



Concepções de cuidado à saúde na atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS no SUS: refletindo sobre caminhos possíveis na perspectiva da integralidade em saúde¹

Daniela Maria Bastos Nunes

Especialista em Saúde da Família na Atenção Primária pelo Centro Universitário Internacional e
Assistente Social

E-mail: danielabastosnunes01@gmail.com

Sheila Virgínia de Almeida Bahia

Doutoranda em saúde coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, Bolsista CNPq, Pós-graduanda em
Psicoterapia Integral pelo ISEO/Humanize, Terapeuta Integrativa e Assistente Social

E-mail: sheilabahia27@gmail.com

RESUMO

O desenvolvimento da Aids vem sendo amplamente estudado no aspecto epidemiológico e biológico. No entanto, cabe considerá-lo como um problema de saúde pública com determinantes eminentemente sociais. Apesar do trabalho em saúde ter se tornado menos desgastante e mais seguro, cabe refletir sobre como foi sendo estruturado o cuidado no que tange às relações interpessoais entre profissionais de saúde e usuários. Neste sentido, o objetivo deste artigo consiste em trazer reflexões acerca das concepções de cuidado para as pessoas que vivem com HIV/Aids com vistas a efetivação da integralidade em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, a partir de uma breve revisão narrativa com vistas a trazer elementos fundantes da problemática, tais como: as condições de vulnerabilidade e sua relação com as concepções de cuidado em saúde vigentes; em seguida, buscando refletir as contribuições do conceito de humanização em saúde na perspectiva da integralidade em saúde. Este estudo traz à tona a condição da pessoa com HIV/Aids e a importância da organização do processo de cuidado. Os resultados obtidos são de caráter qualitativo, visto que trazemos reflexões sobre a temática por parte de vários autores. Concluímos que as práticas dos profissionais de saúde necessitam de revisão/atualização constante, com vistas a execução efetiva das políticas de saúde na perspectiva da integralidade em saúde. Estas considerações permitem a construção de práticas (posturas) mais humanizadas com vistas a ampliar a adesão ao tratamento e o alcance da qualidade de vida no âmbito da saúde pública e coletiva.

Palavras-chave: Modelos de cuidado, Síndrome de imunodeficiência adquirida, Integralidade em saúde.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), somente em 2021, no mundo, aproximadamente 650 mil pessoas morreram de causas relacionadas ao HIV e 1,5 milhão adquiriram o vírus. Isso equivale a mais de 4 mil novos casos todos os dias. Além disso, 28,7 milhões de pessoas estavam acessando a terapia antirretroviral em 2021 (Estatística UNAIDS, 2022). Em 2022, 39 milhões de pessoas no globalmente vivendo com o HIV, 1,3 milhão de pessoas foram recém-infectadas com o HIV e 630 mil pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS (Estatística UNAIDS, 2023).

¹ Estudo apresentado na modalidade de artigo científico para o eixo temático da Saúde Coletiva, no III Seven International Congress of Health, entre os dias 23 e 24 de Outubro de 2023.



O desenvolvimento da Aids vem sendo amplamente estudado no aspecto epidemiológico e biológico. Sendo este um problema de saúde pública com determinação social sobre a qual é preciso demonstrar que: a doença tem caráter histórico e social; definir o objeto de estudo que permita um aprofundamento na compreensão do processo saúde-doença como processo social; conceituar a sua causalidade ou a sua determinação social (Laurell, 1985). Portanto, além do aspecto epidemiológico e biológico, a Aids é uma doença letal que envolve não só os aspectos da biomedicina, mas especialmente, questões sociais e culturais (Knauth, 1998).

Neste contexto, muitas pessoas que vivem com HIV (PVHIV) sofrem com a desnutrição e também com outros fatores, tais como: a dependência da bebida alcoólica, o uso de drogas, a baixa renda, a pouca escolaridade, aspectos emocionais e psicológicos (Nogueira et al., 2018). Essas situações poderiam ser minimizadas com o acesso à informação, o cuidado adequado com a própria saúde, bem como o acesso às políticas públicas de qualidade.

Embora a Aids seja uma doença incurável, existem hoje tratamentos que aumentam a expectativa e a qualidade de vida das pessoas que convivem com a doença. A perceptibilidade sobre os objetivos do tratamento torna-se fator favorável à adesão aos antirretrovirais” (Gomes; Silva; Oliveira, 2011, p. 6).

