



A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO: DIFICULDADES E PERSPECTIVAS
THE INTEGRATION OF CARE: DIFFICULTIES AND PERSPECTIVES
LA INTEGRACIÓN DEL CUIDADO: DIFICULTADES Y PERSPECTIVAS

Katiucha Mendes de Menezes¹, Maurício Antonio Pompilio², Sônia Maria Oliveira de Andrade³

RESUMO

Objetivo: caracterizar a integração do cuidado entre as equipes de Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids e a Estratégia Saúde da Família na perspectiva de profissionais, pacientes e cuidadores. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, com 26 profissionais de saúde das equipes de Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids (ADT) e Estratégia Saúde da Família (ESF) e oito pacientes/cuidadores. Utilizaram-se roteiros de entrevistas estruturados que foram analisadas por meio da técnica Análise de Discurso, de Bardin, e apresentadas sob a forma de categorização. **Resultados:** demonstra-se que as equipes não desenvolvem ações integradas, mas acreditam na melhora da qualidade da assistência se os cuidados fossem conjuntos. Constata-se que a falta de integração também é percebida pelo paciente e/ou cuidador, contribuindo, cada vez mais, para o distanciamento da atenção primária pelas pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA). **Conclusão:** concluiu-se que é necessário promover, com apoio institucional, a articulação das equipes para a conquista da integralidade e, conseqüentemente, o alcance de uma assistência humanizada e com qualidade. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Cuidados Domiciliares; Estratégia Saúde da Família; Equipe de Assistência ao Paciente; HIV-AIDS; Integralidade.

ABSTRACT

Objective: to characterize the integration of care among the teams of Home Care Therapy in HIV / AIDS and the Family Health Strategy from the perspective of professionals, patients and caregivers. **Method:** this is a qualitative, descriptive study with 26 health professionals from the Home Care Therapy in HIV / AIDS (HCT) and Family Health Strategy (FHS) and eight patients / caregivers. We used structured interview scripts that were analyzed through the technique of Discourse Analysis, by Bardin, and presented in the form of categorization. **Results:** it is demonstrated that the teams do not develop integrated actions but believe in the improvement of the quality of care if the care were joint. It is observed that the lack of integration is also perceived by the patient and / or caregiver, contributing more and more to the distancing of primary care by people living with HIV / AIDS (PLHA). **Conclusion:** it was concluded that it is necessary to promote, with institutional support, the articulation of the teams for the achievement of integrality and, consequently, the reach of humanized and quality care. **Descriptors:** Primary health care; Home Care; Family Health Strategy; Patient Assistance Team; HIV-AIDS; Integrality.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la integración del cuidado entre los equipos de Asistencia Domiciliar Terapéutica en VIH / SIDA y la Estrategia Salud de la Familia en la perspectiva de profesionales, pacientes y cuidadores. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, con 26 profesionales de salud de los equipos de Asistencia Domiciliar Terapéutica en VIH / SIDA (ADT) y Estrategia Salud de la Familia (ESF) y ocho pacientes / cuidadores. Se utilizaron guiones de entrevistas estructuradas que fueron analizadas por medio de la técnica Análisis de Discurso, de Bardin, y presentadas en forma de categorización. **Resultados:** se demuestra que los equipos no desarrollan acciones integradas, pero creen en la mejora de la calidad de la asistencia si los cuidados fueran conjuntos. Se constata que la falta de integración también es percibida por el paciente y / o cuidador, contribuyendo, cada vez más, al distanciamiento de la atención primaria por las personas viviendo con VIH / SIDA (PVHA). **Conclusión:** se concluyó que es necesario promover, con apoyo institucional, la articulación de los equipos para la conquista de la integralidad y, conseqüentemente, el alcance de una asistencia humanizada y con calidad. **Descritores:** Cuidados domiciliários; Estrategia de Salud Familiar; Grupo de Atención al Paciente Exhaustividad; VIH-SIDA.

¹Mestra, Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/SESAU. Campo Grande (MS), Brasil. E-mail: katiuchamendes@yahoo.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-000-8893-0592>; ^{2,3}Doutor(a), Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Campo Grande (MS), Brasil. E-mail: mapompilio@yahoo.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-3668-7129>; E-mail: soniaufms@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9897-6081>

INTRODUÇÃO

Revela-se a Aids como uma realidade global, contínua e instável, cuja dinamicidade do perfil epidemiológico e os índices alarmantes de morbimortalidade fizeram da epidemia um grave problema de saúde pública mundial e um desafio para a organização da atenção à saúde.¹ Configura-se como uma doença crônica, debilitante e contagiosa, que trouxe a necessidade de reformular a estrutura do cuidado, impondo que a atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) seja prestada de forma integral.²

Implantou-se a Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids (ADT) no país em 1995, refletindo a preocupação sobre a melhoria da assistência e a diminuição das hospitalizações convencionais.³ Instituiu-se a equipe, em Campo Grande (MS), em 2001, sendo vinculada ao Centro de Doenças Infectoparasitárias (CEDIP) da Secretaria Municipal de Saúde.

