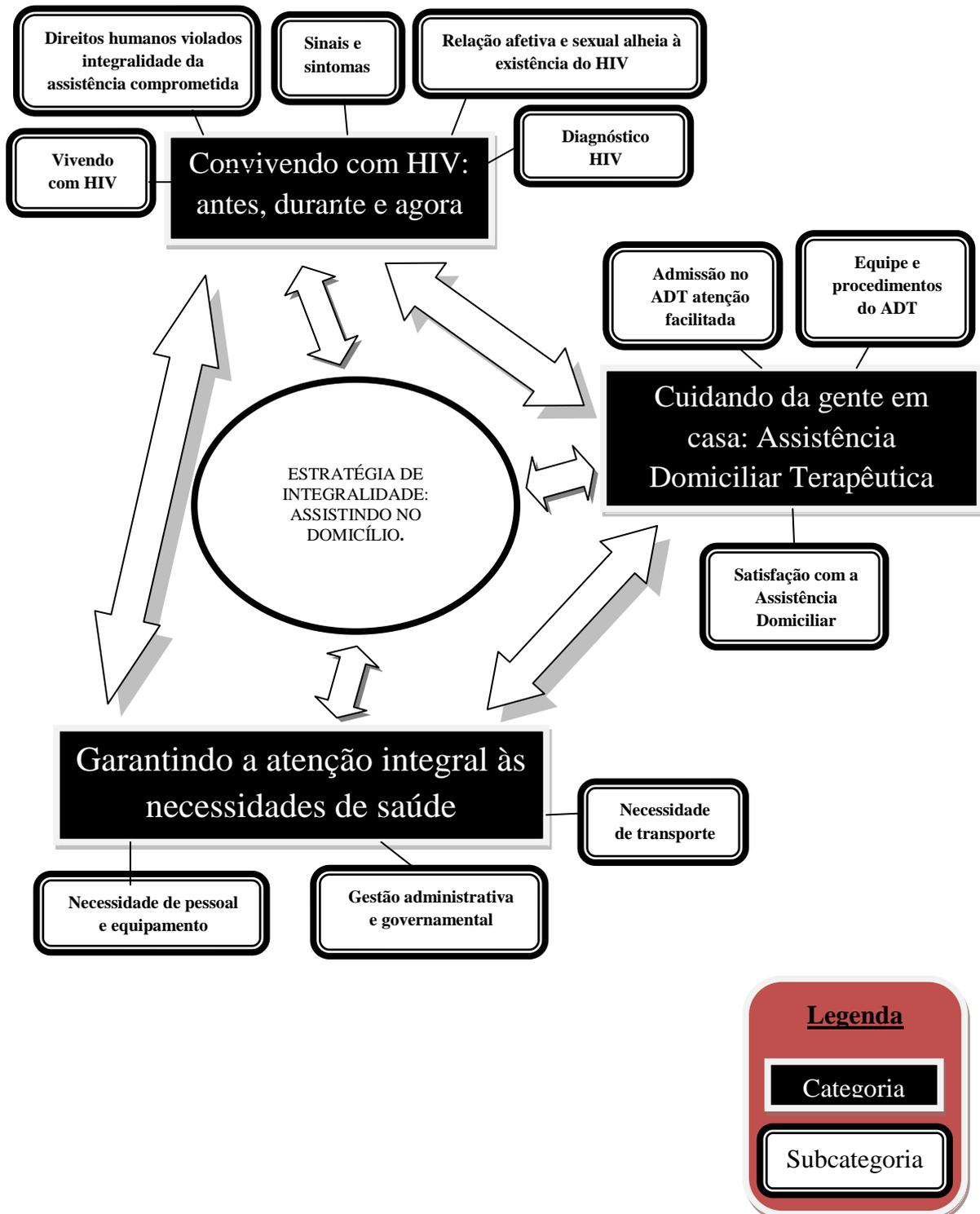


Figura 2: Categorias e suas inter-relações na construção da Categoria central

### **5.3.1 Convivendo com HIV: antes, durante e agora**

Do que aconteceu, que se veio adoecendo, implicando em agravos, violações e descaminhos precedidos ao diagnóstico para o HIV. Rememórias. Do relacionamento entre afeto e conflitos alheios à infecção pelo HIV. Do tempo presente, da vivência com HIV mergulhado em descobertas, esperanças, negação, sequelas.

#### **5.3.1.1 Sinais e sintomas**

Das pessoas vivendo com HIV, todas elas compondo esta pesquisa, muito de suas falas revelam que dos abalos decorridos de adoecimentos, de algo que vinha incomodando do problema de saúde já instalado, das hospitalizações inclusive, são percalços que pouco a pouco vão desnudando dos sinais e sintomas uma realidade mais concreta sobre o que estava por vir. As pessoas entrevistadas, das que foram mais além nas informações a seu respeito ao falar de si, de suas vidas no contexto do processo de morbidade para o HIV, por vezes revelam sua trajetória em cenário cheio de dúvidas quanto ao motivo para as manifestações que ora lhes acometiam.

Aos tratamentos seguidos que não correspondiam em melhoramento aos momentos mórbidos, sofrimento avançando dado às intercorrências persistentes questionamentos foram feitos. Pontualmente emerge numa interlocução empoderada de uma usuária para o doutor. Na fala de E1, por exemplo, é tocante a persistência em querer saber o que realmente estava se passando consigo, por ordem das circunstâncias inquiria o porquê de tantos desmaios, somando-se às manchas que se emplacavam pelo seu corpo. Para E1 aquele lugar onde recebia acompanhamento para tratamento da pressão e glicose como ela mesma diz, no hospital de clínica onde já estava por três anos, reforça, este não dava respostas aos seus problemas de adoecimento como um todo.

Para a situação de E1, conforme revela, necessitava de um ‘canto’ para esclarecer que qualidade de anemia era aquela que lhe provocava tantos desmaios. Retrata minúcias do encadeamento que se deu para desvendar provocações de distúrbios severos, antes já em acompanhamento numa unidade hospitalar/ambulatório. Diante do que se configurava, suscita ser o doutor mais ‘burro’ do que ela uma vez que ora levantava o problema em cheque ser advindo da ‘pressão’, ora da diabetes ou ora provocado pela anemia, sem acertos na intervenção medicamentosa, segundo constata, e ao mesmo tempo não encaminhava para outro estabelecimento para prosseguir investigação nosológica.

Passei três anos no hospital de clínica me tratando de pressão e de glicose [...] Aí começou a sair mancha no meu corpo, né? [...] Foi quando tive um desmaio lá, no hospital de clínica, aí ele disse que isso era da anemia que tá muito alta [...] Eu disse mais doutor o senhor não passou remédio pra mim pra anemia? Mas não deu certo vou passar outro, aí passou outro, quando eu cheguei, foi no ponto de ônibus eu desmaiei de novo [...] Quando eu fui me consultar eu perguntei pra ele, doutor não tem assim um canto que eu faça um exame de sangue melhor pra ver que qualidade essa de anemia que eu tenho que só vivo desmaiando? [...] [...] O médico era mais burro de que eu [...] Uma hora ele dizia que era da diabete, outra da pressão, ora da diabete, outra da pressão, ah, da anemia também (E1)

Outras situações igualmente sinalizadas e que meio que mascaravam diagnósticos mais precisos suscitaram-se através das falas de E3 e E4. Entre sinais e sintomas, com problemas clínicos manifestos, do dermatológico evidenciou-se um quadro de hanseníase (multibacilar) e mais adiante se desencadeando gravemente um acidente vascular cerebral. E também adoecimentos prévios seguido de impedimentos dinâmicos e posturais para marcha e para se sentar resultando em hospitalização.

Soube através de uma doença (hanseníase) que eu soube primeiro [...] Além deste problema eu tive um AVC (E3) [...] Fiquei muito doente, não andava, não sentava nadinha, fiquei internada (E4)

### **5.3.1.2 Direitos humanos violados integralidade da assistência comprometida**

Dentre o desenrolar dos passos percorridos até a chegada a uma resposta que correspondesse satisfatoriamente aos problemas instalados manifestados pelos sinais e sintomas que persistiam e desencadeavam outras problemáticas preocupantes do ponto de vista do estado de higidez, caminhos, obstáculos e desencontros se perpetraram conforme presença emergente na narrativa de E1. Dos aspectos e perspectivas, do acolhimento em foco e demais seguimentos tomados na fala de E1, esta que já revelara que vinha sendo assistida no adoecimento crônico para hipertensão e diabetes melitus e mais ainda de um quadro de anemia que lhe acompanhou penosamente por um período considerável, segue dimensionando fatos de estrita violação dos direitos humanos.

Dos seus questionamentos e pedidos para tratar-se em outro ‘canto’, do que vem de sua entrevista, esta revela que retornou mês a mês ao serviço de origem quando do trato com sua guia de encaminhamento. Presenciando consecutivamente perdas e pouco caso dado para sua guia de consulta especializada. Do que fala E1 sobre isto diz que só chegou ao outro serviço por que levou o encaminhamento em mãos. E que lá chegando encontrou resistência por parte da profissional que a atendeu. Dado o contexto que se encena pode-se dizer que foi ‘salva’ por mais um desmaio, quando então teve a razão para sua investigação hematológica concretizada.

Ele disse tem no Hemopa. Eu disse, o senhor podia mandar? Ele disse, vá deixe lá no prontuário [...] Pegou um papel escreveu, vá deixe lá no prontuário que eles mandam. [...] Ele foi e me deu. Já que eu não sabia pra onde ficava Hemopa, mas quem tem boca vai a Roma, né? Aí eu fui perguntando, fui com a minha neta, essa que está em São Paulo [...] Fui perguntar, elas não sabiam aonde tinham colocado [...] Ele me deu outro, aí eu levei pra elas, conclusão, elas tornaram a não mandar por que elas não sabiam ... Eu disse, o senhor não podia me dar um pra mim ir lá mesmo, eu? [...] Quando eu cheguei lá a assistente social não queria pegar. Só se fosse encaminhado mesmo de lá, aí que quando que ela disse que não, que era pra mim voltar. Lá eu desmaiei, a bicha parece que tava tão forte que eu desmaiei, aí foi que ela mandou, pegou e mandou fazer o exame [...] Quando ela marcou o resultado a minha neta tinha ido embora, aí eu fui com a **Cristina** e a **Lene** buscar [...] Chegou lá, me deitei lá, na cama que ela mandou e as duas ficaram sentadas assim, ela já estava com o resultado, aí ela tirou minha pressão, tudo [...] Perguntou pra mim se eu tinha marido, eu disse que não, que ele tinha ido embora pra Paragominas e não tinha voltado mais, aí ela foi e disse, a senhora vive com alguém, eu também disse que não (E1)

Suscitado a estrada por onde andou que mediante a conjuntura de afetações, adoecimentos e sofrimentos vêm sobremaneira de encontro às necessárias dimensões da integralidade em saúde. Continuamente do que se tem emergido na fala de E1, a integralidade no âmbito do sistema evoca uma dimensão estrutural que abarca as diversas instituições de saúde dentro da sociedade. Sendo vital se pensar nos diferentes níveis de atenção do sistema, que devem estar estruturados de modo a integrar ações assistenciais e preventivas, superando a tradicional fragmentação (GERHARDT, 2015; MOTA, 2015).