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), para conquistar a condição de indetectável, o paciente deve seguir o tratamento recomendado durante seis meses e manter os cuidados e prevenção de outras infecções. E, segundo Lima et al. (2021), as pessoas infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) progrediam para o desenvolvimento da Aids e posteriormente a morte, até a introdução da Terapia Antirretroviral (TARV), na metade da década de 90. A expectativa de vida mudou com a inclusão da TARV, uma terapia complexa, permanente e de alto custo, que exige a adesão para controle da carga viral, aumento dos anos de vida e manutenção da qualidade de vida, de acordo com as Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV do Ministério da Saúde.

Villarinho e Padilha (2014) num estudo que buscou conhecer como os relatos de 23 profissionais da saúde de um Hospital Referência em doenças infectocontagiosas que vivenciaram a epidemia da Aids, durante o período entre 1986 a 2006, prestando cuidado às pessoas com a doença, identificaram ter havido uma mudança do perfil da epidemia da Aids (feminilização da doença); uma melhoria da assistência às pessoas com HIV/Aids (introdução da TARV); e, uma melhoria das condições de trabalho (mais Equipamentos de Proteção Individual e mais contratação de recursos humanos), consolidando o avanço em políticas públicas e em pesquisas na área. No entanto, vale destacar que, apesar do trabalho em saúde ter se tornado menos desgastante e mais seguro, cabe refletir sobre como foi sendo estruturado o cuidado no que tange às relações interpessoais entre profissionais de saúde e usuários.

Schimith et al. (2011), a partir de uma revisão integrativa sobre as relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde, realizaram um estudo envolvendo as publicações no período



entre 1990 e 2010, nas bases Lilacs e Pubmed com os descritores: acolhimento; relações profissional-família; relações profissional-paciente; humanização da assistência; e a palavra 'vínculo' associada ao descritor Sistema Único de Saúde. Com isso, os pesquisadores concluíram que as relações interpessoais estabelecidas nas práticas de saúde têm uma dimensão transformadora. No entanto, ainda permanece o desafio de humanizar os serviços de saúde, visto que: existe uma relevância da confiança na relação profissional-usuário; há uma importância também dos sentimentos e sentidos na prática do cuidado; e na comunicação nos serviços de saúde; no modo de organização das práticas em saúde; e há necessidade de um (des)colonialismo nas práticas, representado pelo respeito à igualdade e o reconhecimento da diferença.

Segundo Ayres (2006, p. 50), o debate sobre a humanização envolve “[...] dialogar mais diretamente sobre as preocupações das práticas de saúde desde esse seu núcleo mais instrumental até os conteúdos 'relacionais e formativos' (Bildung) (Gadamer, 1996)”, como também é preciso reconhecer a concepção de saúde que se naturaliza nas práticas.

Para o autor, há uma concepção de higiene pública e social, inserida na sociedade a partir da segunda metade do século XIX, apoiada na tradução cientificista e individualmente centrada nas tecnologias de cuidado em saúde que orientou a racionalidade, o horizonte normativo da saúde pública e também a Humanização do Cuidado em Saúde, ao longo de todo o século XX, enquanto estratégias reguladoras que orientaram para uma “gestão individual dos 'riscos' à integridade e ao desempenho funcional do corpo” (Ayres, 2006, p. 64). Com isso, outros estudos também trazem que essa e outras concepções de cuidado que persistem no contexto das práticas em saúde (Cruz, 2009)

Portanto, diante do contexto das pessoas que vivem com HIV/Aids, a desigualdade social e a vulnerabilidade não somente contribuem para o aumento de casos de PVHIV, mas promovem o desafio para o acolhimento e a construção de vínculos com vistas a maior adesão ao tratamento de modo que a PVHIV sinta-se capaz, motivada, acolhida em sua família e pelos profissionais nos serviços de saúde.

