

O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência

Marilia Belfiore Palácio
Marco Antônio de Castro Figueiredo
Lícia Barcelos de Souza

*Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto, SP, Brasil*

RESUMO

Mudanças na vivência do adoecimento pela infecção do HIV desencadearam novas exigências de cuidados e necessidades, que podem ser contempladas pelo princípio da integralidade, a partir do acesso à Estratégia Saúde de Família. O objetivo do estudo foi compreender como portadores HIV/AIDS manejam seu cuidado em saúde e suas perspectivas de integração do cuidado. Entrevistas abertas, realizadas com 05 usuários de uma unidade especializada no tratamento de doenças infecciosas, foram analisadas segundo procedimentos de Análise Temática de Conteúdo. A Categoria Temática Apropriação das Linhas de Cuidado, agrupou conteúdos sobre Necessidades de Comunicação; Acesso e Cuidado em Saúde, que referiram contradições emergentes na relação entre necessidades em saúde e a (des)integralidade do sistema de saúde, apontando concepções de um modelo fragmentado de cuidado e dificuldades no intercâmbio entre níveis de atenção. Assim, o projeto terapêutico deve considerar que necessidades de comunicação, acesso e cuidado também são permeadas pela subjetivação dos usuários.

Palavras-chave: HIV/AIDS; estratégia saúde da família; integralidade; cuidado.

ABSTRACT

HIV/AIDS Care and Primary Health care: Possibilities of Assistance Integration

Changes in the illness experience of people affected by HIV infection have triggered new requirements related to health care and needs, which can be contemplated by the principle of integral care from access to Family Health Strategy. The aim of the study was to understand how HIV/AIDS patients handle their health care and their perspectives about care integration. Open interviews were carried on with 05 users of specializing unit in infectious diseases treatment and analyzed according to thematic content analysis procedures. The Thematic Category named Appropriation of Care Lines has grouped contents related to Communication Needs, Access and Health Care, which pointed out emerging contradictions in the relationship between health needs and (dis) integrality of the health system, pointing to fragmented conceptions of care and difficulties in the exchange among three care levels. Thus, the therapeutic project should consider that communication needs, access and care are also permeated by the users' subjectivity.

Keywords: HIV/AIDS; family health strategy; integrality; health care.

RESUMEN

Cuidado para HIV/AIDS y Atención Primaria de Salud: Posibilidades de Integración de la Asistencia

Los cambios en la experiencia de la enfermedad por HIV deflagaron nuevos requerimientos de necesidades y de cuidado, que pueden ser considerado por el principio de integralidad, de acceso a la Estrategia Salud de la Familia. El objetivo del estudio era conocer cómo los pacientes HIV/AIDS administran su salud y las perspectivas de integración del cuidado. Entrevistas abiertas, con 05 usuarios de un unidad especializada en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, se analizaron con arreglo a los procedimientos de Análisis Temático de Contenido. La categoría temática Apropriación de Líneas de Cuidado agruparon contenido acerca de las necesidades de Comunicación; Acceso y atención de la salud, que referiram contradicciones emergentes en la relación entre las necesidades de salud y la (des)integridad del sistema de salud, apuntando concepciones de una plantilla de atención fragmentada y dificultades en el intercambio entre los distintos niveles de atención. Así, el proyecto terapéutico debe tener en cuenta que las necesidades de comunicación, acceso y cuidado son también permeados por la subjetivación de los usuarios.

Palabras clave: HIV/AIDS; estrategia de salud de la familia; integridad; cuidado.

INTRODUÇÃO

Atualmente, estima-se que, no Brasil, cerca de 600 mil pessoas vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Em 2010, a região Sul teve a maior incidência de casos, seguida, respectivamente, pelas regiões Norte, Sudeste, Centro Oeste e Nordeste (Ministério da Saúde, 2011). Entre as cidades do estado de São Paulo, Ribeirão Preto é a sexta em números de casos, segundo boletim epidemiológico estadual de 2010 (Secretaria da Saúde, 2011). Os últimos boletins evidenciaram mudanças no perfil epidemiológico que, associados aos pactos de saúde, passaram a subsidiar estratégias de atenção e prevenção para as populações vulneráveis identificadas, como as pessoas na faixa da maturidade e terceira idade (Ministério da Saúde, 2008) e crianças menores de cinco anos (Ministério da Saúde, 2011).