No âmbito dos caminhos percorridos, do que se observa na fala de E1, esta põe em destaque elementos passíveis de serem analisados do ponto de vista da violação de direito à luz do que se propõe a nova ordem da política pública nacional estabelecida através do Sistema Único de Saúde. Não fosse sua atitude emponderada, ao sinalizar as coordenadas ao profissional doutor e posicionamento afirmativo ao levar em mãos o encaminhamento, por tantas vezes perdidos, caracterizando em certa medida violência institucional, conforme explicitação em determinados pontos de sua fala, quando teria o desfecho para o lhe provocava os sucessivos desmaios?

E ainda além do descaso dado aos encaminhamentos dentro da instituição, pelo que consta, o profissional doutor não manifestou iniciativas para intervir e fazer fluir o fluxo em rede, pois do que é possível abstrair da fala de E1 por três vezes o mesmo preencheu novo encaminhamento. De posse do encaminhamento em suas próprias mãos, E1 chega ao serviço especializado, tem no

primeiro momento uma interpelação negativa dado pela profissional que a recepciona no que tange à sua chegada, ao que se constata nesta narrativa, a profissional ora citada também estava alheia aos motivos que levaram E1 chegar desta forma em sua instituição.

Então dialogando com a literatura, do que regata Maciel (2005) trazendo do campo da saúde mental e expandindo para todos os campos onde se manifesta o trabalho em saúde, pondera-se a vital necessidade de se perceber como um pequeno gestor do seu fazer terapêutico, este que em muito se dá num universo panorâmico e político intrinsecamente voltado para a integralidade. Assim sendo é compreendido fundamentalmente que o trabalhador de saúde entenda minimamente das leis que regulamentam seu campo de atuação, já que isso o fará descobrir que não se trata meramente de acumular informações jurídicas, não só isso, há de se perceber como um pequeno gestor do seu fazer terapêutico, no sentido de saber com o quê e com quem ele poderá contar na rede e no campo da gestão pública em saúde, e acima de tudo bem como quais são os direitos dos usuários de um serviço e o que os serviços podem e devem fazer por eles.

Deste entrevero com a literatura, do que vem sendo firmado dos direitos humanos aqui postados, como por bem e oportunamente elucidada Maciel (2005) a discussão da política e seus elementos contextuais bem diz:

... quando chega alguém em nossos serviços é sempre alguém marcado por instâncias culturais, religiosas, familiares, simbólicas. Por conseguinte ouvir um usuário é ouvir sua história e se, trabalhamos com a idéia da (re)inserção, como grafada no texto, essa história se torna mais especial ainda. Ouvir suas histórias é permitir que esses usuários possam (re)inventá-las, lidando com os estigmas, com a vida comunitária-familiar, ou seja, lidando com o político numa leitura mais ampla. Estaremos assim, nos aproximando do conceito de integralidade, Mattos<sup>4</sup>, já que cuidar de alguém é entender a complexidade de sua vida, e os dispositivos de saúde não devem fragmentar existências, principalmente daqueles que sofrem (MACIEL, 2005, p. online).

Assim sendo, do que emerge na fala de E1 quanto às violações de direitos, em contraponto com o que vêm da literatura, correlacionam-se interrogações: “mas o que dizer do sofrimento e da dor que batem à porta dos serviços de saúde?” O que segundo Biscarde e Trad (2015) sequenciando interrogação enfatiza: “Neste contexto, além dos preceitos legais (...) e organizacionais que regulam as atribuições destes espaços institucionais, há ainda um imperativo ético que não permite uma reação que se limite ao testemunho.” Vencendo destrato e violações espera-se que haja um acolhimento o qual se estabelece a partir da escuta, mas que deve avançar na direção de uma resposta as demandas trazidas pelos usuários.

O ensaio de Iglesias e Dalbello-Araujo (2011) reúne vários estudos que ajudam a refletir o que se enseja na fala de E1. Partindo das concepções sobre promoção da saúde, do que dita dos achados em sua pesquisa no âmbito dos serviços sobre consequências das presentes “intenções de penetrar a totalidade da vida humana com prescrições técnico-científicas”. Onde se é tomado como aqueles que devem acatar prescrições, independente das realidades, das relações que constroem cotidianamente, de sua história.

Com esta idealização comportam representação congelada do que seja o usuário. Representação esta que pode levar a uma relação de subserviência, de exclusão dos sujeitos pela não escuta de suas histórias e de suas vivências. Pois tratam como um ser humano idealizado, detentor de condições mínimas para uma sobrevivência com dignidade (IGLESIAS e DALBELLO-ARAÚJO, 2011). E1 de certa forma se contrapõe a esta visão.

### **5.3.1.3 Relação afetiva e sexual alheia á existência do HIV**

No contexto do processo de morbidade para o HIV, das dúvidas quanto aos problemas que ora se manifestavam, das evidencias sinalizadas, mecanismos para esclarecimentos sobre as ocorrências clínicas compondo um consolidado de desafios enfrentados junto aos profissionais e serviços conforme rito e testemunhos aflorados numa das falas. Uma vez vencido obstáculos, ao resultado surpreendente proveniente de um exame hematológico, o que antes se apontava possivelmente de menor gravidade toma outra direção. Isto a partir do serviço que num primeiro momento se negara a realizar os procedimentos investigativos por que a chegada da usuária supõe-se não se dera conforme os trâmites entre os níveis de assistência.

Para E1 aquele resultado fora da sua ordem de expectativa de vida, antes tomados pela diabetes, hipertensão e a persistente anemia lhe transporta para sua relação afetiva. Do que lhe diz a doutora, imediatamente faz a correlação ao que se passou outrora. Pois conheceu uma pessoa em outro estado quando lá esteve para visitar seus filhos. Nas investidas amorosas que lá se sucederam não houve correspondência de sua parte. Após retorno para sua cidade de residência fixa, o insistente pretendente veio atrás e se torna seu parceiro, ao que tudo indica, numa relação afetiva sexual consentida.

Quando a doutora disse isso, aí eu disse logo que era dele né? [...] Eu sei, era um cara que vivia em São Paulo. Nós chegamos lá, ele vivia com a mãe, irmã dele, irmão [...] Queria se juntar comigo e os meninos, eu disse não, eu não quero saber de homem, eu já to escabreada, não quero mais não, eu já tive dois comigo e não deu certo e eu quero ficar só com os meus filhos, tá muito bem, mas ele ficou o tempo todo me perturbando [...] Viemos embora de São Paulo [...] A gente deu endereço pra

eles quando eles quisessem vim passear pra cá, aí eu disse, isso que eu fico, o traste nunca tinha vindo pra cá pra Belém [...] Viemos em julho, quando foi em dezembro, eu tinha tomado um banho, eu tava toda prontinha, sentada, eu tava me pentiando, quando eu escutei na casa da minha filha bem do lado, não é aí adiante, é essa aí do lado, aí eu fui metendo a cara, era ele, com uma mala, maleta, quando vi [...] Vim passar uns dias aqui com vocês, aí eu disse entra, entrou. Eu fui chamar pai, o meu filho que tava lá dentro, esse que morreu agora, vai, ele falou tudo, aí pronto, foi e ficou, aí ele disse que tinha vindo pra ficar comigo [...] Irmão dele ia mandar um dinheiro que era pra alugar um canto, se a casa que eu morasse fosse pequena que era pra alugar assim tipo um compartimento que era pra fazer uma oficina né? Faziam umas baterias deste tamanho assim, essa bateria tinha tudo quanto é de instrumento, era só ligar na caixa, numa caixa grande que tocava (E1)

Diante daquele resultado, ao rememorar E1 aponta a possível fonte da infecção. Porém incrédula a essa possibilidade visto que o parceiro sexual não apresentava pista alguma de que pudesse estar portador do HIV. Relata que o mesmo era maduro, apresentável e sem sinais de adoecimento, tampouco tomava remédios. Embora fosse trabalhador, bom de serviço, segundo enfatiza, fazia uso abusivo de bebida alcoólica, fato que motivou E1 romper relacionamento. O mandou embora. Cuidou de suas coisas e providenciou para que voltasse para seu estado. Soubera de sua morte por pneumonia pouco tempo depois, por cartas. Em meio e após os acontecimentos E1 seguira trabalhando fora e dentro de casa.

Parece que foi só uma relação, uma relação só que a gente teve, foi bastante, mas eu não sabia né? [...] Tinha 48 anos, era forte, alto, mas ele não tinha nada, nada no corpo, nenhuma mancha, não tinha nada [...] Depois de três meses que ele foi embora escreveram pra mim que ele tinha morrido, de pneumonia [...] Ele não tinha nada, nada, nada, nem remédio ela tomava [...] Mas quantos tempos. Ainda trabalhei, passei três anos trabalhando, eu trabalhava na Maréx em 3 casas quando eu cheguei, e nunca que eu ia saber que eu tinha [...] Ajeitei a roupa dele tudinho no outro dia, me levantei cedo, não fui trabalhar, fiz tudinho, comida, quando foi 05:30, 05:00 horas, ele ia viajar de noite [...] Era muito legal, não encarava serviço, a senhora podia mandar ele fazer o que fosse, podia contar que ele fazia, mas tinha um vício péssimo, era beber [...] Fazia um serviço, ele pegava o dinheiro, ele dizia toma, esse tu compra as coisas que falta, esse aqui eu vou tomar uma cervejinha. Dessa cervejinha ele ficava no bar até de noite [...] Remédio que ele tomava era cerveja, porque se ele tomasse ao menos assim o remédio aí eu via, né, mais não, ele não tomava não [...] Não vai dar certo, porque de repente aqui o povo tão matando brincando, de repente matam este troço lá vai a culpa pra minha costa [...] Irmão dele ligou dizendo que ia mandar o dinheiro, mandar o papel pra ele pegar o dinheiro lá quando o correio trouxe [...] Foi lá no aeroporto, não tava. Aí eu disse vai lá no entroncamento, eu não, vai perguntando, tu não veio pra cá, aí ele foi, tem uma coisa, se o **Josafá** mandar o dinheiro e tu pegar, do correio mesmo tu vai lá na estação e compra tua passagem e tu vai embora. Vai embora sim, tu vai embora. Comprou a passagem. Josafá mandou o dinheiro, 400 reais, na época 400 cruzeiros, aí mandou, aí ele foi lá no terminal, comprou a passagem pra embarcar no outro dia [...] Mandeí o pai deixar ele lá no terminal, podia ser que ele não fosse né. Aí ele foi embora (E1)

As evidências contidas na fala de E1, quando relata da sua situação do relacionamento afetivo sexual com um parceiro livre de qualquer sinal de que pudesse estar doente, isto é, portador do HIV, mas que ao tomar conta da sua própria condição de soropositiva para o HIV, retoma do seu

relacionamento como este dito parceiro. Então, não se tratando aqui de uma relação afetiva/sexual com sorodiscordante (evento em que um dos parceiros é soronegativo para o HIV), então das reflexões imperativas que tomam estas linhas interpõe-se a interlocução com o estudo de Reis e Gir (2010) em que se dá, sobretudo pela abordagem dispensada para a afetividade e sexualidade no contexto da vivência com o HIV.