Com isso, cabe uma reflexão acerca das concepções de cuidado para este público alvo com vistas a efetivação da integralidade em saúde. Para tanto, a partir de uma breve revisão narrativa com vistas a trazer elementos fundantes da problemática, numa perspectiva teórica, pretendemos abordar os seguintes pontos de análise: as condições de vulnerabilidade e sua relação com as concepções de cuidado em saúde vigentes; em seguida, buscando refletir as contribuições do conceito de humanização em saúde na perspectiva da integralidade em saúde. Os resultados deste estudo, são de caráter qualitativo, visto que buscamos abordar a temática acerca da relação de cuidado entre a PVHIV e os profissionais de saúde, sob o olhar de vários autores. Esperamos, por fim, provocar reflexões com vistas à construção de acompanhamentos mais humanizados, e práticas (posturas) de cuidado das equipes de saúde, com vistas a ampliar a adesão ao tratamento e o alcance da qualidade de vida no âmbito da saúde pública e coletiva



2 AS CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE E AS CONCEPÇÕES DE CUIDADO EM SAÚDE VIGENTES

O conceito de vulnerabilidade na contemporaneidade compreende que o problema-alvo está atrelado às suscetibilidades populacionais e, portanto, exige-se respostas sociais, no campo das políticas públicas para a sua resolução (Ayres et al., 2003). Estudos realizados em diferentes locais do Brasil são conclusivos ao apontar que as maiores taxas de infecção pelo HIV se encontram em regiões mais pobres e com piores condições de vida (Barcellos et al., 2009; Brunello et al., 2011).

Assim, além da condição de vulnerabilidade, há também o estigma e o preconceito referentes às pessoas que vivem com HIV, as quais precisam se “esconder”, ocultando a doença evitando serem acusadas ou discriminadas no convívio familiar e sociedade em geral. Sobre isso, Gomes, Silva e Oliveira (2011) afirmam que:

O estigma e o preconceito social são atitudes estimuladas, sobretudo, pelo medo do contágio e pela falta de informação, suscitando desconforto e sofrimento nas pessoas soropositivas que são alvos do menosprezo social (Gomes; Silva; Oliveira, 2011, p. 5).

Segundo Carvalho e Paes (2011), a estigmatização social pode impactar negativamente na saúde física e mental das PVHIV e o estresse tende a comprometer a imunidade, tornando o indivíduo mais vulnerável a outras infecções. Ou seja, para os autores, há uma relação entre a saúde e a estigmatização, onde se faz necessário compreender o sujeito em sua totalidade para obter resolutividade nas ações e também fortalecer o vínculo entre as PVHIV, família e os profissionais de saúde.

Assim, partimos do conceito ampliado de saúde que leva ao “[...] compromisso, em primeiro plano, com a qualidade de vida das populações”, conforme preconiza Almeida-Filho; Goldbaum; Barata (2011, p. 63). Ao mesmo tempo, compreende que, para o reconhecimento das desigualdades sociais em saúde, os conceitos de classe ou estratos sociais e de espaço socialmente construídos são indispensáveis já que envolvem lutas simbólicas e políticas. Com isso, compreendemos a importância das ciências humanas e sociais em saúde, especificamente a sociologia, a partir da teoria da determinação social, com vistas a explicar as questões epidemiológicas que envolvem a realidade da PVHIV.

Existe um papel determinante da organização social no processo saúde-doença que, numa perspectiva histórica, situa a saúde e a doença enquanto resultantes do processo de reprodução social. Desta forma, a compreensão acerca da complexidade do cuidado caminha também nessa direção, podendo envolver: sociologia, história, ciência política, no âmbito mais geral, bem como envolver geografia, antropologia e demografia, no âmbito mais particular (Almeida-Filho; Goldbaum; Barata, 2011).

Interessa-nos compreender que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a promoção da saúde, quer seja com a prevenção ou com a proteção da saúde, consiste num “repertório social de ações preventivas



dos riscos e doenças, protetoras e fomentadoras da saúde” e que de alguma maneira “contribui para a redução do sofrimento causado por problemas de saúde na sociedade” (Paim; Almeida-Filho, 2000 apud Almeida-Filho; Goldbaum; Barata, 2011, p. 58).

A forma como emergiu a epidemia de HIV/Aids² no mundo, a partir da década de 80, enquanto doença sexualmente transmissível (e não com nomenclatura de “infecção”), inicialmente estava sendo considerados os grupos de identidade sexual e minorias étnicas, e em seguida, foi estendido a outros segmentos sociais, que estariam supostamente protegidos em relação ao risco de contrair doenças infectocontagiosas, tais como mulheres, jovens entre 15 e 24 anos de idade, e crianças, em 2007. (Dourado; Bastos, 2011, p. 452).