Elaborou-se, em 2013, a Portaria Conjunta nº 1, entre a Secretaria de Atenção à Saúde e a de Vigilância em Saúde, definindo a ADT como uma assistência multiprofissional domiciliar, englobando desde o atendimento de curta duração, semelhante ao nível ambulatorial, até a assistência voltada a pacientes que necessitam de atenção constante e de cuidados específicos de baixa complexidade, com características de média duração e programação eletiva.⁴

Elegeu-se, na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a saúde da família como a estratégia prioritária para a expansão e a consolidação da atenção básica e definiram-se, como princípios, a universalidade, a equidade e a integralidade e, como diretrizes, a regionalização e a hierarquização, a territorialização, a população adscrita, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade, a longitudinalidade do cuidado, a ordenação da rede e a participação da comunidade.⁵

Devem-se transcender os serviços especializados na oferta de cuidado às PVHA e contar com a participação ativa da ESF. Faz-se essencial, na perspectiva da integralidade, que a ESF, mesmo diante da necessidade de referenciar o usuário, mantenha a articulação com os serviços especializados de modo que participe do acompanhamento do usuário na rede de assistência à saúde (RAS) para a provisão de um cuidado eficiente e integrado ao sistema.⁶

Remete-se o conceito de integralidade ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações,

face à constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população.⁷

Torna-se importante caracterizar a integração entre as equipes de ADT e ESF para assistirem, de forma integral, os pacientes sob os seus cuidados, demonstrando, em suas práticas assistenciais, os fatores facilitadores e dificultadores.

OBJETIVO

- Caracterizar a integração do cuidado entre as equipes de Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids e a Estratégia Saúde da Família na perspectiva de profissionais, pacientes e cuidadores.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, realizado no município de Campo Grande (MS), no período de fevereiro a maio de 2017, com profissionais de saúde da Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids (ADT) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de pacientes e/ou cuidadores em acompanhamento por ambas as equipes.

Elencaram-se os seguintes critérios de inclusão: profissionais de nível superior, que atuassem na ADT ou ESF. Incluíram-se, em relação aos profissionais da ESF, todos que possuíam pacientes na sua área de abrangência, em atendimento pela ADT. Contemplaram-se, ainda, os pacientes e/ou cuidadores em acompanhamento pela ADT que estivessem na área de abrangência da ESF.

Excluíram-se da pesquisa os profissionais que estivessem de licença médica durante o período da entrevista, as pessoas que apresentassem comprometimento na capacidade de compreensão e verbalização e os participantes que se sentissem constrangidos.

Somaram-se, como participantes da pesquisa, 26 profissionais das equipes de ADT e ESF, sendo 22 da ESF, quatro da ADT e oito pacientes e/ou cuidadores. Realizou-se a coleta de dados no Centro de Doenças Infectoparasitárias (CEDIP), onde a equipe ADT está vinculada, nas Unidades Básicas de Saúde da Família e na residência dos pacientes atendidos por ambas as equipes. Elaboraram-se, pelos autores deste artigo, roteiros de entrevistas, aplicados de forma reservada, preservando o sigilo após a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes. Executou-se a avaliação semântica dos instrumentos pelos profissionais de saúde da rede municipal, que

possuíam amplo conhecimento da dinâmica das equipes participantes.

Exploraram-se os dados por meio da técnica de Análise de Discurso.⁸ Enumerou-se, os participantes, com códigos que os identificavam como profissional, paciente e/ou cuidador para as devidas análises. Aprovou-se o estudo, quanto aos aspectos éticos, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de

Mato Grosso do Sul, por meio do Parecer nº 1.803.079, de 1º de novembro de 2016.

RESULTADOS

Descrevem-se os resultados, por meio da categorização, em dois grupos de entrevistados: profissional da saúde e pacientes e/ou cuidadores.