O estudo destas autoras, conforme situam no tocante à prática de relações sexuais em contextos de relações afetivas, neste quadro que ora se apresenta propriamente o da vivência da sexualidade orientada pela fala de E1 e da reflexão que assim se faz seguir, estas a projetam numa conceituação diversificada, associando-a aos hábitos, costumes, significados e atitudes; numa relação com a história pessoal de cada indivíduo, constituindo-se em aspecto inerente a todo ser humano. Contribuem dizendo que a sexualidade é como a energia que impulsiona o ser humano não apenas para a reprodução, mas para a obtenção do prazer, do amor e do erotismo. Manifestada em todas as fases da vida de um ser humano. Considerando que a sexualidade é uma dimensão relevante na vida humana, estando as relações sexuais ligadas não só à reprodução, mas também à afetividade de cada um, portanto é fundamental compreender a sexualidade de portadores do HIV/AIDS com vistas à promoção da assistência à saúde adequada e humanizada, quebrando o paradigma do modelo biomédico de atenção à saúde que enfoca principalmente os aspectos biológicos para o cuidar.

#### **5.3.1.4 Diagnóstico para HIV**

Chegar ao diagnóstico para o HIV mediante um quadro sintomático que se imprimia alheio ao que realmente o desencadeava. No processo da descoberta, tempo transcorrido, transpor barreiras das estruturas dos serviços por vezes exigiu muita determinação pessoal. No primeiro momento atitude reativa em estado de negação, seguido de reconfirmação do diagnóstico. Diante da informação precisa o passo seguinte entra logo em tratamento específico. Também houve situação em que o estado prévio de adoecimento não estava em tela, pois a descoberta se dera quando de exames de rotina para o pré-natal no serviço que é garantido em todas as instancias da atenção primária da saúde.

Disse pra meninas, eu escutei ela dizer, ela tá com AIDS, aí eu dei um pulo, aí ela ainda disse assim, mais não digam pra ela. Não deixa ela saber [...] Não diga o que doutora, se a senhora disse eu já ouvi [...] Eu disse tô com AIDS? Ela disse tá. De quem peguei AIDS, não, a senhora se enganou eu disse, se enganou, se enganou [...] Fui de novo fazer outro exame, aí deu positivo de novo (E1). Descobri em março e comecei o tratamento em junho [...] Com três meses que foi descoberto, porque eu fiz

logo os exames aí deu tudo certo, deu positivo de novo, aí eu continuei o tratamento (E3). Diagnóstico foi em setembro de 1997 (E5). Descobri no pré-natal (E7)

Do que se interpõe ao se ter um resultado confirmatório par o HIV, bem dizendo o que se tem de amparo embasatório na literatura reunida neste estudo. Machado (2007) e Souza (2010) denotam que a partir da criação do Sistema Único de Saúde como um processo social e político requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural, de dimensão ideológica, alicerçado numa concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade. Onde aspirações de ser, estar e viver dignamente consolida uma nova forma de construir políticas públicas no Brasil diante de eventos de saúde coletiva. Incluído a política nacional de AIDS, que favorece condicional influencia na estruturação de respostas oficiais aos problemas emergentes e reincidentes de saúde pública.

Em vias dos direitos sexuais e reprodutivos incrustados na fala de E7, por recomendação do Ministério da Saúde e o que vem sendo desenvolvida nos serviços de saúde, a testagem para o HIV é realizada na 1ª consulta do pré-natal ou 1º trimestre e 3º trimestre da gestação e no caso de gestantes que não tiveram acesso ao pré-natal, o diagnóstico pode ocorrer no momento do parto, na própria maternidade, por meio do teste rápido para HIV. Observando um panorama onde a evolução da epidemia da AIDS no Brasil vem afetando de maneira especial as mulheres, surgindo aí mais um desafio a ser enfrentado que é o controle da transmissão vertical (TV) do HIV. Pois em tempos atuais uma parcela considerável dos diagnósticos de casos de infecção retroviral na população feminina se dá durante o período gestacional, refletindo a adequação da política de saúde na atenção pré-natal, mediante a triagem sorológica anti-HIV (MOREIRA, 2006; BRASIL, 2010; BRASIL, 2015).

Na situação aqui exposta se fez tratamento com os medicamentos antirretrovirais durante a gestação e no trabalho de parto para prevenir a transmissão vertical. Tendo o recém-nascido de E7 recebido o medicamento antirretroviral por quatro semanas e encaminhado e acompanhado pelo serviço de saúde da UREMIA/Unidade de Referencia Estadual Materno Infantil e Adolescência.

### 5.3.1.5 Vivendo com HIV

No universo dos serviços, diagnósticos confirmados, com inclusão de pessoas envolvidas nos casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana onde muito dos problemas mórbidos sofridos tiveram sentido depois disso. O que antes era uma incógnita, durante o surgimento sintomático se intensificando uma vaga noção de que algo não corria bem, agora uma certeza que o problema estava instalado e necessitava de assistência permanente. As falas expressam seu tempo de soropositividade para HIV, em alguns casos com sequelas advindas de um sistema imunitário fragilizado marcam a soma dos dias nesta condição de adoecimento, revelando talvez um diagnóstico tardio e presença de doenças oportunistas.

Pelo que se sabe um diagnóstico tardio bem como uma infecção de HIV descontrolada pode também aumentar a taxa metabólica requerendo mais energia do organismo daí ocorrendo má absorção de nutrientes e micronutrientes, reduzindo a capacidade do sistema imunológico de combater outras infecções e doenças dado as condições simultâneas e seus consequentes efeitos (JAIME et al, 2004; FALCO, 2012).

No âmbito da vivência das pessoas atingidas pelo HIV, esta extrapola faixa etária, no cerne deste estudo uma das narrativas neste aspecto revela todo um percurso em que esteve arrolada até se situar do que se tratava. E1 relata que foi infectada numa fase de alta senilidade, num registro anteriormente mencionado fala da relação sexual, da insistência do parceiro aquelas alturas ele com 48 anos e ela aos 80. Nessa idade ainda era diarista, trabalhando em três casas. São dimensionamentos que se interpõem literalmente sobre o contexto geracional exigindo visibilidade em torno desta questão.

Não me lembro, nem ano, nem mês. Eu sei que foi quando eu estava com 80 anos. Já nessa idade começo a fazer tratamento [...] Eu ainda não tinha completado os 91, 81, ainda tava na casa dos 80 anos (E1)

Vivo há 02 anos com o vírus HIV (E2) Há dois anos e seis meses tô em tratamento (E3) Não lembro, acho que ainda não tem mais de 10 anos. A minha Irmã ■■■ que sabe [...] Acho bom que vocês vem aqui. Minha visão, minhas pernas as vezes trava, eu não saio de casa. Dependo das pessoas por que não ando sozinha [...] Uso fralda descartável por que não dá tempo de chegar no banheiro, que a urina já está saindo (E4) O paciente nesta situação é ter um grande desenvolvimento né? Pra que ele volte a ser um cidadão normal e tudo (E5) Toda vez que faço fisioterapia sinto muita dor (E6) Tenho o HIV há 9 anos (E7)

Fazendo um paralelo com estudos ancorados para subsidiar esta referida análise, da questão geracional no trato com este tipo de infecção, Alencar e Ciosak (2015) apontam que o diagnóstico é realizado em uma fase tardia da história natural da infecção pelo HIV, e a solicitação do exame para HIV em idosos só ocorre após investigação extensa e por exclusão de outras doenças, o que atrasa o diagnóstico e o tratamento. As autoras constataam por meio do

atendimento de enfermagem aos pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS quando foi possível identificar que muitos diagnósticos ocorriam na contramão da hierarquia dos serviços de saúde, uma vez que, ao invés do serviço primário, o nível secundário era responsável pelos diagnósticos. Questionam como se configuram as vulnerabilidades de idosos com HIV/AIDS e o caminho percorrido por eles até o diagnóstico da doença? Fato semelhante à situação vivenciada por E1.

Em Silva et al (20015) dos estudos desta abrangência asseguram que a temática do envelhecimento populacional evidenciam que não são suficientes as mudanças de caráter econômico e sanitário para promover a saúde de pessoas idosas. Colocando ser necessário que as mudanças sejam acompanhadas de conquistas no âmbito social que considerem entre os mais diferentes aspectos do envelhecimento a sexualidade, aspecto fundamental da vida e atualmente atravessada pela epidemia de HIV/AIDS. Que o aumento de casos de infecções por HIV idosos desafia a refletir sobre a associação dessa doença ao envelhecimento, incluindo os estereótipos, principalmente no que diz respeito à negação de sua sexualidade.

Do que se tem, de acordo com as prerrogativas do ministério da saúde, os serviços ambulatoriais em HIV e AIDS realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou AIDS. Com diferentes configurações institucionais: ambulatórios gerais ou de especialidades, ambulatórios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializados em DST, HIV/AIDS (SAE). Administrados por municípios, estados, governo federal, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS. Objetivando prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe multiprofissional de saúde (BRASIL, 2014b).

Considerando que o HIV é um vírus que causa danos ao sistema imunitário e conduz a uma condição denominada AIDS, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. E um sistema imunitário pouco saudável implica que as pessoas que vivem com AIDS tenham um risco muito superior de contrair infecções em condições que normalmente o sistema imunitário consegue combater. Os efeitos secundários dos medicamentos para a AIDS e os efeitos do HIV no organismo podem causar uma série de sintomas debilitantes, que incluem náuseas, diarreia, mobilidade limitada (causada por neuropatia periférica) e inflamação dos nervos, especialmente nas mãos e nos pés. Com os investimentos em políticas públicas como um todo e da atenção á saúde das pessoas atingidas por este adoecimento em todas as suas dimensões, precisamente a partir de 1996, a taxa de mortalidade decresceu bastante em todo o mundo (BRASIL, 2014b).

Com a utilização da terapia antirretroviral de alta potência, a partir da década de 90, a infecção pelo HIV passou a ser considerada uma condição crônica. Portanto passível de controle, o que resultou na melhora dos indicadores de morbidade com redução das doenças oportunistas, mortalidade associada à AIDS e qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/AIDS no Brasil (RIGHETTO, 2014). Correlacionando ao caso de E3, por exemplo, quando do acometimento pela hanseníase, dos sintomas dermatológico e neurológico iniciando tratamento numa comunidade periurbana, ao mudar-se definitivamente para Belém desencadeou um AVC hemorrágico, soropositiva com quadro clínico estável.