No Brasil, em 60% dos casos estão relacionados a alguma forma de contato sexual (desprotegido), inicialmente por homens, concentrando a maior parte dos casos nos primeiros anos da epidemia, e em seguida, entre usuários de drogas injetáveis e aqueles que receberam transfusão de sangue e/ ou de hemoderivados. A partir dos anos 90, a epidemia se disseminou entre heterossexuais e gestantes infectadas, onde o foco da intervenção dos programas de prevenção, voltava a atenção para a promoção de comportamentos mais seguros (Dourado; Bastos, 2011, p. 453).

A partir da compreensão ampliada da saúde e institucionalização do SUS, considerando seus princípios e diretrizes, oferecendo cuidado de saúde gratuito para toda a população brasileira, como também a partir da parceria entre os diferentes níveis do governo e da sociedade civil, foi possível instituir o ‘modelo’ de atenção voltado para a vigilância em saúde a fim de integrar prevenção, cuidados e tratamento às pessoas com HIV/Aids (Dourado; Bastos, 2011). O avanço do conhecimento científico sobre a doença e o desenvolvimento de tecnologias e estratégias (tais como a TARV, camisinha e iniciativas para a vacina), seguindo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), para o controle e redução de riscos foram essenciais, apesar de, atualmente, estarmos atravessando a ‘fadiga da prevenção’, assim nomeada por Dourado e Bastos (2011).

As recomendações do Ministério da Saúde, desde 2008, orientam para que o estímulo à adesão ao tratamento seja realizado não apenas com foco na TARV, mas também buscando uma abordagem integral, respeitando a autonomia e os direitos das PVHIV e estabelecendo diálogos estratégicos a fim de potencializar o autocuidado e a adesão ao tratamento. Assim, a concepção de cuidado abordada no documento, refere-se a um “cuidado contínuo”, pois entendem que os indivíduos transitam por “[...] diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em diversos momentos da sua vida, com diferentes necessidades, não apenas de saúde” (Brasil, 2023, p. 10).

² “A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) configura fenômeno universal, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo.” (Cardoso; Souza, 2020, p. 1).



A garantia desse “cuidado contínuo” vem sendo recomendado pelo Ministério da Saúde (2023) tendo como suporte conceitos fundamentais e algumas considerações:

[...] acolhimento, rastreamento e diagnóstico, acesso ao serviço de seguimento para o cuidado contínuo do HIV/aids, engajamento do(a) usuário(a) no processo de cuidado contínuo, adesão, abandono, revinculação e supressão viral [...] O cuidado contínuo das PVHA se inicia com o fornecimento de informações sobre HIV/aids e com a oferta da testagem de HIV e outras IST e inclui acolhimento, vínculo e responsabilização em todo o processo de cuidado, com respeito à autonomia e ao protagonismo da pessoa na construção de estratégias que facilitem o acesso aos serviços de seguimento, a vinculação e o engajamento no tratamento e que, sobretudo, promovam a adesão ao tratamento [...] A escuta qualificada deve ser realizada com atenção e respeito, livre de preconceitos, possibilitando que a própria pessoa encontre soluções para suas questões. (Brasil, 2023, p. 10).

Aprofundando as discussões em torno do cuidado, encontramos em seus primórdios a temática sendo abordada inicialmente pelos filósofos do século XX, como Heidegger (pedagogia do cuidado) e Foucault (“cuidado de si”), onde ambos convergem compreendendo que a concepção do “cuidado de si” consiste numa atitude de retorno a si como forma de superação da auto-alienação promovida pela sociedade (Vasconcelos, 2016). No entanto, não pretendemos tal aprofundamento de cunho sócio-político existencial, neste momento. Mas, tais argumentos servem para refutar condições estruturais da sociedade que levam a uma espécie de biologização e feminização do cuidado, uma vez que: “[...] as práticas em saúde se construíram de forma que o saber científico e a explicação biológica se colocaram hegemonicamente como verdade absoluta para os sofrimentos humanos.” (Cardoso e Souza, 2020, p.1).