Profissional da saúde

Tabela 1. Caracterização social dos profissionais que atuam na ESF e ADT. Campo Grande (MS), Brasil, 2017

Variáveis	Nº	%
Profissão		
Enfermeiro	9	34
Médico	8	31
Odontólogo	7	27
Assistente Social	1	4
Psicólogo	1	4
Sexo		
Feminino	19	73
Masculino	7	27
Idade (anos)		
<31	4	15
31-40	13	50
41-50	5	20
51 ou +	4	15
Vínculo		
Concursado	23	88
Contratado	3	12
Tempo de atuação na equipe (anos)		
0-5	17	65
6-10	5	20
11 ou +	4	15
Especialização		
Sim	19	73
Não	7	27
Participação em curso de cuidado integrado		
Não	22	85
Sim	4	15

Mostra-se, conforme a tabela 1, a caracterização dos profissionais das equipes de ADT e ESF, na qual os enfermeiros foram a categoria profissional mais presente na pesquisa, seguidos de médicos e odontólogos. Aponta-se que o sexo feminino e a faixa etária de 31 a 40 anos foram mais prevalentes entre os profissionais.

Observa-se que o vínculo empregatício predominante foi o concursado e que a

maioria dos profissionais possuía pouco tempo de atuação nas equipes, demonstrando a rotatividade. Registrou-se que a maioria referiu ter curso de pós-graduação *Lato sensu* em diversas áreas, com predomínio na saúde da família (9/19). Acrescenta-se que, quando foram indagados se haviam participado de algum curso com a abordagem de cuidado integrado, 22 entrevistados negaram a participação.

Tabela 2. Reconhecimento da atuação das equipes entre os profissionais da ESF e ADT. Campo Grande (MS), Brasil, 2017.

Categorias	Nº	%
Conhecimento pela ESF dos pacientes com HIV/Aids com sequelas incapacitantes		
Sim	13	59
Não	9	41
Conhecimento dos profissionais pelo trabalho das equipes ADT/ESF		
Sim	13	50
Não	10	38
Parcialmente	3	12

Revela-se, na tabela 2, que, entre os profissionais da ESF, 59% conheciam os pacientes com HIV/Aids da sua área de abrangência com sequelas ou limitação de mobilidade acentuada, em que seis eram enfermeiras, quatro eram médicos e três, odontólogos.

Percebeu-se a predominância do desconhecimento que uma equipe possuía em

relação ao trabalho desenvolvido pela outra. Verifica-se que, entre os profissionais da ESF, a maioria afirmou que as informações que possuíam sobre as ações desenvolvidas pela ADT eram as repassadas pelos pacientes e/ou cuidadores.

Tabela 3. Ações de cuidado integrado pelos profissionais das equipes de ESF e ADT. Campo Grande (MS), Brasil, 2017.

Categorias	Nº	%
Desenvolvimento de ações de cuidado integrado		
Não	24	92
Às vezes	2	8
Conhecimento sobre o efeito da integração entre as equipes na melhora da qualidade da assistência		
Sim	22	84
Não	3	12
Não sabe	1	4
Motivos da melhora da qualidade da assistência quando há integração		
Informações compartilhadas com o paciente	12	-
Integralidade das ações	12	-
Continuidade e complementariedade da assistência à saúde	10	-
Acesso geográfico facilitado	6	-
Aumento da adesão ao tratamento	1	-

Evidencia-se que a maioria dos pesquisados não desenvolvia ações de cuidado integrado e, dos profissionais que afirmaram realizar “às vezes”, nenhum especificou quando e nem como essas ações eram desenvolvidas.

Perguntou-se, também, se a integração entre as equipes melhoraria a qualidade da assistência e o porquê, constatando-se que 84% acreditam na melhora. Ressalta-se que as equipes não realizam ações de saúde compartilhadas, mesmo reconhecendo a importância que teriam para a qualidade da assistência ao paciente.

Percebe-se, nas transcrições de alguns discursos dos profissionais, a importância da integração das equipes, conforme a categorização.

- Informações compartilhadas com o paciente

Aí, a médica daqui passou o remédio para ele, quando a equipe do Cedip foi visitá-lo, disse que não era para tomar. Aí, nós ficamos naquela dúvida, mas por quê? Aí, nós pedimos para a mãe dele solicitar uma “cartinha” deles para entender o motivo que eles estavam suspendendo... falaram que essas medicações já estavam contempladas nas medicações que eles levavam. Mas, precisou a “gente” ir atrás e tudo mais. (ESF-E1)

Aponta-se que a informação compartilhada com o paciente evitaria a duplicidade de conduta e o constrangimento.