Atualmente E3 mantém hipertensão severa, nas visitas domiciliares é comum encontrá-la com a aferição da pressão arterial em 230x120 mmHg. Do exame específico recentemente realizado a USG com Doppler arterial do membro inferior direito informa presença de baixo fluxo sanguíneo verificado nas artérias. Possui ferida varicosa no dorso do pé e panturrilha. É claudicante ao caminhar. Está em uso contínuo de antirretrovirais e um conjunto de anti-hipertensivos.

Dos levantamentos em prontuários a partir de suas falas há anotações de comorbidades e dados clínicos como contagem de células T-CD4, carga viral, terapia antirretroviral, que foram pouco a pouco se ajustando, uns satisfatoriamente, outros não. Seguindo a fala de E<sub>1</sub>, por exemplo, que iniciou com um quadro de anemia acentuado, do que consta no prontuário, esta que teve seu diagnóstico reafirmado em 15/09/2006 reagente para HIV aos 90 anos, 05 meses e 22 dias na UREDIPE. Com preocupáveis informações sobre grau de anemia, uma em 03/03/2010 com hemoglobina 5,56 g/dl e outra em 03/06/2011 com hemoglobina 6,15 g/dl. Com sucessivas correções por transfusão sanguínea. Do seu registro histórico dos exames de CD4 e CV apresenta carga viral sempre indetectável e considerável evolução significativa das células de defesa imunológica.

Em 05/09/2006 dos diminutos linfócitos CD4 09 células/mm<sup>3</sup> e CV cópias/ml indetectável, os resultados encontrados de E<sub>1</sub> evoluíram extraordinariamente em 18/03/2015 para linfócitos CD4 963 células/mm<sup>3</sup> e mantendo CV cópias/ml indetectável. Por conta de ter apresentado sua carga viral desde sempre indetectável, E<sub>1</sub> vem continuamente realizando outros controles laboratoriais. Em 12/05/2015 realizou exames para controle de HCV, HBS, Sífilis e Anti HIV, com resultados reagentes para HIV e não reagente para os demais. Esta faz uso contínuo de Antirretrovirais, anti-hipertensivo e anti-glicêmico. Há mais menos dois anos atrás perdeu a visão por completo.

Para Righetto (2014) a longevidade no trato com HIV contribui para o aparecimento de outros agravos à saúde, seja pelo efeito prolongado da terapia e o convívio da toxicidade dos medicamentos ou pelo aparecimento de comorbidades e/ou variantes virais resistentes ao tratamento. Que após o início da terapia antirretroviral para aqueles pacientes aderentes, espera-se uma melhora clínica e imunológica, além da supressão viral. Embora, diz a autora, outras manifestações podem ser observadas, especialmente nos primeiros três meses, como a Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune, hipersensibilidade às drogas ou infecções oportunistas, podendo estas serem provenientes de alguma infecção latente ou de uma nova infecção.

Considerando que E1, segundo recorda, infectou-se aos 80 anos, e a pouco completou 100 anos de vida, plenamente lúcida, com sua memória mais antiga tão concernente com a de agora, já se vão duas décadas nesta vida. Da mesma forma para E4 e E7 que também já acumulam bastante tempo no trato com HIV conforme expressam em suas falas. No conjunto estas pessoas hoje em dia apresentam uma série de limitações físicas desencadeadas ao longo do tempo em que estão adoecidas. Da assistência recebida no ambulatório especializado, com o uso de TARV e outros medicamentos para as comorbidades em curso, a partir de certo momento dado o agravamento das sequelas, esta foram admitidas pela Assistência Domiciliar Terapêutica.

### **5.3.2 Cuidando da gente: Assistência Domiciliar Terapêutica**

Transcorrendo do serviço ao domicílio. Tratamento em curso, agravamentos pelo HIV/AIDS acentuados, limitações e necessidades expandidas. Revelando satisfação dos cuidados recebidos em casa através da presença do ADT.

#### **5.3.2.1 Admissão no ADT atenção facilitada**

Limitações para locomover-se são um dos muitos e sérios problemas que apresentam. Dentre as pessoas entrevistadas, duas são completamente acamadas, duas dependentes de cadeiras de rodas. Duas tem deficiência visual, e duas com comprometimento na marcha. Limitações estas por consequência das comorbidades e doenças oportunistas que em alguns casos se instalaram antes mesmo que tomassem conhecimento da condição para o HIV. Uma vez conhecedores no curso da admissão no SAE e início no tratamento propriamente dito, os comprometimentos seguiram se desenvolvendo, agregadas pelas suas deficitárias condições financeiras provenientes das moradas muitas vezes insalubres, desemprego, sem renda fixa para suprir suas mais essenciais necessidades de sobrevivência.

Realidades em que os determinantes sociais são preponderantes. Há quem more distante do centro urbano, e bem longe da estrada asfaltada. Moradia sem água encanada. Com orçamento advindo do benefício governamental e em determinada situação os parceiros fazem ‘bicos’ para angariar algum dinheiro. Como também durante o dia precisam pagar uma pessoa para ajudar nos serviços domésticos, cuidados das crianças, incluindo buscar água no poço disponível na vizinhança. E para alguns há dependência de terceiros para sair da cama e ir para a cadeira de roda e vice versa, bem como lhes alimentar, manter higiene pessoal.

Vocês vêm aqui, quando não vem toda semana, mas vem por mês, tirar o sangue, tirar minha pressão, medir a glicose [...] Tem facilitado porque vocês vêm aqui né? [...] Mas vocês vêm aqui, facilita muito [...] Se vocês não viessem eu ia ter que ir lá tirar o sangue né, pegar esse ônibus cheio, mas vocês já facilitam porque vem aqui em casa (E1) Vocês viram aqui em casa, me atender em casa, que eu não posso andar, não posso ir lá, falta de locumulação, então vocês tão vindo aqui, é bom pra mim [...] Preciso, devido minha dificuldade de tá indo lá fazer as consultas, vocês tão vindo aqui colher o meu sangue pra fazer o exame (E2) Fui admitido no ADT em 23/06/2015 (E5) Recebi o ADT recentemente, em setembro. Tomo remédio do vírus e sulfadiazina pra neurotoxe (E7) Muito bom. O atendimento no meu lar é melhor que na UREDIPE, né? (E8)

Diante das sucessivas entradas no hospital dia, expressão da assistência do ambulatório da UREDIPE quando dependente do quadro clínico sofrível, muitas vezes requerendo manejo terapêutico diretamente assistido dado comprometimento da saúde altamente limitantes. Pelas intercorrências repetidamente manifestas neste lugar intermediário à hospitalização, situação resultante dos estados de adoecimentos agravantes, e também após os períodos de internação hospitalar, por via de regra é por onde se chega à Assistência domiciliar Terapêutica, denominação mais usada através de sua sigla - ADT. Uma vez avaliado a condição de enquadramento aos critérios estabelecidos, firmados no protocolo da UREDIPE, o passo seguinte é de admissão no ADT, que pode se dá tanto na equipe da manhã quanto pela equipe da tarde.

Bastantes debilitados, astênicos, alguns por dificuldades para aderir ao uso do antirretroviral integralmente desencadearam sequelas por acometimentos oportunistas bem limitantes. Houve também quem chegasse ao ADT por solicitação da assistente social, enfermeira e médica quando por ocasião de extremado adoecimento detectado no ato dos agendamentos no SAE/UREDPE, sendo logo acionada a equipe do ADT, que igualmente foram avaliados quanto aos critérios de admissão. Do histórico nosológico todas passaram por sucessivas internações hospitalares, desde este período já vinha incorrendo graves sequelas para grande parte dos entrevistados.

A alternativa de assistência no domicílio, pelo que se expressa nas falas, dos benefícios e comodidade frente aos problemas inerentes das afetações pelo HIV/AIDS que se dá, sobretudo

pela sua resolutividade. Pois o serviço chega à residência, conversa com o cuidador e usuário, quando possível decide conjuntamente um plano de ação e desenvolve os procedimentos seja de que ordem for desde que se tenha pessoal, equipamento e transporte para exercê-lo. No caso de E5 este fala sucintamente e com precisão a data quando de sua admissão no ADT. Que foi motivado quando esteve acometido por tuberculose óssea submetendo-se a intervenção cirúrgica para correção na coluna vertebral ficando temporariamente sem andar. Sua permanência foi bem breve, no tempo de exitosa recuperação.

No caso de E7, sua admissão foi recente como ela mesma frisa. Diante da dificuldade para deambular, consequência da neurotoxoplasmose, em seu prontuário consta que está na terceira crise de toxoplasmose. Para E8, que após ser acometida por adoecimento oncológico e também ter desenvolvido bexiga neurogênica hiperativa, possui dependência total de ajuda, talvez por esta condição inerente à submissão da vida cotidiana a ajuda de terceiros considere a presença do ADT melhor do que o da UREDIPE. A partir de sua admissão no ADT, as possibilidades para enfrentar o dia a dia de forma mais saudável são concretos frente aos problemas instalados decorrente da situação de sequelas e também da muito persistente dificuldades financeiras para garantir deslocamento até o centro da cidade onde está localizado a UREDIPE.

Em observância ao melhor em casa, das instruções preconizadas pelo Ministério da Saúde do que tange os princípios da Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013a) e diretriz a seguir, e aqui implementadas no âmbito às pessoas vivendo com HIV, as quais sobremaneira apresentam instabilidade clínica no universo das pessoas que compõem esta análise. Dos princípios e diretrizes estendidos para a situação que ora se encena destaca-se entre outros, que este serviço:

- ✓ Deve ser estruturado de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência.
- ✓ Bem como estar inserido nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência.
- ✓ Adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares;
- ✓ E estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

### 5.3.2.2 Satisfação com a Assistência Domiciliar

Do que se traduz em melhorias na assistência dispensada no domicílio, as falas das pessoas aqui entrevistadas, dos cuidados e o serviço do ADT quanto ao atendimento de suas necessidades, em unanimidade demonstram satisfação e tomam este como muito importante, de um serviço que chega até sua residência, estabelece vínculos afetivos e efetivos, desenvolve serviços que exige entre outras ações de controle, assistência especializada. Bem dizer em todas as falas, há manifestação de importância afirmativa para com o ADT. Conforme fala E5, o ADT compartilha de outras situações não só das dificuldades de doença.

O desempenho do ADT em suas moradas, o fato de se chegar à residência por si resume o quão é importante para os informantes da pesquisa a forma de vincular acompanhamento assistido integralmente. Poder acessar o serviço, estabelecer contato, garantir acolhimento e tratamento é uma situação que promove conforto e segurança. Como diz E3 “vim na minha casa participar do problema junto comigo, me acolher. Eu só tenho a agradecer”. São marcantes em assinalar o vital papel que tem a presença do ADT visto que sem este não conseguiriam chegar frequentemente ao serviço. Para E6 “Tão fazendo legal, a expectativa são alcançadas”.