Neste sentido, Pinheiro (2009a, p. 113) denuncia a complexificação do cuidado em nossa sociedade, conforme segue:

[...] constata-se que a demanda por ‘cuidado’ vem, dia após dia, se complexificando, o que tem exigido cada vez mais a atuação de diferentes sujeitos-cidadãos-profissionais, mulheres e homens, cujo ‘outro’ demandante, cada vez mais requererá atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com seus desejos, suas aspirações e especificidades, de modo a incluí-lo na tomada de decisão sobre sua vida, ou melhor dizendo, sobre sua saúde. (Pinheiro, 2009a, p. 113).

Assim, o ‘cuidado em saúde’ deve ser compreendido como uma dimensão da integralidade em saúde devendo permear as práticas de saúde, não devendo limitar-se às competências e tarefas técnicas, “[...] pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição” (Pinheiro, 2009a, p. 113). Portanto, trata-se de uma tecnologia leve, que envolve relações intersubjetivas desenvolvidas num tempo contínuo, que considera o saber profissional e as tecnologias necessárias, mas está aberto a negociações e inclusão de novos saberes, desejos e necessidades do indivíduo (o outro).

Com isso, quando pensamos em cuidado, torna-se necessário compreender as situações de vulnerabilidade social e econômica pelas quais estão imersos os pacientes e familiares com HIV/Aids, a fim de produzir um cuidado humanizado (Aires, 2006).



3 HUMANIZAÇÃO E INTEGRALIDADE EM SAÚDE ENQUANTO POSSÍVEIS CAMINHOS

Sendo a humanização da atenção à saúde, objeto de debates na saúde coletiva, faz-se necessário entendê-la e identificá-la na prática provocando a reflexão sobre as ações profissionais objetivando o 'sucesso prático', isto é, um ganho ou conquista de condições ou situações valorizadas como fonte de realização, de 'felicidade' para as pessoas em seus cotidianos (Ayres, 2006).

Aqui se fala de uma prática em saúde além das tecnociências, além dos saberes, onde o cuidado se apresenta quando o profissional de saúde valoriza o projeto de vida de cada usuário ou comunidade, através de uma escuta qualificada, trazendo respostas práticas e mais significado à vida das pessoas que necessitam dos serviços de saúde e desejam uma atenção humanizada. Para Ayres (2006), portanto, o projeto de felicidade de indivíduos e comunidades existe como horizonte normativo na ideia de humanização, e em outros termos, possibilita a “[...] permeabilidade do técnico ao não-técnico.” (Ayres, 2006, p. 70).

Nas ações de saúde, a humanização pode se fazer presente de várias formas e uma delas muito importante é o acolhimento, pois segundo Ayres (2006, p. 71):

É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta. (Ayres, 2006, p. 71).

Desta forma, os profissionais de saúde têm uma intervenção técnica, mas podem incrementar o cuidado, através da escuta com qualidade e com criatividade para melhorar a vida das pessoas, considerando que para muitos é a oportunidade da fala, da orientação, do desabafo entre outros. Sobre isso o Ayres (2006) considera que: “somos sempre alguém que, percebamos ou não, está respondendo a perguntas que nos são dirigidas, do tipo: 'O que é bom pra mim?', 'Como devo ser?', 'Como pode ser a vida?' (Mendes-Gonçalves, 1994; Schraiber, 1997b apud Ayres, 2006, p. 67)

Assim sendo, no momento do acolhimento há uma troca de conhecimentos, onde o usuário se apresenta dentro da sua realidade, desejando do profissional uma orientação e este tem o momento para se reconhecer no papel de quem escuta, de quem pode intervir e apreende informações necessárias para melhorar sua prática diante das situações apresentadas no seu cotidiano profissional.

Falar do cuidado, a partir de uma prática humanizada, tendo o acolhimento como uma das possibilidades, reforça a relação existente entre o sujeito e o profissional da saúde que o atende, bem como outras relações nas quais o indivíduo está imerso e dentro delas surgem obstáculos para a felicidade. Estes podem ser superados a partir da atuação e escuta do profissional de saúde, o que sugere o fortalecimento do vínculo entre os envolvidos.

Aprofundando na etimologia do termo “vínculo”, Pinheiro (2009b, p.261) considera como ‘tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; gravame, ônus, restrições; relação, subordinação; nexos, sentido’. Outros sentidos do termo são encontrados pela autora no Dicionário Houaiss: ‘atenção, consideração,



abrigo, receber, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração, oferecer refúgio, proteção ou conforto físico, ter ou receber alguém junto a si' (Pinheiro, 2009b, p. 261). Este termo, no campo da saúde, portanto, leva a propositura de uma prática voltada para a construção do vínculo entre profissionais de saúde e usuários do SUS, enquanto base que fundamenta a construção da integralidade em saúde.