- Integralidade na assistência

Acredito que a fragilidade que um observa pode estar ajudando a outra equipe. Até mesmo na questão da coleta de informações, de saber como o paciente está ou se precisa de alguma coisa, tendo em vista que a equipe que está lá, a família já confia e já está acostumada, a família já se abriu e sabe que é “soropositiva”. Às vezes, fica mais fácil eles contarem para eles do que para nós. Essa família não comenta sobre a “soropositividade”, nem para ACS eles comentam. A gente sabe que tem, porém, nós não comentamos, não tocamos no assunto. Então, eu acredito, se as equipes conversassem, seria excelente para melhorar a qualidade da assistência. (ESF-E5)

Destaca-se que o cuidado integrado melhoraria a qualidade da assistência, pois o paciente seria assistido com integralidade.

- Continuidade e complementariedade da assistência à saúde

Daria mais base para a gente atender com mais segurança e realizar um trabalho junto com o especialista [...] pois eles vão conhecer mais esse paciente. (ESF-M7)

Evidencia-se, em algumas entrevistas, que a integração estimularia a continuidade e a complementariedade da assistência aos pacientes atendidos pelas equipes devido à aquisição de habilidades pelos profissionais da ESF.

- Acesso geográfico facilitado

Para dar melhor assistência odontológica ao paciente na área de abrangência dele e não precisar se deslocar tanto. (ESF-O6)

Pontua-se que a integração facilitaria o acesso à ESF pelos pacientes acompanhados pela especialidade.

- Aumento da adesão ao tratamento

Tem pessoas que não aderem ao tratamento, não entendem as orientações da equipe de referência (de lá ou de cá). Essa integração ajudaria a fazer o paciente entender e aderir melhor o tratamento. (ESF-E10)

Tabela 4. Dificuldade dos profissionais da ADT e ESF na realização do cuidado integrado. Campo Grande (MS), Brasil, 2017.

Categorias	Nº
Fragmentação dos serviços	11
Sobrecarga de trabalho	9
Falta de cronograma/plano de trabalho	8
Falta de iniciativa	7
Autossuficiência da ADT	2
Modelo de formação profissional	1

Evidencia-se, na tabela 4, que a maioria dos profissionais acredita que a fragmentação da rede de saúde e a sobrecarga de trabalho são entraves para a realização de ações de cuidado integrado. Considerando as dificuldades registradas, apresentam-se as transcrições de alguns discursos por categorias.

- Fragmentação dos serviços

Não foi nem pensado uma maneira de integrar toda a rede pública. Cada um tem um projeto, mas um distinto um do outro. Ninguém pensa em fazer acompanhamento global e integrado. Todo mundo faz com competência, mas não tem comunicação entre as esferas. (ESF-M4)

- Sobrecarga de trabalho

Acredito que a sobrecarga, tanto para nós, quanto para eles. (ESF-E9)

No meu caso, é que eu tenho que atender muitos pacientes e não tenho tempo para ficar conversando. (ESF-O12)

- Falta de cronograma/plano de trabalho

Eu acho que, na verdade, falta uma política para isso, uma visão maior dessa integração. Eu acho que fica muito fragmentado. Falta um direcionamento. (ADT-AS1)

- Falta de iniciativa

Eu acho que é o dia a dia, o trabalho deixa a gente muito focado. Eu nunca procurei

eles e nem eles nunca procuraram a gente. Pode até ser por falta de informação. (ESF-O3)

- Autossuficiência da ADT

Acho que não teria um entrave maior. Toda vez que nós precisamos recorrer a eles, tivemos uma boa resposta. A questão, mesmo, é que a nossa equipe parte do princípio que nós precisamos resolver o problema do paciente e não ficar delegando ou passando para o outro resolver. Então, por isso que, muitas vezes, a gente não recorre, nós damos conta, não precisamos pedir ajuda para eles. (ADT-P2)

- Modelo de formação profissional

Na rede, como um todo, além dessa formação enraizada sobre o fato do paciente ser soropositivo e, portanto, devendo realizar o tratamento aqui [...]. De certa forma, está enraizado na formação dos médicos e de outros profissionais e no próprio paciente, de que o médico infectologista é necessário para estar manejando todos os pacientes com Aids, o que não é verdade. (ADT-M3)

Tabela 5. Perspectivas de ações de cuidado integrado pelos profissionais das equipes de ADT e ESF. Campo Grande (MS), Brasil, 2017.

Categorias	Nº
Encontro ou reunião das equipes	20
Contrarreferência	6
Projeto terapêutico singular (PTS)	6
Matriciamento	5
Consulta compartilhada	3
Sistema informatizado integrado	1

Demonstram-se, na tabela 5, as estratégias sugeridas pelos profissionais para a realização

do cuidado integrado, sendo a reunião a ação mais citada.