Se precisa levar pra algum canto a ADT me leva, se é preciso me trazer me trás, e pra mim tá bom. Graças a Deus, né? [...] Tá me atendendo bem. Não tenho do que me queixar. Não enxergo, só vejo vulto às vezes. Agora não vejo nada, só sei onde vocês tão, porque tão falando comigo (E1) Comigo ta sendo muito bom, desde quando eu saí do hospital vocês tão me acompanhando (E2) Ótimo atendimento, porque eu tava muito abatida. Eu pensei não me recuperar e hoje eu sou uma pessoa recuperada através deste serviço [...] Enfermeiras vim na minha casa participar do problema junto comigo, me acolher. Eu só tenho a agradecer [...] Elas vêm aqui, eu falo o que preciso elas me acolhe e conversam muito comigo. Um ponto que eu cheguei, eu esperava não chegar e cheguei (E3) O atendimento é bom, não me queixo de nada não, me tratam bem [...] Tá tudo bem, não tem dificuldade nenhuma (E4) Vejo como uma coisa muito importante, numa situação dessa difícil, delicada. É algo muito importante, é muito válido receber as pessoas do ADT né? [...] Compartilham também com as nossas situações, dificuldades, e não só dificuldades de doença, mas algo mais também que é necessário, então eu acho muito importante nunca deixar de ter este tipo de serviço, ao contrário, aumentar mais o número de pessoas pra atendimento (E5) Bom porque tratam bem a gente [...] Tão fazendo legal, a expectativa são alcançadas (E6) Não podia sair de casa sozinha, a equipe vir aqui em casa é muito bom (E7) Em casa eles tão vindo, eles atende melhor, dão atenção, achei bacana, eles são mesmo [...], eles tão atendendo com amor no trabalho deles, né? [...] Aqui é muito distante de Belém, pra cá pra Outeiro é muito longe, então achei bacana esta parte né? Elas venham com muita vontade, chegam de tarde aí no sol, não reclamam, acho legal o trabalho de cada uma [...] Fiquei muito acamada né? Fiquei mais e mais assim. Elas passam coragem pra mim [...] Facilitam no bolso né? A gente já faz economia, já troca a sonda, traz fralda descartável. Facilitou bastante (E8)

Neste contexto de satisfação, a exemplo de E2, que atribui exitosa melhora aos cuidados recebidos pelo ADT, sente-se recuperada, diante do quadro de dificuldades em que se encontrava. Para vencer as barreiras interpostas aos abalos perpetrados, as adaptações no espaço físico onde vive foram necessárias. Embora se deparando com condição financeira bastante incipiente para a execução de suportes de segurança e ergonômicos foi usando o recurso disponível que se tinha no momento. Na casa de E2, o chão de madeira inteiramente irregular, com várias frestas e tábuas sobrepostas, equipamento de madeira erguido em área alagadiça. Para facilitar sua mobilidade nos poucos compartimentos, mediante orientações foram providenciadas várias cordas dependuradas no teto, onde se apoia para sair da cama e ir para o banheiro, daí para a cozinha, para a sala, para onde quiser deslocar-se. Atualmente E2 está com estas limitações redobradas, vivendo sozinha ao lado de dois cachorros, dependente da ajuda de vizinhos porque seu marido está recluso, privado de liberdade desde junho de 2015.

Quando de sua alta hospitalar, E2 estava superando a fase aguda do processo de adoecimento pelo HIV, em situação clínica ainda fragilizada, com inúmeras entradas no Hospital Dia. Com diarreia profusa e sem conseguir levantar-se ou ficar de pé, já com deformidades anatômicas nos membros inferiores e superiores do lado direito. O ADT foi acionado, apesar de morar bem distante da UREDIPE, mas dentro da área de cobertura adstrita foi possível receber assistência terapêutica. Contava-se com a participação ativa do seu companheiro, sempre atento e colaborativo às orientações de como proceder nos cuidados para com E2. Deste primeiro momento com o ADT recebeu alta por resolução do motivo da admissão, sendo tempos depois readmitida, por depressão, dificuldade de adesão e complicações orgânicas. Embora mantenha comprometimentos nos membros, hoje em dia encontra-se mais independente, consegue fazer as atividades de vida diariamente. O ADT e E2 desta vez contando com a participação da vizinha em breves momentos.

Em Nogueira (2000), do que preconiza o trabalho do ADT, este tem como objetivo geral promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com AIDS. E dentro das especificidades de ações proporcionar uma forma de alternativa assistencial qualificado cuja finalidade essencial é prestar assistência clínica, terapêutica e psicossocial em nível domiciliar envolvendo a participação dos pacientes e da comunidade a qual ele pertence.

Dentro do panorama da AIDS, de epidemia evoluindo para pandemia, o referido autor sustenta que os cuidados domiciliares demonstraram benefícios indiscutíveis no tratamento da patologia em questão, evidenciando-se melhoria do estado emocional do paciente, menos risco de

contaminação por sequelas, diminuição das doenças oportunistas, instauração do exercício da solidariedade por meio da participação da família e amigos. A contar também na maioria das vezes com o trato da relação custo-benefício e a integração da Assistência Domiciliar com as outras esferas de serviços como as unidades básicas de saúde, hospitais convencionais e hospitais-dia.

Então, toma-se com ato principal do desempenho do ADT, como sugere o estudo do Ministério da Saúde quando do trato com as pessoas adoecidas pelo HIV, é a transferência para o domicílio dos recursos empregados aos cuidados de um paciente em um hospital convencional, em circunstâncias ideais para a continuidade do tratamento, sem perda da qualidade e efetividade. Onde podem receber assistência quando não mais se beneficiam da permanência hospitalar, mas ainda requerem atenção e assistência. Assim sendo, a prática dos cuidados, tanto na internação domiciliar, como na assistência domiciliar, deve contemplar aspectos educativos em seu processo, no sentido de envolver pessoas com pleno conhecimento e familiarizadas com os procedimentos. Afirmando que a comunicação permanente entre equipe e família facilita o processo de alta e suas implicações (BRASIL, 2007).

### **5.3.2.3 Equipe e procedimento do ADT**

Das atribuições advindas do trabalho da equipe do ADT, os vários procedimentos executados fazem enorme diferença. Do projeto terapêutico delineado de acordo com a interação de dupla mão garantindo encontro entre trabalhadores e as pessoas afetadas pelo HIV no ambiente domiciliar juntamente com seus cuidadores. Geralmente o plano de cuidado é estabelecido mediante a necessidade que ora se apresenta, e de acordo com o grau e extensão de comprometimento é direcionado o tipo de intervenção, o que normalmente envolve a equipe como um todo e quem estiver na função de cuidador no seio da família.

Controle dos níveis de células de defesa e contagem da carga viral frente ao avanço do vírus entre outros exames laboratoriais de rotina requer coleta de sangue de tempos em tempos. Medidas de proteção tecidual e até mesmo curativos são realizados para aqueles que desenvolvem úlceras varicosas ou por pressão de decúbito entrando em cena a enfermeira e profissional técnico de enfermagem. Quadros diarreicos são muito presentes, havendo monitoramento por reidratação oral ou parenteral e adequação alimentar. Comandos fisioterápicos, odontológico, bem como de nutrição, fonoaudiologia, Assistente Social, todos que

compõem a equipe do ADT são evidenciados na fala das pessoas entrevistadas. Conforme atesta E4, E5, E6 e E7.

Venham aqui, colhe meu sangue, trás fralda, que eu não posso ir lá (E4) Locomotividade das pessoas, elas não tem como se levantar muitas das vezes, dificuldades, ou se sentar, não pode ficar muito tempo em pé ou muito tempo sentado e a ADT vai dando instruções de certos tipos de exercício, de como se fazer, de como se proceder no dia a dia e após a cada semana de atendimento vai se mudando a quantidade de serviço, mudando pra outros tipos de atividade, que isso, só tem a tendência é ganhar (E5) Não vejo nenhuma dificuldade, até agora não. Me orientam, faz curativo, fisioterapia (E6) Tem bastante gente, fisioterapeuta, assistente social, enfermeira (E7)

Dos cuidados precedidos na residência, o trabalho de orientação e educação em saúde também tem sido primordial, com destaque ao processo exercido pela enfermeira, conforme presença enfática na fala de E8. E8 reside numa área periurbana, com presença de terreno acidentado onde para quem é cadeirante dependente total de ajuda para locomover-se este dado é um sério complicador. As condições de habitação pouco salubre. Via urinária comprometida, em uso contínuo de cateter vesical. Depois que E8 passou a ser acompanhada em seu domicílio, teve progressos consideráveis quanto aos problemas antes enfrentados pelo manuseio e uso incorreto dos insumos de uso permanente. Atribui à enfermagem precisamente os ganhos recebidos tanto pela sua saúde como também pelo lado de economia que está fazendo.

O trabalho de dente, a fisioterapeuta, a fono já vieram aqui, também aquela que dá alimento, a nutricionista, então achei beleza, todas elas já vieram aqui, são paciente comigo, achei legal [...] Tem também a enfermeira que troca a minha sonda, que já foi já, que nós gastava 50 reais, aí já diminuiu, porque ela vem todo mês trocar a minha sonda, nem mede distancia, tá vindo trocar, então acho bacana [...] A sonda que vai pela vagina, colocada na uretra, né? Agradeço. Depois que a enfermeira veio aqui pra tá trocando né? Diminuiu mais o tempo porque quando a gente pagava pro enfermeiro às vezes durava 15 dias e às vezes nem 15 dias durava né? [...] É aí quando as enfermeiras vieram me visitar elas falaram pra ter mais cuidado da sonda, pra fechar a boquinha, pra não entrar bichinho que vinha pra minha uretra né? Por que não chegava nem chegava nem 15 dias e já tinha que trocar, me dava febre [...] Elas vem aqui né? Agora dura quase um mês, não tenho febre nem nada, e aí elas me deram essa orientação, cuidado com a sonda pra não ficar arrastando no chão, não ficar encostando no chão (E8)

Do levantamento histórico sobre os serviços de atenção domiciliar consta que estes surgiram na década de 1960 com multiplicação mais intensa no Brasil a partir da década de 1990. Para incorporá-la às práticas institucionalizadas no SUS foi necessária regulamentação de seu funcionamento e de implantação de políticas públicas. É uma Modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes. Num misto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, este serviço está integrado às redes de atenção à saúde, bem como oferece mais opções na produção do cuidado e uma maior autonomia para a família do usuário (BRASIL, 2013b).

A Assistência Domiciliar Terapêutica - ADT aos pacientes portadores do HIV/AIDS foi implantada no Brasil a partir de 1995 no contexto do Programa das Alternativas Assistenciais aos portadores de HIV/AIDS. De um estudo realizado pelo Ministério da Saúde com pacientes em regime de ADT revelou que no Brasil este serviço inclui uma série de atividades e procedimentos que se estende desde cuidados paliativos, praticados no domicílio, até os mais diferenciados e de maior complexidade, que já caracterizavam uma internação em ambiente domiciliar. Inorrendo que esse modelo assistencial extra-hospitalar, caracterizado pela prestação de serviços no local de residência das pessoas, tem atualmente um papel significativo no nosso sistema de saúde (BRASIL, 2007).