Para além da relação profissional de saúde e usuário, a interação interprofissional e colaborativa entre os trabalhadores durante a construção de um processo de cuidado centrado no paciente cria uma potência maior, ampliado o deslocamento de foco para a complexidade das relações com vistas a promoção de mudanças no modelo de atenção à saúde, gerando impacto na qualidade da atenção (Agreli; Peduzzi; Silva, 2016).

Para tanto, há uma constante necessidade de qualificação das equipes de saúde para que possam lidar com os fatores emocionais e psicológicos das pessoas que vivem com HIV/Aids, no sentido de integrar o cuidado, podendo acolher e ouvir suas necessidades para o fortalecimento da autonomia e a promoção do autocuidado, uma vez que o “‘Cuidado em saúde’ não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser.’” (Roseni, 2006, p. 112).

Nesta direção, segundo Silva et al (2022), a produção do cuidado acontece no trabalho vivo em ato, permeado por tudo o que é humano e por uma ética própria que regula o manejo das tecnologias (duras, leve-duras e leves) e as relações com as subjetividades que estão presentes no cotidiano. Além disso, dada a complexidade do processo saúde-doença, o cuidado em saúde acontece no trabalho coletivo, pois apenas um trabalhador com sua especificidade não dá conta de todas as necessidades de saúde, e todos devem participar do processo de construção do cuidado.

Para Silva et al (2022), existe o entendimento do conceito de equipe enquanto “agrupamento de agentes (Equipe de Trabalho) e a equipe como integração de trabalhos (Trabalho em equipe)”, onde na primeira categoria encontramos fragmentação do trabalho, e na outra encontramos articulação em consonância com a integralidade do cuidado em saúde, envolvendo “[...] correlações e conexões entre as diversas intervenções executadas, independente da sua natureza” (Silva et al, 2022, p.1).

Os autores sugerem que para recompor uma equipe na perspectiva da integração “[...] requer a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes” (Silva et al, 2022, p.1). Isso inclui, a compreensão dos determinantes sociais de saúde e o esforço para a produção do cuidado envolve, essencialmente, todos os trabalhadores de saúde, os usuários e seus familiares, numa espécie de “integração”. Assim, defendem Silva et al (2022):



O fato de existirem equipes que reúnem diversos tipos de profissionais no mesmo local de trabalho, atendendo os mesmos usuários, não pressupõe que elas atuem de forma integrada e colaborativa, sendo este um dos principais desafios colocados pelo conceito de equipe multiprofissional. Não se trata de, apenas, juntar diferentes atores sociais em um mesmo espaço. A transição do multiprofissional para o interprofissional reforça a interação como um aprendizado para o desenvolvimento de competências colaborativas e para o efetivo trabalho em equipe, como uma condição singular e fundamental para o enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde das pessoas. [...] Além disso, o trabalho em equipe pode se constituir como uma construção ativa, que implica enfrentar diferenças, relações de poder e com a potência de agenciar o diálogo entre os núcleos do saber, o qual se utiliza, muitas vezes, o matriciamento como ferramenta para proporcionar o trabalho em equipe. (Silva et al, 2022, p.1).

Com isso, pretendemos argumentar que a integralidade em saúde não se resume a uma diretriz do SUS, garantida constitucionalmente que visa o “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, art. 198). Conforme defendem Pinheiro e Mattos (2006, p. 45), a integralidade gerou avanços no SUS, mas seus limites consistem na restrição dos sentidos do termo.

Desta forma, os autores sugerem, em síntese, que as equipes de saúde substituam as práticas de cuidado fundamentadas no modelo da velha medicina preventiva (ou seja, além da história natural da doença), para práticas de saúde que valorizem a experiência do sujeito - buscando considerar mais diretamente experiência individual de sofrimento, demandadas pelo usuário (Pinheiro; Mattos, 2006).