Pacientes e/ou cuidadores

Entrevistaram-se sete pacientes/cuidadores acompanhados pela ESF/ADT, sendo cinco cuidadores devido à dificuldade de verbalização e compreensão dos pacientes. A maioria do sexo feminino (5/7) com idade entre 30-60 anos (4/7). Vale destacar que um cuidador assistia dois pacientes, por isso no total eram oito pacientes acompanhados pelas equipes ESF/ADT com sete cuidadores.

Demonstram-se, nas entrevistas, diferentes situações referidas pelos pacientes e/ou cuidadores quando indagados sobre os serviços que buscam na ESF, como intercorrência, vacinação, medicação, entre outros. Enfatizou-se, pela maioria, que não é necessário procurar o atendimento da ADT, uma vez que estão sempre presentes na residência.

Registrou-se ainda que, dos sete pacientes e/ou cuidadores entrevistados, quatro referiram não receber visita domiciliar pelos membros da ESF, situação considerada grave quando se vincula a responsabilização da ESF à sua área adscrita.

Observa-se na maioria das entrevistas que a percepção dos pacientes/cuidadores é de que as duas equipes não dialogam sobre a assistência dispensada, bem como a falta de estímulo pela equipe especializada para que busquem atendimento na ESF. Evidencia-se que, em geral, os pacientes e/ou cuidadores não reconhecem o interesse dos profissionais da ESF pelas ações de cuidado desenvolvidas pela ADT.

DISCUSSÃO

Profissional da saúde

Encontra-se, nos resultados, maioritariamente, a presença de mulheres e de adultos jovens (com idades entre 20 e 39 anos), de forma semelhante aos achados em outros estudos, em que a análise do perfil dos profissionais das equipes de saúde da família aponta para uma feminização da força de trabalho e revela que mais de um terço dos médicos e enfermeiros das equipes é composta por adultos jovens.⁹⁻¹⁰

Constata-se que o predomínio de profissionais enfermeiros é um aspecto positivo, uma vez que eles detinham mais conhecimento dos pacientes participantes da pesquisa, bem como conheciam sobre a organização da rede municipal de saúde. Considera-se que os enfermeiros, enquanto profissionais da saúde, têm um papel de atuação na implementação de políticas públicas e na assistência ao usuário.¹¹

Apresenta-se o vínculo empregatício estatutário como predominante,

demonstrando uma preocupação recorrente dos gestores em saúde em relação à substituição dos quadros terceirizados. Aponta-se que, embora o concurso público seja um reflexo da política de “desprecarização do trabalho” e facilite a fixação de profissionais, a ação não é suficiente para manter os concursados em suas posições de trabalho, conforme observado pela rotatividade dos participantes.⁹

Demonstra-se, no entanto, que não há associações estatisticamente significativas entre o tempo de atuação de médicos e enfermeiros na ESF e a frequência das atividades previstas. Verificou-se, assim, que, enquanto se espera que um tempo maior de experiência profissional na ESF tenha um impacto na realização de mais atividades em grupo, reuniões na comunidade e visitas domiciliares, não é possível realizar essa associação, tencionando os discursos largamente proferidos.¹²

Identifica-se a dificuldade de assumir, na prática, a incorporação dos atributos previstos na PNAB, como a coordenação do cuidado pela ESF, a longitudinalidade, a integralidade, entre outros, mesmo com um número considerável de profissionais com pós-graduação em saúde da família. Sabe-se que essa incorporação depende de outros fatores além da formação profissional, mas se espera que o profissional especializado ou capacitado desempenhe o seu papel de forma mais eficaz.

Infere-se que a falta de qualificação em cuidados integrados seja um problema a ser enfrentado, pois os profissionais qualificados, atuando em equipes da APS, são essenciais para construir o acesso, a resolubilidade, a coordenação e as abordagens comunitárias e “empoderadoras”.¹³

Apresenta-se, na tabela 2, o comportamento fragmentado dos profissionais da ADT e ESF, uma vez que os pacientes e/ou cuidadores, na maioria das vezes, são assistidos exclusivamente pela equipe especializada e que não há compartilhamento do cuidado com a ESF.

Constata-se que a ESF tem dificuldade em assumir o papel de coordenadora da assistência ao paciente mais crítico da sua área de abrangência, frente às demandas e ao grande número de usuários, bem como à falta de recursos humanos e materiais, desresponsabilizando-se pelo cuidado quando o paciente está sendo acompanhado por outro programa. Observa-se que a equipe especializada apresenta dificuldade em desempenhar o matriciamento e compartilhar

o cuidado, considerando a história de implantação da equipe no modelo centralizado e dos pacientes acompanhados, que também demonstram resistência em buscar assistência na atenção básica.