A equipe de trabalho do ADT tem o papel de, além de cuidar das pessoas adoecidas em seus domicílios, ajudar a fazer a gestão do cuidado dos mesmos e realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado. Em observância ao que dita o Ministério da Saúde a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos no domicílio obedece às normas de biossegurança e proteção do paciente, vinculada à habilidade e capacitação técnica dos profissionais para executarem tais procedimentos. Sempre devidamente registrados em prontuário próprio do ADT (BRASIL, 2007).

### **5.3.3 Garantindo a atenção integral as necessidades de saúde**

Expressando quando da necessidade de adequação para efetivo funcionamento do ADT: deficiência de pessoal, equipamento e transporte. Reivindicando atenção integral de ordem administrativo e governamental.

#### **5.3.3.1 Necessidade de pessoal e equipamento**

Nas várias manifestações surgidas nas falas, estas retratam que o ADT necessita estar mais equipado e estruturado para atender o conjunto de necessidades instaladas, projetando ainda que este deve estar saneado para um possível aumento de pessoas a depender deste tipo de assistência. Dimensionam que para ter respostas mais satisfatórias é preciso ter equipamentos, insumos e pessoal suficiente para atender de forma integral as necessidades dos cuidados que são dispensados nas residências. Com a presença considerável de mulheres sendo assistidas no domicílio, há demandas específicas para ginecologia cada vez mais solicitadas.

O quadro de profissionais médicos presente no serviço especializado em questão comporta clínicos, infectologista e dermatologista. O que demanda para ginecologia fica um vácuo. Pois

em certa medida não são poucas as situações existentes que exigem avaliação e intervenção deste profissional. Casos reincidentes de verrugas vaginais e outros desencadeamentos provocados pelo HPV encontra campo fértil frente à debilidade do sistema imunológico diuturnamente sob ataque do vírus responsável por desencadear a AIDS. Embora seja garantido o fluxo para estas questões específicas nos demais níveis de atenção, para quem vive com disfuncionabilidade motora, dependente de ajuda para locomover-se, isto implica em grandes desafios.

Considerando dentre as práticas vivenciadas no universo do ADT, dos comprometimentos e instalação de disfunções advindas dos adoecimentos por neurotoxoplasmose principalmente, encontra-se nos métodos e técnicas fisioterapêuticos a significativa finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física bem como da capacidade mental. Conforme exposição de E5, esta que apresenta os movimentos limitados, atualmente em exercícios fisioterápicos e em terapia ocupacional, entre suas demais necessidades aponta relevância nesta questão. Da mesma forma, a ênfase positiva dada ao serviço prestado pelo ADT vem acompanhada de pontuações referentes ao grau de excelência, que para estar melhor ainda necessita ter mais equipamentos. Para E7, que igualmente como E5, apresenta disfunções, isso é essencial.

Ter mais pessoas pra atender as pessoas como no meu caso. Ter mais doutor pra atender as pessoas, a equipe tinha que ter mais gente [...] Tem dificultado é a ginecologia que não tem (E2) A necessidade é muito grande e a tendência daqui pra frente, não é que a gente quer mais a tendência é aumentar a quantidade do número de pessoas, por que isso é normal (E5) Excelente, só não tem equipamento todo, deveria ter mais equipamento, peso, por exemplo [...] Ter mais equipamento. O atendimento é ótimo, só falta equipamento pra melhorar (E7)

### **5.3.3.2 Necessidade de transporte**

Quanto ao funcionamento do ADT, da garantia de sua chegada nas residências, o que nem sempre é possível marcar presença contínua. Aliás, muito da descontinuidade na assistência se dá pelos problemas que ditam diretamente ao transporte que conduz a equipe e também da ambulância para mediar as intercorrências e serviço como um todo. Quando falta o veículo por algum motivo alheio à vontade da equipe isto gera transtornos. Conforme as falas, a questão do transporte se evidenciou como uma das principais problemática para o efetivo desenlace do trabalho do ADT.

A percepção manifesta nas falas coloca que a presença do veículo para o deslocamento da equipe de trabalho bem como das demais demandas dos usuários do ADT é necessário tê-lo sempre disponível. Para E1 quando o veículo apresenta problemas que precisa ir para a oficina,

isso implica em dificuldades para receber assistência. Para quem tem impedimentos físicos ou outras dificuldades desta ordem, que as impossibilite de usufruir do transporte coletivo, por exemplo, conforme expressa E3 e nessa mesma direção de raciocínio encontra-se as percepções de E8, que diz que quando não há transporte a frequência das visitas fica comprometida. Obviamente incorre em alteração nas programações das visitas.

Não fosse as limitações impostas pelas disfunções que apresentam, segundo suas falas, chegariam até ao serviço quando este não dispusesse do carro para direcionar-se até às suas casas ou quando dos encaminhamentos extra e intra UREDIPE. Para E5, esta aponta que o transporte é necessário para o tipo de trabalho que desenvolve o ADT, pois as pessoas acolhidas pelo ADT moram em bairros distintos, distantes, congestionamento do tráfego, sinalizando, talvez ser esta uma razão pelo qual precisa da condução própria para que o serviço do ADT possa fluir.

Por que se fosse pra mim ir lá sem vocês vim aqui, sem ambulância não dava né? [...] O que tem dificultado é a ambulância, o transporte, porque tem hora que não tá funcionando, tá na oficina e também não tem como eu ir, pra chegar lá na hora certa, então isso dificulta (E1) A ambulância. O atendimento que é em casa. É levar e marcar a minha consulta sem precisar eu chegar até lá, me dá o que eu preciso às vezes [...] Por enquanto só o transporte. Elas quando podem sempre vem [...] Eu preciso muito do carro, eu não tenho só este problema [...] Não ando direito, pra chegar até ao médico, não vou de ônibus, dependo de carro (E3) Importante pra essa situação. Quantidade de pessoas pra atender porque não dá pra cobrir a cidade toda de pé, o tempo é curto, um é num bairro e outro é em outro, o percurso, o engarrafamento (E5) Carro e transporte ia melhorar. Não ando, preciso de alguém que me coloque na cadeira de rodas e na cama. Minha cadeira é adaptada [...] Tem dificultado é o transporte né? Se tivesse mais como ela viesse aqui, elas vinham mais frequentemente, as vezes passa até três semanas que elas não vem, acho que é por falta do transporte (E8)

A menção à ambulância, esta diz respeito ao veículo que está vinculado ao SAE e Hospital Dia da UREDIPE, não estando sob responsabilidade direta do ADT. Mas que quando há situações de piora clínica e encaminhamentos este veículo é acionado. Observando que o carro do ADT é unicamente para garantir o traslado da equipe de trabalho.

Do que dita a organização e estrutura do serviço (BRASIL, 2007) a equipe deve ter acesso a um veículo para o seu transporte, disponível sempre que necessário para que as atividades não sofram prejuízo. De preferência um carro utilitário para o transporte dos materiais, principalmente os mobiliários que não são possíveis de transportar em um carro comum.

Compreendendo que a questão do transporte, no trato específico em cena, do ADT e UREDITE correlacionado com os demais serviços, implica em desdobramentos incidentes

diretamente no complexo que orienta o cuidado. Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. Da produção e resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2013).

### **5.3.3.3 Gestão administrativa e governamental**

Do que vem atrapalhando ao bom andamento da atenção prestada às pessoas em situação de ADT, estas falam das necessidades emergentes e tecem questionamentos sobre quem poderia solucioná-las. A quem cabe a tarefa de organizar o serviço, providenciar transporte e seu condutor. De quem pode acionar as autoridades. As falas sinalizam ser a questão voltada para a ordem da gestão, no âmbito administrativo e governamental. Percebem descontinuidade nos serviços do ADT, com prejuízo para a assistência.

Dentre as falas sobre o que poderia amenizar as dificuldades para melhor garantir a atenção integral às suas necessidades de saúde, é predominante a compreensão de que necessita maior atuação governamental, no sentido de diminuir os problemas impeditivos das ações e serviços do ADT principalmente no que diz respeito ao transporte. Pois este muitas das vezes impede a chegada da equipe até aos domicílios quando apresenta defeitos e passa períodos para conserto na oficina.

Também remetem à esfera de governo, referindo-se à gestão providências para que não falte motorista, pois quando este se ausenta por férias ou licença, por exemplo, nem sempre há substituição do mesmo. Há sentimentos que projeta às autoridades programar melhorias e proporcionar completude no atendimento. Que a equipe de trabalho tenha mais apoio para desenvolver suas atividades. É verbalizado insatisfações a respeito da insuficiência dos meios logísticos para que o trabalho do ADT e da UREDIPE se realize plenamente.

Nas expressões de E1, na sua visão a ambulância é coisa de precisão, como ela diz, questiona se este veículo é dado pelo governo, se for isso, por que então não é dispensada uma que garanta serventia contínua. Para E3 o serviço do ADT seguiria mais a contento, mas não depende só das trabalhadora, segundo se entende, E3 reivindica mais atuação da gestão administrativa. Da mesma forma verbaliza E5 para que se providencie estrutura que permita ampliação do espaço e mais pessoas para realizar os atendimentos. Bem como para E6 e E8 da necessidade de se ter mais apoio governamental.

Essas ambulância é o governo que dá é? [...] O governo devia criar vergonha e colocar ambulância certa, né, direito, que era pra num tá no prego, que isso é uma coisa de precisão (E1) Podiam fazer muito pela gente, mas não depende só delas (E3) Aumentar o número de pessoas pra atendimento. As pessoas mais elevadas, que tem seu cargo superior que pudesse conversar com as autoridades ou alguém mais competente que pudesse abrir mais espaço pra melhorar o atendimento para o paciente (E5) A equipe devia ter mais apoio do governo (E6) Grupo da UREDIPE eu não sei quem é que governa. Deveria colocar mais motorista pra elas poder ir na casa dos pacientes. Colocar mais Van, mais motorista (E8)

As falas trazem proposições que na sua visão resolveria as lacunas presentes, aqui voltadas para resolução da assistência prestada no dia a dia do ADT. Conforme se vê nas falas de E5 e E8. Do que condiz com a gestão administrativa e governamental assim expressas, do quanto os problemas inerentes aos prejuízos causados pelas falhas e ausência de providências imediatas se interpõe nos serviços comprometendo sua resolutividade. Embora demonstrem satisfação com o trabalho da equipe, com a presença do ADT em suas casas, entendem que este serviço poderia ser mais bem articulado.

Sob o foco desta análise esta percepção vem ao encontro ao que firmam Silva e Ramos (2010) sobre a integralidade na prática dos serviços. Argumenta-se ser decisivo o monitoramento de algumas das diretrizes básicas da política de saúde na prestação dos serviços, entre elas a integralidade da atenção. Compreendendo esta como um conjunto amplo de ações para acompanhamento ampliado e diferenciado dos indivíduos. Pois os problemas existentes, ora detectados podem comprometer os avanços gerados pela integralidade, aqui explicito relacionados entre outros à deficiência de recursos humanos, equipamento e transporte por exemplo.