Nesta perspectiva, o investimento das políticas públicas de saúde em medidas de prevenção e no controle da transmissão vem abrindo novas possibilidades nas redes de serviços e estratégias de cuidado. Além disso, os avanços da ciência quanto ao tratamento de pessoas que vivem com o HIV/AIDS também colaboram para essa abertura.

Alguns autores consideram que a aids ganhou o status de doença crônica (Canini, Reis, Pereira, Gir & Pelá, 2004; Schaurich, Coelho e Motta, 2006; Ceccato, Acurcio, Bonolo, Rocha, e Guimarães, 2004; Figueiredo, Sinkoc, Tomazim, Gallani e Colombini, 2001; Seidl, Zannon e Tróccoli, 2005). O expressivo aumento da sobrevida exigiu o desenvolvimento de estratégias multidisciplinares para a garantia das condições de vida dos pacientes. Sob a perspectiva de quem adoece pela infecção, o aumento da sobrevida também acarretou a emergência de novas questões psicossociais a serem vivenciadas. É possível citar, entre elas, as possibilidades de tratamentos e a necessidade do fortalecimento da rede social de apoio para o enfrentamento do preconceito e discriminação, que ainda perduram na sociedade (Seidl et al., 2005).

Com relação ao tratamento, algumas ações vêm sendo pautadas no estímulo à autonomia dos pacientes, que contam com apoio da estrutura do sistema de saúde, de instituições sociais importantes e dos movimentos da sociedade civil. Dessa forma, é esperado que os pacientes neguem menos a doença e aumentem o autocuidado (Sadala e Marques, 2006). No entanto, alguns autores apontam que persevera o enquadre no modelo biomédico, o que coloca em segundo plano a dimensão social e psicológica do viver com HIV/AIDS (Cecílio, 2001; Silva e Cardoso, 2008).

O embasamento dessa discussão pode ser ancorado nas mudanças preconizadas pela reforma sanitária da década de 80, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre suas propostas são destacados os princípios da integralidade e equidade da assistência.

Na década de 1990, buscando a efetivação desses princípios, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Com o objetivo de fortalecer a atenção primária em Saúde, a proposta prevê o desenvolvimento equilibrado de ações de promoção da saúde, prevenção, e cura das doenças e reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo, por meio do trabalho de uma equipe multidisciplinar dedicada à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (Silva e Cardoso, 2008).

Ferri (2007) concorda com Cecílio (2001) sobre a ideia de que “a integralidade não se realiza nunca em um único serviço: integralidade é o objetivo da rede” (Cecílio, 2001, p. 118). Cecílio (2001) complementa que equidade implica no atendimento de necessidades diferenciadas da população, como por exemplo, de vínculos, de tecnologia, de condições de vida e na forma de construir autonomia para viver. A diversidade de necessidades humanas e as possibilidades que temos para compreendê-las, na perspectiva da integralidade, são reveladas no percurso de quem busca o Sistema de Saúde, que deve ser pensado com garantia de universalidade de acesso.

Na prática, estes princípios são traduzidos nos serviços de saúde de atenção básica oferecidos ao portador, que devem incluir práticas de promoção e prevenção em saúde. Assim, é importante destacar que a ESF atua como uma maneira de reorganizar o modelo assistencial (Ministério da Saúde, 2010). Cabe salientar que, dentre as políticas de saúde, a que mais se aproxima do princípio de “horizontalização” de acesso proposto pelo SUS é a Política Nacional de Aids, pois o atendimento abrange os vários níveis de atenção em saúde (Gomes e Pinheiro, 2005).

Apesar disso, Silva, Guimarães, Pereira, Miranda e Oliveira (2005) concluíram em seu estudo que o preparo específico para atender os usuários estaria restrito aos profissionais de centros especializados. Esta restrição resulta na descontinuidade da assistência para as pessoas com HIV positivo e na falta de preparo dos profissionais em relação ao estigma, quando são atendidas em outros serviços do SUS.