Partindo da especificidade de se trabalhar no contexto do HIV/Aids, foco deste estudo, onde as práticas de diagnóstico e prevenção demandam maior vigilância, medicalização e controle de adesão ao tratamento, consideramos que se faz necessária a construção de práticas de saúde que evitem “invadir” a vida privada para sugerir comportamentos e modos de vida saudáveis, não mais na perspectiva da doença, mas considerando a sua vida em si. E, por fim, considerando que as práticas preventivas e as assistenciais (demandadas pelos usuários) são completamente distintas, a busca pela integralidade não ocorre sem a virtude humana da “prudência” nos atos de cuidado em saúde, o que envolve mudanças na “postura” dos profissionais de saúde como condição fundamental para atender as necessidades de saúde (Pinheiro; Mattos, 2006).

Importante considerar que a integralidade, contudo, deve permanecer sendo uma “[...] ‘bandeira de luta’, parte de uma ‘imagem-objetivo’, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis” (Pinheiro; Mattos, 2006). Para tanto, deve-se levar em conta um horizonte atemporal, com direção bem clara de garantia de direitos, que envolve um trabalho conjunto de intervenções combinadas, entre setores da saúde,



assistência social, e etc, como também um esforço colaborativo das equipes de saúde, juntamente com as pessoas com HIV/Aids e seus familiares.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo partiu de uma análise mais ampla que leva à abordagem das pessoas com HIV/Aids no aspecto epidemiológico e biológico que geram a auto-alienação do sujeito, do cuidado e dos profissionais de saúde, desconsiderando a atuação de um trabalho coletivo e cooperativo para a produção deste cuidado. Para isso, encarar os determinantes eminentemente sociais, faz-se necessário também considerar o cuidado estruturado a partir das relações interpessoais entre os envolvidos.

Neste sentido, trouxemos algumas reflexões acerca das concepções de cuidado para as pessoas que vivem com HIV/Aids com vistas a efetivação da integralidade em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Partimos de uma breve revisão narrativa para trazer elementos teóricos fundantes da problemática, tais como: as condições de vulnerabilidade e sua relação com as concepções de cuidado em saúde vigentes; em seguida, buscando refletir as contribuições do conceito de humanização em saúde na perspectiva da integralidade em saúde.

O presente estudo, portanto, buscou trazer à tona a condição da pessoa com HIV/Aids e a importância da organização do processo de cuidado, onde as práticas dos profissionais de saúde necessitam de integração, considerando a realidade cada vez mais vulnerável das pessoas que sofrem, também, pela insuficiência da garantia dos seus direitos básicos, mas que esperam encontrar na execução das políticas de saúde uma atenção integral à saúde.

Concordando com Pinheiro e Mattos (2006, p. 45), compreendendo que a integralidade deve ser “[...] ‘bandeira de luta’, parte de uma ‘imagem-objetivo’, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis”, num horizonte atemporal mas com direção bem clara e definida.

Especificamente ao lidarmos com as PVHIV precisamos reiterar não somente o conjunto de valores que nos levam a “lutar” pelo SUS de qualidade, com vistas a um “ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”. Mas, revisar nossos valores mais subjetivos e nos desnudarmos dos nossos próprios ideais de “felicidade” são necessários para estarmos inteiros na atenção à saúde, considerando a existência singular de um outro sujeito do cuidado, no caso o usuário do SUS, como enseja (Ayres, 2006). Nessa relação, profissionais de saúde sempre têm algo mais a aprender, onde o acolhimento (pilar da humanização) e a construção do vínculo (pilar da integralidade) são essenciais para a produção coletiva e cooperativa do tão almejado cuidado integral.

Consideramos que os resultados deste estudo, portanto, são de caráter qualitativo, acerca da temática da relação de cuidado entre a PVHIV e os profissionais de saúde, sob o olhar de vários autores. Com isso,



esperamos contribuir para reflexões futuras acerca das práticas (posturas) de cuidado das equipes de saúde, na articulação da micropolítica no processo de trabalho e modelo de atenção para que contemplem as necessidades do indivíduo, neste caso, a pessoa que vive com HIV/AIDS, possibilitando a construção de um acompanhamento mais humanizado com vistas a ampliar a adesão ao tratamento e o alcance da qualidade de vida dos mesmos, bem como o acesso aos direitos básicos e fundamentais.



REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N.; GOLDBAUM, M.; BARATA, R.B. A Epidemiologia e o Campo da Saúde: Interfaces Disciplinares. In: ALMEIDA-FILHO, N., BARRETO, M. *Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011, Cap. 6, p. 55-64.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: DESLANDES, S.F. (comp.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 49-83, 2006. Criança, mulheres e saúde collection. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413296.0004>.
- AYRES, J.C.R.M.; FRANCA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.117-139.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 1ª ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BRUNELLO, M.E.F.; CHIARAVALLOTI NETO, F.; ARCÊNCIO, R.A.; ANDRADE, R.L.P.; MAGNABOSCO, G.T.; VILLA, T.C.S. Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV-Aids/TB em Ribeirão Preto, SP. *Revista Saúde Pública*. v. 45, n.3, p. 556-563, 2011.
- BARCELLOS, C.C.; ACOSTA, L.M.W.; LISBOA, E.P.; BASTOS, F.I.P.M. Surveillance of mother-to-child HIV transmission: socioeconomic and health care coverage indicators. *Revista Saúde Pública*. v. 43, n. 6, p.1006-1013, 2009.
- CARDOSO, T.M.P.B.; SOUZA, M.C. Produção do cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids: itinerários e afecções. In: Semana em Defesa do SUS, 2020. Resumo Expandido. Salvador-Bahia: Práticas e cuidado. *Revista de Saúde Coletiva*. v. 1. p. 1-6, 2020.
- CARVALHO, S.M., PAES, G.O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Caderno Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v. 19, n. 2, abr. 2011. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_157-163.pdf. Acesso em 13/05/2021.
- DOURADO, I.; BASTOS, F.I. HIV/Aids como modelo de doença emergente. In: ALMEIDA-FILHO, N., BARRETO, M. *Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011, Cap. 42, p. 452-457.
- ESTATÍSTICAS UNAIDS. *Relatório Global 2022 do UNAIDS*. [S. I.], 2022. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/#:~:text=ESTAT%C3%8DSTICAS%20GLOBAIS%20SOBRE%20HIV%202021&text=650%20mil%20%5B510%20mil%20%E2%80%93%20860,desde%20o%20in%C3%ADcio%20da%20epidemia>.
- GOMES, A.M.T.; SILVA, E.M.P.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Artigo Original. v. 19, n. 3, maio-jun, 2011.
- LIMA, R.L.F.C.; SILVA, M.F.; GOMES, N.I.G.; DA SILVA, J.N.C.; VIANA, M.A.C.B.M.; VIANNA, R.P.T. Diferenças na qualidade de vida e insegurança alimentar entre homens e mulheres vivendo com



HIV/Aids no estado da Paraíba, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 26, suppl 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.33992019>

NOGUEIRA, F.J.S.; SARAIVA, A.K.M.; RIBEIRO, M.S.; FREITAS, N.M.; CALLOU FILHO, C.R.; MESQUITA, C.A.M. Prevenção, risco e desejo: estudo acerca do não uso de preservativos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. Universidade de Fortaleza. v. 31, n. 1, 2018, jan-mar, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6224>

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009a, p. 110-114.

_____. Integralidade em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009b, p. 255-262.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

SCHIMITH, M.D.; SIMON, B.S.; BRÊTAS, A.C.P.; BUDÓ, M.L.D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trabalho Educação e Saúde*. n. 9, v. 3, nov, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000300008>

SILVA, A.B.B.F.; BARBOSA, T.M.P.; QUINTANA, R.A.C.; LIMA, C.R.D.; MERCÊS, M.C.; FRANCA, S.L.G.; MARINHO, M.C.G. ; SOUZA, M.C. Trabalho em equipe ou equipe de trabalho? Reflexões sobre o cuidado interprofissional. In: *Anais do 15º Congresso Internacional da Rede Unida*. Vitória-ES, 2022. p. 1. Disponível em: <http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/15CRU/15CRU/paper/view/14060>

VASCONCELOS, P.S.D. A pedagogia do cuidado: d'a hermenêutica Foucaultiana à analítica existencial. *Revista Ideação*. n. 33, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/revistaideacao/article/view/1283/2743>

VILLARINHO, M.V.; PADILHA, M.I. Percepção da Aids pelos profissionais da saúde que vivenciaram a epidemia durante o cuidado prestado às pessoas com a doença, em Florianópolis (SC), Brasil (1986-2006). *Ciência Saúde Coletiva*. n. 19, v. 6, jun, 2014 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.08102013>