Em se tratando do contexto desta análise compreende Mattos (2004) que dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. Nesse sentido as mudanças não têm sido tão evidentes. Urge transformar as práticas na direção da integralidade. São desafios diante do SUS marcando sua capacidade em dar resposta às demandas aí colocadas. Das reflexões que subsidiem o enfrentamento destes desafios, se é estimulado a repensar os determinantes sociais de saúde em contextos de iniquidades sociais a partir do ponto de vista subjetivo, problematizando que a escolha e as possibilidades individuais e coletivas são centrais para se pensar o cuidado (GERHARDT, 2015).

E assim se corrobora da importância do cultivo da integralidade na dinâmica do cuidado, serviços, práticas da saúde e o controle social, importância esta que enquadra-se na perspectiva ampla de ver a integralidade como significativo eixo central do trabalho na saúde e pela

formulação de políticas específicas de atenção aos usuários. Concordando visceralmente que o direito à saúde como direito pleno para o bem estar, qualidade de vida e efetivo exercício da cidadania tem como suporte supremo a consolidação do SUS. Que se diga, suporte estruturante que cotidianamente necessita de alimento social político organizativo para se manter íntegro, público, democrático e resolutivo (GOMES, 2004; MATTOS, 2004; PINHEIRO, 2007 e MACHADO, 2007).

Há de se compreender a influência da cultura na maneira como os indivíduos percebem a doença e estabelecem relações com o sistema de saúde. Há de se repensar nossa postura como profissionais de saúde. Permitindo questionar o sistema formal de saúde, o trabalho médico, a cidadania, a alteridade, a democratização dos serviços de saúde e a forma de interação desses com os seus usuários e vice-versa. Há necessidade de ampliarmos nossos conceitos sobre saúde/doença em nossa atividade clínica, e isso vale para todas as especialidades médicas e de saúde em geral. Apesar do discurso ser fácil, quando chega o momento de sua aplicação na realidade, deparamo-nos com uma prática que, com muita facilidade, expurga os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais do processo saúde/doença. É hora, portanto, de reconduzirmos o “paciente” ao centro da relação com os serviços de saúde, superando a visão de uma relação médico-paciente tradicional e partindo para uma relação efetiva entre sujeitos, que são sujeitos diferentes, é claro, mas ainda assim sujeitos. Sem nos anularmos como profissionais da saúde – isso seremos sempre –, somos nós que temos (OLIVEIRA, 2012).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O aprendizado constituído e internalizado no envolvimento que se deu ao produzir esta dissertação permitiu maior interação com o processo de trabalho e nesse âmbito de sua direta ligação com as pessoas com quem se lida diariamente. Propiciou ir além do conhecimento antes pretendido balizado pelo objetivo do estudo.

Diante da particular história de vida que lhes tomou a existência em determinado momento quando atingidos pelo HIV e de seus envolvimento com a Atenção Domiciliar Terapêutica arrendou outros faces talvez antes não consideradas deste ponto de vista.

No âmbito do que se deu estar frente a frente com suas percepções, inferi-las e quem sabe poder materializá-las qualitativamente a partir das análises que deram sentidos palpáveis às interpretações, certamente muito do que se conseguiu avançar deste estudo estimulará outras investidas sobre situações igualmente vivenciadas pelos participantes da pesquisa.

Cada pessoa aqui entrevistada, das suas falas fluidas, situadas, recordantes, reivindicantes, dão eco, fazem ressoar o que se trata da interseção entre suas vidas e da dinâmica do cuidado, serviços, práticas da saúde e do controle social, apontando sobremaneira do que vem essencialmente a ser a integralidade, esta enquanto eixo central do trabalho na saúde, consequentemente pilar estrutural do Sistema de Saúde vigente e pela formulação de políticas gerais e específicas de atenção aos usuários e á população como um todo.

As narrativas apontam aspectos desviantes no ato do acolhimento, resultante dos desencontros entre os serviços bem como das descontinuidades presentes nas atitudes profissionais, que pode não ser intencional, mas expressamente condizente à violação dos direitos humanos quando não respondem satisfatoriamente às demandas inerentes ao recorte deste estudo, evidenciados pelas afetações, estigmas, adoecimentos e sofrimentos que ora se apresentavam. É importante fazer fluir o fluxo nos diferentes níveis de atenção do sistema. É imperativo que estes estejam estruturados de modo a integrar ações assistenciais, preventivas, e de promoção da saúde coletiva, superando a tradicional e persistente fragmentação. Bem como rompendo laços que firmam relação de subserviência, de exclusão dos sujeitos. Urge avançar pela escuta de suas histórias e de suas vivências, fazendo valer os direitos os direitos de usuários e plena viabilidade do SUS.

Significativamente emerge no universo da pesquisa enredo sobre prática de relações sexuais em contextos de relações afetivas na terceira idade. De um diagnóstico e vivencia com o HIV revelado a partir dos oitenta anos de idade. Conforme se afirma, sexualidade é como a energia que impulsiona não apenas para a reprodução, mas para a obtenção do prazer, do amor e do erotismo. Manifestada em todas as fases da vida. Compreender a sexualidade de portadores do HIV/AIDS com vistas à promoção da assistência à saúde adequada e humanizada é essencialmente quebrar o paradigma do modelo biomédico de atenção à saúde.

A questão geracional no trato com este tipo de infecção, em muitos casos o diagnóstico é realizado em uma fase tardia da história natural da infecção pelo HIV, e a solicitação do exame para HIV em idosos só ocorre após investigação extensa e por exclusão de outras doenças, o que atrasa o diagnóstico e o tratamento. Situação constada neste estudo. Mediante vulnerabilidades e o caminho percorrido até chegar ao diagnóstico da doença. A temática do envelhecimento populacional evidencia que não são suficientes as mudanças de caráter econômico e sanitário para promover a saúde de pessoas idosas.

É necessário que mudanças sejam acompanhadas de conquistas no âmbito social que considerem entre os mais diferentes aspectos do envelhecimento a sexualidade, dimensão fundamental da vida e atualmente atravessada pela epidemia de HIV/AIDS. Infecções por HIV em idosos desafiam a refletir sobre a associação dessa doença ao envelhecimento, incluindo os estereótipos, principalmente no que diz respeito à negação de sua sexualidade.

As falas também apontam que o serviço de assistência domiciliar precisa estar mais equipado e estruturado para atender o conjunto de necessidades instaladas. Que o ADT deve estar saneado para um possível aumento de pessoas a depender deste tipo de assistência prestada. Que o serviço de fisioterapia, por exemplo, este deve ter presente todos os equipamentos que recuperam e exercitam os movimentos. Dimensionam que para ter respostas mais satisfatórias é preciso ter equipamentos, insumos e pessoal suficiente para atender de forma integral as necessidades dos cuidados que são dispensados nas residências.

Com a presença considerável de mulheres sendo assistidas no domicílio, há demandas específicas para ginecologia cada vez maiores. Suas falas registram estas reivindicações. O quadro de profissionais médicos presente no serviço especializado em questão comporta clínicos, infectologista e dermatologista. Recentemente chegou um ginecologista para desempenho ambulatorial. Várias ocorrências exigem avaliação e intervenção deste profissional. Casos recorrentes de verrugas vaginais e outros desencadeamentos provocados pelo HPV, como as lesões do colo do útero, estes encontram campo fértil frente à debilidade do sistema imunológico diuturnamente sob ataque do vírus responsável por desencadear a AIDS. E ainda o que necessita de encaminhamentos especializados a demora ainda é muito grande para sua resolução.

A descontinuidade da assistência domiciliar por falta do transporte é outro ponto ressonante nas falas. Conforme enfatizam, a questão do transporte se evidenciou como uma das principais problemática para o efetivo desenlace do trabalho do ADT. Quando o veículo apresenta problemas que precisa ir para a oficina, isso implica em dificuldades para receber assistência.

Pois há impedimentos físicos ou outras dificuldades desta ordem, que os impossibilitem de usufruir do transporte coletivo, para deslocamentos até à UREDIPE.

A estrutura e organização da atenção especializada às pessoas vivendo com HIV/AIDS, do que apresentado neste estudo, particularmente do serviço que chega ao domicílio, ADT/UREDIPE segue aos ditames da política de estado estabelecida na carta magna brasileira em consonância aos princípios e diretrizes do SUS. Contudo os problemas existentes, do que emergiu das falas, relacionados à violação dos direitos humanos, deficiência de recursos humanos, equipamento e transporte, por exemplo, podem comprometer os avanços gerados pela integralidade.

Apontadas as barreiras, reveladas pontualmente responsabilidades da gestão administrativa e governamental há de se vencer esses obstáculos, garantindo atenção resolutiva e includente. Permitindo assim inteira integralidade na assistência às pessoas que convivem com HIV/AIDS.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. **Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro**. In: Saúde e Sociedade - População Negra e AIDS. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília-DF, 2010. Em [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2011/saude\\_sociedade\\_negros\\_aids\\_1\\_pdf\\_90064.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2011/saude_sociedade_negros_aids_1_pdf_90064.pdf)
- ALENCAR, Rúbia Aguiar e CIOSAK, Suely Itsuko. **O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/AIDS**. Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(2): 229-235. Em [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt\\_0080-6234-reeusp-49-02-0229.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0229.pdf)
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BECKER, Sandra Greice et al. **Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon**. Rev. bras. enferm. [online]. Brasília, Mar./Abr. Vol.62, n.2, pp.323-326/2009 ISSN 0034-7167. Em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000200025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200025)
- BORGES, Maria Jucineide Lopes. **Integralidade da Atenção à Saúde das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Uma Avaliação de Serviços de Assistência Especializada**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
- BORGES, Maria Jucineide Lopes; SAMPAIO, Aletheia Soares; GURGEL, Idê Gomes Dantas. **Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/AIDS em Pernambuco**. Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST e AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS**. Brasília: Ministério da saúde, 2014. Ano III - nº 1 - 27ª à 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2013; Ano III - nº 1 - 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014a. Em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim\\_2014\\_1\\_pdf\\_60254.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf)
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST e AIDS e Hepatites Virais. **Serviço de Assistência especializada em HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da saúde, 2014b. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/tipo\\_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaids](http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaids). Acesso em jan. de 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Rotinas de assistência domiciliar terapêutica (ADT) em HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da saúde, 2007. (Séries Manuais; n. 70) Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_rotinas\\_ADT\\_2007.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_ADT_2007.pdf) Acesso em jan. de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 172 p.: il. – (Série Manuais, n. 46)

BRASIL. **Acompanhamento durante a gravidez.** Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Ministério da Saúde, 2015. Em <http://www.aids.gov.br/pagina/acompanhamento-durante-gravidez>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar – manual instrutivo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_instrucao\\_melhor\\_casa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrucao_melhor_casa.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos e TRAD, Leny Alves Bonfim. **Ressignificando o acolhimento nos serviços de saúde: os dois lados da “recepção”.** In TRAD, Leny Alves Bonfim et al (organizadores). Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral: diversidade e interseções. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO, 2015.

CARVALHO, Gisele dos Santos. **Pessoas vivendo com HIV/AIDS: vivências do tratamento antirretroviral.** Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre. Londrina, 2008.