De acordo com Moya e Souza (2005), em estudo realizado com uma equipe de ESF, as pessoas que vivem com HIV/AIDS foram consideradas iguais aos demais usuários quando diz respeito aos direitos de

acesso ao atendimento. No entanto, a equipe percebe o portador de maneira diferente quando o assunto são as necessidades implicadas no cuidado. Dessa forma, é preciso ampliar os espaços de trocas dialógicas nas equipes de Saúde da Família, sendo essencial desenvolver outros estudos que compreendam também a perspectiva dos demais profissionais e usuários (Silva e Cardoso, 2008).

Em nossa revisão sobre estudos realizados com base na opinião de usuários sobre os serviços de saúde no país, pudemos observar que, em geral, são mais direcionados para a investigação acerca do campo do atendimento hospitalar conforme apontam Ferreira e Nichiata (2008). Os usuários, mesmo quando se sentem satisfeitos com o cuidado que lhes é proporcionado, percebem a falta de outros recursos para o tratamento.

A bibliografia mostrou-se ainda mais restrita quando relacionada à forma como os pacientes HIV/AIDS percebem e relacionam-se com a ESF. Com relação ao cuidado na atenção primária, algumas diretrizes foram formuladas para as ações dos agentes comunitários de saúde, tendo como enfoque a prevenção da epidemia, disseminação de informações e orientações (Ministério da Saúde, 2001).

Compreender as formas de pensar das pessoas que vivem com HIV/AIDS sobre o cuidado em saúde e suas estratégias de utilização e interação com os serviços disponíveis poderá fornecer informações relevantes para a integração do cuidado entre os Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/AIDS e a ESF.

Assim, o estudo teve como objetivo compreender como o portador HIV/AIDS maneja seu cuidado em saúde no processo de aproximação com as equipes da ESF. Além disso, objetivou também compreender as perspectivas de integração do cuidado em saúde por eles, tendo em vista a disponibilidade dos serviços especializados e de atenção primária em Ribeirão Preto.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada com usuários da Unidade Especial de Tratamento Doenças Infecciosas, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (UETDI-HCFMRP). Eles foram selecionados a partir de uma breve entrevista para verificação dos critérios de inclusão, como residir em Ribeirão Preto, estar em segmento no ambulatório há pelo menos um ano, ter idade igual ou acima de 18 anos, aceitar participar voluntariamente da pesquisa e ter conhecimento sobre a ESF.

Os usuários que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a colaborar com o estudo quando

também foram esclarecidas as condições de sua participação com a leitura, em conjunto, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado segundo a resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme parecer que consta no processo do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, HCRP nº 7273/2009.

A entrevista foi realizada individualmente, áudio-gravada, em ambiente reservado na própria Unidade. Após o *rapport*, momento em que foram novamente apresentadas as questões referentes à participação do entrevistado, a pesquisadora deu início à entrevista. Primeiro, registrou informações para a caracterização dos participantes e, em seguida, perguntou a questão norteadora do estudo: “Como você imagina que a equipe do ESF poderia ajudá-lo no seu cuidado com a saúde?”. A continuidade da entrevista ocorreu de forma a tentar explorar e aprofundar a dissertação do participante, introduzindo outras questões relevantes relacionadas ao tema proposto. Os nomes divulgados nesse artigo são fictícios e não possuem relação com os nomes reais dos entrevistados, para garantia de anonimato e sigilo.

As entrevistas foram analisadas segundo o procedimento de Análise Temática de Conteúdo (Bardin, 1977; Minayo, 1992; Franco, 2007). As transcrições foram lidas exaustivamente com o objetivo de selecionar os trechos significativos e pertinentes ao tema abordado e às questões de verificação. Nesta etapa da análise de conteúdo foram realizadas notações para cada uma das unidades de registro, baseadas em sistema interpretativo, com o objetivo de compreensão das falas e explicitação dos núcleos de sentido sobre o tema abordado.

Após sucessivas leituras dos trechos selecionados e de suas respectivas notações, foram identificadas as unidades de registro, que sintetizaram o tema geral abordado pela fala de cada entrevistado, ou seja, sobre o que eles estavam falando. Nesta etapa, foi utilizada como esquema referencial a questão norteadora e as questões de verificação de conteúdo, realizadas pela pesquisadora. A seguir, considerando o eixo temático, foram identificadas as Unidades Temáticas, a partir das notações que foram agrupadas de acordo com a convergência dos conteúdos.