Considera-se que uma das principais causas da má qualidade da atenção é a fragmentação do cuidado, ocasionada pela comunicação ineficaz, associada a custos mais elevados, à duplicação de procedimentos diagnósticos, ao uso de múltiplos medicamentos e planos terapêuticos conflitantes, sendo os efeitos negativos mais potentes sobre as condições crônicas.¹⁴

Entende-se que a integração da atenção básica com os serviços de saúde de média e alta complexidade é um desafio. Sabe-se que a integração entre os serviços contribui para um melhor acolhimento, vinculação e resolubilidade pela atenção básica, possibilitando uma aproximação e uma comunicação efetiva com o serviço especializado. Defende-se que, assim, as equipes de ESF se sentirão fortalecidas, podendo contar com o apoio das equipes especializadas sempre que necessário.

Responsabiliza-se a atuação da ESF como fundamental para a efetividade da integração do cuidado, visto que as principais características são a possibilidade de estabelecer um maior vínculo com os indivíduos/famílias, de assumir a coordenação do cuidado junto aos demais níveis e acompanhar todo o percurso do usuário na rede.¹⁵ Verifica-se, desta forma, que as equipes de atenção básica são as mais aptas para assumir a função de coordenar o percurso terapêutico dos usuários na RAS.¹⁴

Observa-se, na tabela 3, que as equipes não dialogam nem planejam as ações de saúde de forma conjunta, o que pode estar relacionado à dificuldade na integração, além de um contexto histórico, pois, desde a implementação da ADT, não houve incentivos ou mecanismos institucionais formais para integrar a equipe especializada e a rede de saúde, bem como para manter a barreira criada pelas PVHA mais vinculada aos serviços especializados, evitando o constrangimento da exposição do seu diagnóstico em outros serviços.

Verifica-se a unanimidade, entre os trabalhadores, em relação à importância da interdisciplinaridade para o trabalho em saúde, mas parece haver dificuldade em defini-la. Entende-se esse aspecto como o encaminhamento de pacientes de um profissional para outro ou como trabalho em equipe. Considera-se que a dificuldade em

conceituar a interdisciplinaridade gera distorções na prática das atividades.¹⁶

Constata-se que os profissionais possuem a percepção da importância do trabalho multiprofissional, mas ela ainda está fortemente organizada em um modelo biomédico, resultando na compartimentalização do atendimento.¹⁷

Avalia-se que, em relação aos motivos elencados sobre a melhora na qualidade da assistência quando há integração, a maioria referiu que as informações compartilhadas com o paciente pelas equipes possibilitariam prestar um cuidado de melhor qualidade. Associa-se a qualidade da assistência à segurança do paciente e, portanto, a troca de informações, o trabalho em equipe e a comunicação são importantes para que se evitem erros.¹⁸

Destaca-se, no discurso dos entrevistados, que o cuidado integrado melhoraria a integralidade, que se define como a prestação de um conjunto de serviços que atendem às necessidades da população, desde a promoção, até os cuidados paliativos, além do reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.¹⁹

Apresenta-se que a continuidade e a complementariedade da assistência à saúde entre as equipes fortalecem o cuidado compartilhado e a responsabilização para se prestar uma assistência com mais qualidade, mas a equipe da ESF verbaliza, também, a insegurança em atender às PVHA.

Percebe-se, nos discursos dos profissionais da ESF, a preocupação em adquirir “habilidade” para ter condições de assistir a PVHA, ao passo que os cuidados assumidos em sua totalidade pela equipe especializada diminuem a carga de trabalho e melhoram a resolubilidade na sua área adscrita.

Evidencia-se que, quando a potencialidade do trabalho em equipe é revelada, em conjunto e de forma articulada, as equipes de saúde ampliam a sua capacidade de cuidado e de resolução dos problemas, tornam os dispositivos de atenção à saúde mais acessíveis, proporcionam uma atenção mais integral e compartilham a responsabilidade pela melhoria da qualidade de saúde e de vida de uma população.²⁰

Explica-se que a facilidade de acesso geográfico verbalizado pelos profissionais é definida como a distância entre o serviço de saúde e o local de moradia do indivíduo, considerando o tempo e os meios utilizados para o seu deslocamento, assim como a dificuldade para a obtenção do atendimento e

tratamento recebidos. Preconiza-se, para o tratamento das doenças, sempre que possível, que o paciente se trate próximo à sua residência, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento.²¹

Infere-se que, se o paciente acompanhado pela ADT se sentir vinculado à ESF, ele terá o acesso geográfico facilitado e também será assistido na sua área adscrita. Faz-se necessário, para que essa vinculação aconteça, que o paciente se sinta acolhido e que o serviço tenha resolutividade.