CASTRO, Mary Garcia e SILVA, Lorena Bernadete. **Respostas aos desafios da AIDS no Brasil: limites e possibilidades.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2005. Em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001400/140095POR.pdf>

CRUZ, Tereza. **O Sistema Público de Saúde: Um processo Inclusivo ou Excludente?** Online em Trabalhos Gratuitos, Categoria Ciências Sociais, enviado em maio de 2013. Em: <http://trabalhosgratuitos.com/print/O-Sistema-P%C3%BAblico-De-Sa%C3%BAde/28056.html>

CUSTÓDIO, Maria Inês de Freitas. **Antropologia e Saúde.** Revista Espaço Acadêmico; Nº 82/ Ano VII, Março de 2008.

FALCO, Marianne; CASTRO, Aline de Cássia de Oliveira e SILVEIRA, Erika Aparecida. **Terapia nutricional nas alterações metabólicas em pessoas vivendo com HIV/AIDS.** *Rev. Saúde Pública*[online]. 2012, vol.46, n.4, pp. 737-746. Epub July 10, 2012. Em <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/48344>

FLEURY, Sônia. **Reformas dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil.** Publicado na revista The Lancet, número especial Saúde no Brasil, maio de 2011.

GELBCKE, Francine Lima, PEÑHA, Yolanda Flores, GALLO, Edmundo. **Dialéctica y Materialismo Histórico: Su Aproximación al Estudio Del Fenómeno Salud/Enfermedad.** In Investigación Cualitativa em Enfermería: Contexto y Bases Conceptuales. Organización Panamericana de La Salud, 2008. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 nº9

GERHARDT, Tatiana Engel e RIQUINHO, Deise Lisboa. **Sobre itinerários terapêuticos em contextos de iniquidade social: desafios e perspectivas contemporâneos.** In TRAD, Leny

Alves Bonfim et al (organizadores). *Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral: diversidade e interseções*. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO, 2015.

GERHARDT, Tatiana Engel e SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Em <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>

GOMES, Maria Auxiliadora de S. Mendes. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, vol.9, n.4, pp. 1080-1082. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400029>.

GRANGEIRO, Alexandre; SILVA, Lindinalva Laurindo da e TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária**. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2009, vol.26, n.1, pp. 87-94. ISSN 1020-4989. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000700013>.

IGLESIAS, Alexandra e DALBELLO-ARAUJO, Maristela. **As concepções de promoção da saúde e suas Implicações**. *Cad. Saúde Coletiva*, 2011, Rio de Janeiro, 19 (3): 291-8. Em [http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011\\_3/artigos/csc\\_v19n3\\_291-298.pdf](http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_3/artigos/csc_v19n3_291-298.pdf)

JAIME, Patrícia Constante et al. **Prevalência de sobrepeso e obesidade abdominal em indivíduos portadores de HIV/AIDS, em uso de terapia anti-retroviral de alta potência**. *Rev. bras. epidemiol.* vol.7 no.1 São Paulo Mar. 2004.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa e GIOVANELLA, Ligia. **Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica**. In *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

MACIEL, Marcelo de Abreu. **Textos de apoio em saúde mental**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.21, n.5, pp. 1617-1619. Em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000500042&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000500042&script=sci_arttext)

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 335-342. ISSN 1413-8123. Em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>.

MATTOS, Rubens de Araújo. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.5, pp. 1411-1416. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 20 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2010.

MOREIRA, Karla Abreu Peixoto et al. **Conhecimento de gestantes sobre o exame anti-hiv no pré-natal**. *Rev. RENE*. Fortaleza, v. 7, n. 3, p. 63-69, set./dez.2006. Em <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/751-2953-1-PB.pdf>

MOTA, Clarice Santos et al. **A integralidade no cuidado às pessoas com doença falciforme: gestão e pesquisa em dois contextos de vulnerabilidade.** In TRAD, Leny Alves Bonfim et al (organizadores). Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral: diversidade e interseções. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO, 2015.

NOGUEIRA, Joani Aparecido. **Fisioterapia no Contexto da Assistência Domiciliar Terapêutica: Estudo de Pacientes com AIDS.** Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz com vistas à obtenção do título de mestre em ciência na área de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2000.

OLIVEIRA, Esmael Alves. **O corpo no cinema moçambicano: uma análise da experiência do HIV/AIDS a partir das obras cinematográficas de Isabel Noronha e Orlando Mesquita.** PROA – Revista de Antropologia e Arte. Vol. 01 nº 04-2012. Em <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/2358-6536-1-SM.pdf>

OLIVEIRA Francisco Arsego. **Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação.** Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.6, Saúde, Educ n.10, p.63-74, 2002. Em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114097006>

PAIM, Jairnilson et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Publicado na revista The Lancet, número especial Saúde no Brasil, maio de 2011.

PINHEIRO, Roseni e LUZ, Madel Therezinha. **Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade.** In Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p. ISBN 85-89737-33-3.

POLARO, Sandra Helena Isse. **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na estratégia saúde da família** [tese]. Florianópolis, SC, 2011. Em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/95422/288368.pdf?sequence=1>

PROTOCOLO de Normas E Rotinas Técnicas da UREDIPE/SESPA/SUS. SESPA, Belém, 2013.

REIS, Renata Karina e GIR, Elucir. **Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS.** Rev. esc. enferm. USP vol.44 no.3 São Paulo Sept. 2010. Em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300030)

RIGHETTO Rosângela Casas et al. **Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/AIDS.** Rev Rene. 2014 nov-dez; 15(6): 942-8. Em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1761/pdf>

SANTOS, Fernanda Marsaro. **Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin.** Resenha BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229. Universidade Católica de Brasília. Revista Eletrônica de Educação, v. 6, n. 1, mai. 2012. Resenhas. ISSN 1982-7199.

SILVA, Raquel V. G. de Oliveira e RAMOS, Flávia Regina Souza. **Integralidade em saúde: revisão de literatura.** Cienc Cuid Saude 2010 Jul/Set; 9 (3):593-601 Em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8726/6640>

SILVA, Leandro César et al. **Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/AIDS em idosos atendidos em um serviço público de saúde.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2015; 18(4):821-833. Em [http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n4/pt\\_1809-9823-rbagg-18-04-00821.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n4/pt_1809-9823-rbagg-18-04-00821.pdf)

SOUZA, Bruna Maria Bezerra et al. **A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica.** J Manag Prim Health Care, 2010; 1(1): 23-26. Disponível em: [www.jmpch.com](http://www.jmpch.com)

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde.** Salvador, Bahia. Junho de 2011. Em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica da ciência e da pesquisa.** 6.ed. Belém: UNAMA, 2003.

VETTORE, Mario e LAMARCA, Gabriela. **Série Especial Lancet Brasil: um panorama crítico da saúde dos brasileiros** [Internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2011 Jul 13. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2011/07/serie-especial-lancet-brasil-um-panorama-critico-da-saude-dos-brasileiros/>

VICTORIA, Cesar G et al. **Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer.** Publicado na revista The Lancet, nº especial Saúde no Brasil, maio de 2011.

UCHÔA, Elizabeth e VIDAL, Jean Michel. **Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença.** Cadernos de Saúde Pública, nº 10 (4): 497 – 504, Rio de Janeiro, Out/Dez 1994.

**APÊNDICES**

## **Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado/a a participar como voluntário/a do projeto de pesquisa de título **Integralidade: interface entre HIV/AIDS e Assistência Domiciliar**. Para tal, você deverá responder a uma entrevista que têm por objetivo: identificar a sua opinião sobre a atenção à saúde oferecida no Serviço de Assistência Especializada em HIV e AIDS (SAE-HIV/AIDS), precisamente na Atenção Domiciliar Terapêutica/ADT da UREDIPE e sobre a sua participação nas ações desenvolvidas.

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

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

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

Caso tenha dúvidas ou ocorra algum problema durante este estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (91)96193227 (operadora Oi) / (91)989151624 (operadora Tim) ou pelo e-mail [martagiane@hotmail.com](mailto:martagiane@hotmail.com).

---

Assinatura do/da participante

---

Marta Giane Machado Torres

## **Apêndice 2 – Roteiro para Entrevista com Usuários**

### Item 1 – Dados gerais

Sexo:

Idade:

Tempo de diagnóstico para o HIV:

Início do tratamento e admissão na ADT:

### Item 2 – Dados referentes à integralidade no cuidado

Na sua experiência de pessoa que vive com o HIV como você vê o serviço da ADT para atender de forma completa as suas necessidades de cuidados da sua saúde?

O que você acha que tem facilitado o trabalho da equipe da ADT para atender de forma completa as suas necessidades de saúde?

O que você acha que tem dificultado o trabalho da equipe da ADT para atender de forma completa as suas necessidades de saúde?

Como acha que as dificuldades da ADT para atender de forma integral as suas necessidades de saúde poderiam ser minimizadas?

**ANEXOS**

## Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa pela Universidade Federal do Pará

E) Era preponderante a intenção de estabelecer a agricultura, com o trabalho livre e familiar, no Brasil.

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/**



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA/UREDIPE COMO ESTRATÉGIA DE INTEGRALIDADE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

**Pesquisador:** Marta Giane Machado Torres

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 45581715.8.0000.0018

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.162.261

**Data da Relatoria:** 28/07/2015

#### Apresentação do Projeto:

O estudo coloca em pauta a Assistência Domiciliar Terapêutica como estratégia de integralidade da atenção à saúde às pessoas vivendo com HIV/AIDS da UREDIPE - Unidade de Referência Estadual em Doenças Infecciosas Parasitárias Especiais no contexto do Sistema Único de Saúde. Serviço especializado localizado em Belém, de abrangência estadual. Sob análise que compreende que a complexidade da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids requer dos serviços de saúde o investimento na integralidade das ações e do cuidado. O que para além das equipes multiprofissional há necessidade do desenvolvimento interdisciplinar da prática assistencial considerando as políticas estabelecidas pelo poder público em meio às estratégias para garantir, entre outras questões, maior adesão ao tratamento, adaptação e qualidade de vida no âmbito do Sistema Único de Saúde. Com a garantia da distribuição gratuita dos medicamentos anti retrovirais, bem como do processo como um todo do acesso gratuito ao diagnóstico do HIV e tratamento da AIDS. Frente que a infecção pelo HIV hoje é considerada de caráter crônico evolutivo e controlável, amparado pela terapia antirretroviral (TARV) e monitoramento do sistema de defesas, com a disponibilização de exames como CD4 e carga viral. Este universo aqui proposto pretende partir das percepções dos usuários admitidos na Assistência Domiciliar Terapêutica da UREDIPE.

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.162.261

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Conhecer a percepção dos usuários sobre a integralidade da assistência no serviço da Assistência Domiciliar Terapêutica/UREDIFE e sua relação com o Sistema Único de Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Quebra de sigilo de sua condição soropositiva, exposição de privacidade.

Benefícios:

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

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo Sistema CEP/CONEP.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/**



Continuação do Parecer: 1.162.261

BELEM, 29 de Julho de 2015

---

**Assinado por:  
Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br