Realizadas as fases anteriores para cada entrevista, as notações frente às Unidades Temáticas foram relidas com o objetivo de agrupá-las de acordo com a convergência dos sentidos atribuídos. Os resultados obtidos na síntese das Unidades Temáticas permitiram a análise em conjunto dos sentidos atribuídos, que

foram agrupados em Categorias Temáticas Empíricas e discutidos com base em estudos realizados na área de cuidados em HIV/AIDS e da saúde coletiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De um total de 39 pessoas convidadas, aceitaram participar voluntariamente do estudo 05 usuários da UETDI-HCFMRP, sendo 03 mulheres e 02 homens, com idades entre 31 e 39 anos, escolarização entre ensino fundamental incompleto e superior incompleto, todos solteiros, embora uma participante declarasse viver com um companheiro. O tempo de diagnóstico variou entre 01 ano e 02 meses até 18 anos, e o tempo de segmento no serviço entre, pelo menos 01 ano e 02 meses até 15 anos. Entre os entrevistados, apenas 03 afirmaram que eram acompanhados pela ESF, mas não necessariamente pelo motivo de serem portadores HIV/AIDS.

As pessoas que vivem com HIV/AIDS poderiam ter algumas de suas necessidades atendidas pela atenção primária, em particular pela ESF, uma vez que os serviços de atendimento aos portadores estão concentrados nos níveis secundário e terciário. Porém, o fato da cobertura da ESF na cidade de Ribeirão Preto ser em torno de 14,22% (Ministério da Saúde, 2010) poderia justificar porque a maioria da população não utiliza ou até desconhece a ESF.

Da análise de conteúdo das entrevistas foi definida a Categoria empírica nomeada Apropriação das Linhas de Cuidado e respectivas Unidades Temáticas. O Quadro 1 apresenta a síntese dos resultados.

QUADRO 1

Síntese da Categoria e respectivas Unidades Temáticas obtidas na análise de conteúdo de entrevistas realizadas com pessoas que vivem com HIV/AIDS (Ribeirão Preto, São Paulo, 2010).

<i>Integralidade do cuidado em HIV/AIDS</i>
Categoria Temática: • Apropriação das linhas de cuidado
Unidade Temática I – Necessidade de comunicação: • Relação com/entre profissionais • Relação entre serviços
Unidade Temática II – Necessidade de acesso
Unidade Temática III – Necessidade de cuidado em saúde: • Perspectiva fragmentada • Perspectiva de integralidade

A Categoria Apropriação das Linhas de Cuidado sintetizou as Unidades Temáticas associadas aos conteúdos que referiram às contradições que emergem

na relação entre necessidades em saúde dos portadores HIV/AIDS e as políticas que visam consolidar o princípio da integralidade do sistema público de saúde. As concepções sobre a Necessidade de Comunicação apresentaram duas direções: uma que diz respeito tanto à Relação com/entre Profissionais e quanto à Relação entre Serviços. A análise de conteúdo também identificou, nas falas sobre Necessidade de Acesso, a compreensão que os usuários têm sobre sua autonomia no percurso engendrado em busca do cuidado pelos serviços de atenção em saúde. Finalmente, os conteúdos agrupados na Unidade Temática Necessidade de Cuidado em Saúde mostraram a formação de concepções sobre o cuidado baseadas na vivência do processo de adoecimento e da interação com os serviços, pautadas ora por uma Perspectiva Fragmentada ora por uma Perspectiva de Integralidade e permeadas pela expectativa de acesso a um único “lugar” no qual pudessem ter todas suas necessidades atendidas.

A discussão dos resultados será aprofundada com base em recortes de trechos selecionados das entrevistas, considerados mais significativos para ilustrar o sistema interpretativo adotado em nosso estudo.

Necessidades em saúde e o percurso dos portadores nos serviços de saúde

As necessidades em saúde têm sido discutidas enquanto uma perspectiva de rede de cuidados (Cecílio, 2001). O conceito de rede de atenção em saúde pode ser definido através de uma única missão para os serviços atrelada a possibilidade de um planejamento em comum para a sua utilização pelos usuários e também a um objetivo em comum a todos os serviços. Além disso, a rede é constituída por alguns eixos, sendo os principais a população e a estrutura operacional (tendo em vista que o centro desse sistema é a atenção básica) e também pelos modelos de atenção em saúde disponíveis (Mendes, 2010).