Identificam-se as dificuldades para a realização das ações de cuidado integrado pelos profissionais, conforme a tabela 4, pontuando, principalmente, a fragmentação e a sobrecarga de trabalho.

Evidencia-se, nos resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que o contato entre profissionais da atenção básica e especialistas é uma prática pouco frequente, demonstrando que existe uma barreira à coordenação do cuidado pela atenção básica, devido à baixa disponibilidade de prontuários eletrônicos compartilhados e ao débil recebimento de contrarreferência, assim como afirmado nos discursos dos profissionais da ADT e ESF.¹⁴

Percebe-se que a realização do cuidado integrado é entendida como um aumento da sobrecarga de trabalho para as equipes. Cria-se a sensação de angústia nas equipes, quando se tenta realizar um melhor acolhimento por meio de viabilização do acesso, devido à carga extenuante de trabalho e ao estresse emocional.¹³ Consideram-se, portanto, essenciais os profissionais em número suficiente para possibilitar condições de trabalho que permitam o acesso e o atendimento em longitudinalidade.

Apresentam-se a falta de cronograma ou plano de trabalho e a falta de iniciativa ou interesse como dificuldades para realizar ações compartilhadas. Aponta-se que não basta, apenas, que os membros das equipes definam os cronogramas e iniciativas entre si; é necessário o envolvimento dos responsáveis pelas equipes. Verifica-se que os múltiplos provedores independentes, sem um eixo articulador, não conseguem definir claramente as suas responsabilidades.¹⁴ Faz-se necessário, assim, para que as equipes possam desenvolver o cuidado integrado, um articulador que auxilie na condução das ações, trabalhando as dificuldades e potencialidades.

Compreende-se que o apoio institucional proporciona a ampliação da capacidade de análise das equipes e busca incluir os

colaboradores no trabalho, facilitando a reflexão acerca das dificuldades daquele ambiente.²²

Reflete-se a autossuficiência pela equipe especializada por meio da pouca disponibilidade para matriciar e realizar o cuidado integrado, não reconhecendo o seu papel de matriciadora. Destaca-se que a equipe especializada assume toda a assistência à saúde do paciente, fazendo com que ele tenha a percepção de que o acompanhamento da atenção básica é inferior ou desnecessário. Avalia-se que, em relação à equipe de ESF, o sentimento é de não conhecer a assistência prestada, ficando alheia ao acompanhamento executado pela ADT.

Percebe-se que, na saúde, houve uma crescente divisão do trabalho que dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, e que essa estrutura cria dificuldades gerenciais extremas, o que constitui um obstáculo estrutural para a adoção do método de trabalho de apoio matricial.²³

Considera-se que a formação profissional é uma dificuldade para a realização das ações integradas, uma vez que, na formação acadêmica e na trajetória profissional, não são desenvolvidas atividades que contemplem o trabalho integrado. Aponta-se, como um dos principais fatores que dificultam a prática da interdisciplinaridade nas equipes, a formação dos profissionais de saúde, que prioriza o conhecimento técnico.²⁴

Verifica-se, no contexto das perspectivas de integração entre as equipes e considerando as práticas de trabalho, que a reunião foi a ação mais citada pelos profissionais entrevistados, conforme a tabela 5. Ressalta-se que instrumentos como reuniões, telefonemas ou *e-mails* são ações para tratar de algum propósito, não um mecanismo de integração. Apresentaram-se, pelos profissionais, como outros mecanismos para a integração, a contrarreferência, a elaboração de um projeto terapêutico singular e o matriciamento.

Constata-se que a contrarreferência ainda é pouco executada, mesmo sendo considerada importante e amplamente conhecida pelos profissionais em relação à continuidade/complementariedade do atendimento do paciente na RAS. Entende-se que a contrarreferência não ocorre na ADT que possui um número reduzido de usuários, sendo essa situação agravada quando se amplia para uma rede de saúde complexa e com muitas necessidades.

Enumeram-se vários motivos para a não realização da contrarreferência, porém, se as ações não forem coordenadas, ela continuará sem execução. Estende-se essa condição para o PTS e o matriciamento, uma vez que, para serem realizados, dependem pouco de estrutura física e, sim, do apoio institucional e de profissionais conscientes da necessidade de concretizar os mecanismos para a melhora da qualidade da assistência.