Em nosso estudo, os pacientes parecem compreender seu percurso nos serviços de saúde norteados por três necessidades em destaque: Comunicação, Acesso e Cuidado em Saúde.

Ressaltando aspectos tanto da Relação com/entre Profissionais quanto da Relação entre os Serviços, a Necessidade de Comunicação sintetizou os conteúdos acerca da circulação de informações sobre o paciente e também da interação com os profissionais.

A necessidade de que suas dúvidas e vivências sejam compreendidas e acolhidas pelos profissionais, em especial sobre as condições do tratamento e do cuidado em HIV/AIDS, foi considerada como imprescindível para o processo de adesão e

continuidade do acompanhamento em saúde. Além disso, há uma expectativa de que a troca de informações sobre o paciente entre os profissionais faça parte de um procedimento padrão, suficiente para o cuidado e que não exigiria a participação ativa do usuário nas questões que se referem a ele:

“... sabe, alguém presente pra ver se a gente tem alguma dúvida... sobre preconceito, sabe não tem ninguém pra tirar dúvida. Eu fiquei um ano pra saber porque o medicamento fazia mal pra mim... não sabia pra quem perguntar, quer dizer, precisei ficar internada quase 3 mês pra saber porque.” (Solange)

“‘Ah eles sabem...’ [sobre o diagnóstico HIV no serviço não especializado] Então, nunca perguntei se eles conversam sobre mim, sobre meu caso.” (José)

No que diz respeito à comunicação na Relação entre Serviços, as falas revelaram a maneira como a pessoa que vive com HIV/AIDS compreende a organização da rede de serviços de saúde na cidade, evidenciando a falta de comunicação entre eles, principalmente no que tange as dúvidas sobre onde o paciente, que está em atendimento na rede, deve buscar pelo cuidado (referência/contrarreferência). Muitas vezes não possui a resposta para suas questões e nem sabe onde encontrá-las. Com isso, a percepção dos usuários de que os serviços não estabelecem uma relação de troca torna-se nítida entre eles. Ainda, é importante salientar que os usuários não compreendem de quem é a função de permitir a comunicação entre serviços. No trabalho de Silva et al (2005), usuários e profissionais de saúde destacam a comunicação entre os serviços como essencial para a continuidade da assistência e o bom atendimento. Assim, o conhecimento sobre a organização da rede de serviços e o que está sendo feito em cada um deles é importante para o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência.

Além disso, os portadores acabam criando uma maneira particular de manejar o cuidado baseados na compreensão de como a rede de serviços de saúde está organizada, evidenciando a crença de que o atendimento de suas necessidades em saúde depende mais da boa vontade e da interação que é estabelecida entre pacientes e profissionais do que da comunicação na rede:

“Então eu brigo, eu vou atrás... ai um posto fica jogando pra outro. Vou no posto X, joga pro posto Y... e vou no posto F joga pro outro posto Z, aí fica

que ninguém resolve nada. E agente comunitário só tem no posto piloto.” (Solange)

“... olha, uma vez eu pedi um encaminhamento, te falei né? Do hospital X... a moça lá me deu... agora outra vez... precisei passar por 5 postos na cidade, e foi um rolo só pra ser atendida aqui... até que deu certo... mas foram 5 postos, 5 meses até chegar aqui...” (Viviane)

As Necessidades de Acesso ao serviço, quando considerado como a porta de entrada para o cuidado, puderam evidenciar uma questão central na compreensão da integralidade, enquanto dimensão da universalidade do atendimento em saúde.

Os entrevistados relataram que a escolha do local para realizarem o cuidado em saúde se dá de acordo com as facilidades de acesso próprio de cada um, não necessariamente sendo a distância entre seu domicílio e o serviço um critério determinante destas facilidades. Outra questão identificada nas falas foi a crença na autonomia para a escolha do local de atendimento, o que de certa forma contraria a organização da rede de serviços. Assim, a integralidade e as ações em saúde podem atuar de maneira com que o usuário da rede participe como o protagonista da sua própria história (Gomes e Pinheiro, 2005). Também ficou evidente a compreensão de que o acesso ao cuidado em situações de urgência e emergência, não depende da autonomia nas escolhas, sendo identificado que o critério de localização prevalece, em termos da menor distância do domicílio, associado à expectativa de obter ajuda do serviço mais próximo no encaminhamento.

A questão do acesso também pode ser discutida a partir dos relatos sobre a procura por serviços particulares de saúde, enquanto rede complementar, que ocorre quando o paciente avalia que seu caso é emergencial e não pode depender da morosidade para o atendimento de suas necessidades. Novamente, podemos identificar a valorização da autonomia de escolha pelo paciente em detrimento da regulação do acesso ao cuidado na rede pública de saúde:

“Eu não reclamo do serviço [Unidade Especializada], porque eu escolhi cuidar aqui. Se eu escolhi cuidar aqui, eu não posso reclamar de lá [ESF], as pessoas no meu bairro sabem, tem o centro especializado sugeriram minha transferência pra lá quando eu fiz tratamento lá pra coisas que não tem a ver com HIV, mesmo sendo mais perto de casa lá, eu venho aqui [Unidade Especializada] já que tem o que preciso tudo aqui pra cuidar de tudo meu.” (Antônio)

“... quando a gente precisa alguma emergência assim, tanto pra mim quanto pro meu filho, só dá pra ir no posto até as 4 horas... porque depois o posto fecha, daí a gente fica sem ter quem chamar.. sem ter pra onde ir... porque você sabe né... o bairro x fica longe... tem que pegar ônibus pra ir pros outros lugar como hospital... então a gente espera o dia seguinte.” (Graziela)

“Lá no convênio eu fui uma vez com herpes na perna, fui lá porque era urgência e tava me incomodando, aí o medico tratou lá, porque aqui ia demorar ainda pra me atender, pra marca essas coisas de marcar demora.” (Antônio)

E por fim, as pessoas que vivem com HIV/AIDS revelaram em suas falas que as Necessidades de Cuidado em Saúde apresentaram duas direções marcantes e aparentemente contraditórias, a partir de concepções baseadas tanto em uma Perspectiva Fragmentada quanto Perspectiva de Integralidade.

A fragmentação dos níveis de atenção em saúde parece contribuir para a formação de uma percepção também fragmentada do cuidado e do próprio adoecimento, associada ainda a impossibilidade de fazer escolhas na rede de serviços. Neste sentido, persevera a compreensão de que em cada serviço é oferecido o tratamento específico para cada patologia, justificando a divisão dos serviços focada no acesso ao cuidado de uma doença específica.

Ainda na direção de uma perspectiva fragmentada, pôde ser identificado que a história do adoecimento, que se inicia pelos primeiros diagnósticos e cuidados, favorece a compreensão de que a atenção é mais adequada onde a pessoa possa ter os cuidados mais específicos. Esta compreensão acaba sendo naturalizada pela ineficiência de um sistema de referência e contrarreferência entre serviços, reiterando a ideia de que esse usuário acaba sendo o protagonista das falhas de integralidade do cuidado:

“... eu descobri aqui [Unidade Especializada], daí já tratei aqui né... porque aqui né... é só disso né... e mesmo sendo longe... é só disso né... eu venho aqui por causa do meu problema... do que eu tenho né... daí eu trato disso[HIV] aqui [Unidade Especializada] ... É, trato em casa, porque eu faço as coisas direitinho... e as moça vão ver se ta tudo em ordem... e tenho o postinho que posso pedir ajuda até às 4 da tarde... eu preciso usar os dois pelo jeito” (Graziela)

“Eu que procurei né... eu que tava doente [tuberculose]... daí depois disso que descobri a outra doença [infecção pelo HIV] que eu trato aqui agora... descobri ela e vim fazer tratamento aqui... Aí perguntaram pra mim se eu queria ficar lá, e eu falei ‘não, quero continuar tratamento aqui’ e daí eu trato da tuberculose lá com eles... e aqui da aids.” (José)

Segundo Franco e Magalhães-Junior (2004), integralidade pode ser compreendida em torno de dois eixos principais: organização da assistência e o fluxo do usuário. O primeiro é norteado através dos serviços de saúde disponíveis e pelas possibilidades de serem utilizados. O segundo, por sua vez, é baseado na escolha do serviço pelo usuário. Nesse sentido, finalmente, a última Unidade Temática: Perspectiva de Integralidade reuniu os conteúdos das entrevistas que revelaram a compreensão de que o serviço especializado encerra em si todos os recursos para o suprimento das necessidades em saúde, independente do nível de complexidade. Ainda nesse sentido, nas concepções dos entrevistados, a maior facilidade de integração do cuidado ocorre quando apenas um serviço é capaz de suprir suas necessidades no cuidado em saúde, dificultando assim uma apreensão da existência de uma rede de serviços que poderia também ser utilizada como recurso:

“Eu fiquei sabendo na gestação, porque eu fiz pré-natal aqui no hospital... daí me trouxeram pra aqui, onde eu to né..tenho outra filha também..de cinco anos...que daí já fiz tudinho aqui com o pessoal, equipe né..e graças a Deus, porque tenho feito tudo direitinho desde o começo...” (Viviane)

“Daí aqui eles tem tudo pra nós né... tem dentista, que é o que eu vim hoje... psicóloga, que como você falou que tá estudando pra isso... tem os médico... tem os enfermeiro... tem um monte de gente pra cuida... eu sei que tem bastante gente também né... mas é mais melhor pra isso que eu tenho... eu gosto daqui...” (Graziela)

“eu até tenho curiosidade pra saber se isso existe no bairro, mas não vou atrás de ficar sabendo porque eu acho o [hospital] o melhor hospital que tem, sabe... nunca fui tratada em outro hospital, mas eu sei que ele é melhor... às vezes eu acho que ele é melhor que os particular.” (Viviane)

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo conduzido por Ferreira e Nichiata (2008) que, através da análise da fala de usuários, apontou que eles

não vêm necessidade de serem atendidos em outro local, pois já possuem a assistência que precisam nos serviços de atendimento especializado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da compreensão da perspectiva dos usuários foi possível identificar outros desafios quanto a integralidade do cuidado, alguns envolvendo questões específicas ao adoecimento pelo HIV/AIDS e outros semelhantes à vivência de outras doenças crônicas.

A perspectiva de integralidade do cuidado evidenciou a contraposição das necessidades de saúde dos usuários ao “projeto terapêutico” proposto pela organização dos serviços do SUS. Comunicação, acesso e cuidado são necessidades que podem ser compreendidas tanto sob a ótica da racionalidade dos processos de trabalho que organiza os serviços quanto pela subjetivação dos usuários. Assim, um desafio permanente pareceu ser representado pela dicotomia entre o livre arbítrio dos usuários nas decisões sobre seu cuidado em saúde e a estruturação de um fluxo através das linhas de cuidado.

Finalizando, consideramos que nosso trabalho pretende abrir possibilidades de compreensão e discussão das perspectivas para a integralidade do cuidado para pessoas que vivem com HIV/AIDS, e apresenta questões que podem contribuir para a continuidade das investigações.

REFERÊNCIAS

- Abdalla, F.T.M. & Nichiata, L.Y.I. (2008). A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Saúde Sociedade*, 17(2), 140-152.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Cecilio, L.C.O. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In R. Pinheiro & R.A. Mattos, *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 113-126). Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco.
- Canini, S.R.M.S., Reis R.B., Pereira L.A., Gir E. & Pelá N.T.R. (2004). Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 12(6), 940-945.
- Ceccato, M.G.B., Acurcio, F.A., Bonolo, P.F., Rocha, G.M. & Guimarães, M.D.C. (2004). Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), 20(5), 1388-1397.
- Esperidião, M. & Trad, L.A.B. (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência Saúde Coletiva*, 10, 303-312.
- Ferri, S.M.N., Pereira, M.J.B., Mishina, S.M., Caccia-Bava, M.C.G. & Almeida, M.C.P. (2007). As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface* (Botucatu), 11(23), 515-529.
- Ferreira, F.C. & Nichiata, L.Y.I. (2008). Mulheres vivendo com Aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 42(3), 483-489.
- Figueiredo, R.M., Sinkoc, V.M., Tomazim, C.C., Gallani, M.C.B.J. & Colombrini, M.R.C.R.M. (2001). Adesão de pacientes com Aids ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um Hospital-Escola. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 9(4), 50-55.
- Franco, B.T. & Magalhaes-Junior, H.M. (2004). Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In E.E. Merhy, T.B. Franco. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 125-33) (2ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Gomes, M.C.P.A. & Pinheiro, R. (2005). Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface comum. Saúde Educação*, 9(17), 287-302.
- Mandú, E.N.T. (2004). Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 12(4), 665-675.
- Mendes, E.V. (2002). *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.
- Merhy, E.E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M.C.S. (1992). *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico 2011*. Disponível em: http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim_epidemiologico_2011 [recuperado em: 21 mar. 2012].
- Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico*. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_preliminar_pdf_34434.pdf [recuperado em: 05 maio 2011].
- Ministério da Saúde. Portaria Atenção Básica. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo11.pdf> [recuperado em: 08 nov. 2010].
- Ministério da Saúde. *Diretório de Atenção Básica*. Disponível em: <http://200.214.130.35/dab/historicocoberturasf/historicocoberturasfrelatorio.php> [recuperado em: 28 out. 2010].
- Ministério da Saúde. *Portaria nº 648* (2006). Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm> [recuperado em: 08 nov. 2010].
- Moura, E.L. & Praça, N. S. (2006). Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 14(3), 405-413.
- Moya, A.L.V. & Souza, L.B. (2005). Cuidado e suporte em HIV/AIDS: representações de profissionais de um núcleo do Programa Saúde da Família. [CD-Room]. In *IV Jornada Internacional e II Conferência Brasileira sobre Representações Sociais*. 3347-3335. João Pessoa.
- Oliveira, D.C., Lima, A.M.C.A., Silva, H.H. (2008). *O processo de cuidado em saúde ao portador de HIV/AIDS no Brasil: Um estudo acerca da gestão do programa nacional de DST/AIDS em Juiz de Fora-MG*. [Dissertação de Mestrado], Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Ortigão, M. B. (1995). AIDS in Children: Observations on Vertical Transmission. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(1): 142-148.
- Nemes, M.I.B., Castanheira, E.R.L., Melchior, R., Alves, M. T.S.S.B. & Basso, C.R. (2004). Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: Questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 310-321.

- Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (Orgs.). (2006). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (6ª ed.). Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO.
- Ribeiro, C.G., Coutinho, M.P.L., Saldanha, A.A.W. & Castanha, A.R. (2006). Profissionais que trabalham com AIDS e suas representações sociais sobre o atendimento o tratamento. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 23(1), 75-81.
- Sadala, M.L.A. & Marques, S.A. (2006). Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2369-2378.
- Schaurich, D., Coelho, D.F., Motta, M.G.C. (2006). A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da Aids após os anti-retrovirais. *Enfermagem UERJ*, 14(3), 455-462.
- Secretaria Estadual de Saúde. (2011). Disponível em: <http://www.crt.saude.sp.gov.br/content/dreruslithmmp> [recuperado em: 05 maio 2011].
- Seidl, E.M.F., Zannon, C.M.L. & Tróccoli, B. (2005). Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.
- Silva, L.M.S., Guimarães, T.A., Pereira, M.L.D., Miranda, K.C.L., & Oliveira, E.N. (2005). Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/AIDS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 14(2), 97-104.
- Silva, N.H.L.P. & Cardoso, C.L. (2008). Agentes Comunitários de Saúde: sentidos acerca do trabalho em HIV/AIDS. *Psicologia & Sociedade*; 20 (2), 247-257.

Recebido em: 11.10.2011. Aceito em: 09.05.2012.

Autores:

Marília Belfiore Palácio – Psicóloga. Aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Foi bolsista de Iniciação Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Atualmente bolsista de mestrado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Marco Antônio de Castro Figueiredo – Psicólogo. Mestre em Educação pela Universidade Federal de São Carlos. Doutor em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia de São Paulo. Professor titular da Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Lícia Barcelos de Souza – Psicóloga. Mestre em Ciências Médicas (Saúde Mental) pela Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Doutora em Ciências (Psicologia) pela Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Enviar correspondência para:

Departamento de Psicologia
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP
Av. Monte Alegre, 3900
CEP 14040-901, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: mariliabp@usp.br
marcoacf@usp.com.br
liciabs@fclrp.usp.br