Sugere-se, entre os profissionais, que uma das estratégias para que as equipes desenvolvam ações integradas é o PTS, um instrumento potente de cuidado aos usuários de serviços especializados de saúde mental, bem como uma ferramenta de organização e sustentação das atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) baseadas nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado.²⁵

Explica-se que instituir essa ferramenta é um desafio, uma vez que ainda é vivenciado um processo de mudanças de práticas, no qual se encontram avanços e retrocessos. Entende-se que mudar, substituir e recriar práticas requer a superação, a desconstrução do antigo e a participação social.²⁶

Constitui-se o matriciamento como uma prática de cooperação entre as equipes de ESF e as suas referências de apoio e, ainda, como um modo de potencializar o trabalho com os cuidados primários em saúde em toda a sua complexidade.²⁷ Faz-se necessário que o matriciamento seja um trabalho colaborativo entre as equipes e que não haja privilégio de um tipo de saber. Devem-se trabalhar, por meio do matriciamento, no caso das equipes ADT e ESF, a descentralização do cuidado às PVHA e o fortalecimento do cuidado no território.

Pacientes e Cuidadores

Observa-se, em relação aos usuários que estavam sob acompanhamento pelas equipes, o quanto a assistência é direcionada pela equipe especializada. Ressalta-se que não se trata de discutir a qualidade da assistência prestada pela equipe de ADT, pois é sabido que esse grupo pequeno de pacientes é beneficiado pelo acompanhamento de qualidade.

Questiona-se a integração entre a equipe especializada e a atenção básica, sendo que a integração possui uma série de benefícios aos pacientes que foram amplamente discutidos nesta pesquisa. Destaca-se, como reflexão, a forma como a ESF atua como coordenadora da assistência com esse grupo de pacientes, considerando que estão sendo assistidos, na maioria das vezes, somente pela ADT. Define-

se, como necessário, reconstruir o modelo de assistência aos pacientes em acompanhamento e aos outros, com o perfil de atendimento, na equipe ADT.

Evidencia-se a percepção negativa da integração entre as equipes pelos pacientes e/ou cuidadores, pois falta diálogo sobre a assistência prestada e não há estímulo pela ADT para que busquem atendimento na ESF. Percebe-se que os pacientes e/ou cuidadores não reconhecem o interesse dos profissionais da ESF pelas ações de cuidado desenvolvidas pela ADT.

Verifica-se, em relação à integração do cuidado entre os serviços especializados e a ESF, que 89,4% dos participantes não receberam nenhum estímulo, orientação ou questionamento a respeito da assistência da ESF; 35,5% admitiram que a ESF desconhecia o seu diagnóstico de HIV/Aids e 48,9% afirmaram que, mesmo cientes da existência do caso, a ESF não exercia qualquer atuação ou acompanhamento do tratamento. Notou-se, ainda, a escassez na procura da atenção primária pelas PVHA, pois eles não reconhecem a ESF como um espaço de assistência aos indivíduos que já vivenciam a doença.⁶

Relata-se o constrangimento da revelação da soropositividade ao profissional de saúde como uma das dificuldades vivenciadas pelas PVHA na busca pela assistência à saúde, pois se trata de um agravo que ainda carrega um estigma social.²⁸

Observa-se que a falta de integração entre as equipes é sentida pelo paciente, estimulando, cada vez mais, o distanciamento da PVHA da atenção primária. Entende-se que este paciente sente a necessidade de se manter “escondido” e encontra, nesse contexto fragmentado da RAS, os fatores propícios para se afastar da atenção básica.

Trabalha-se, desde 2014, a reorganização, pelo Ministério da Saúde, da atenção em saúde às PVHA, por meio da implantação do manejo do HIV na atenção básica e do início do estabelecimento de um modelo assistencial matriciado que seja mais eficiente e resolutivo.²⁹ Demonstra-se a necessidade de descentralização da assistência às PVHA, pelo Ministério da Saúde, a fim de garantir um maior acesso ao sistema de saúde.

Considera-se, como fator limitador do estudo, a falta de participação dos gestores, pois a inclusão destes atores como participantes da pesquisa ampliaria, ainda mais, a discussão sobre como a gestão compreende a importância da integração do cuidado no processo da integralidade.

CONCLUSÃO

Constata-se que a integração do cuidado entre a ESF e a ADT, sob a perspectiva dos profissionais, foi caracterizada pelo desconhecimento que uma equipe possuía em relação à outra, evidenciando que o cuidado é prestado isoladamente pelas equipes. Avalia-se que os profissionais, mesmo não realizando o cuidado integrado, acreditam na melhora da qualidade da assistência, caso houvesse a integração.

Caracteriza-se a análise da integração do cuidado sob a perspectiva de pacientes e/ou cuidadores com uma maior vinculação com a ADT, já que a ESF, para estes pacientes, presta atendimentos esporádicos. Indica-se pelos pacientes e seus cuidadores, na maioria das vezes, uma vantagem o distanciamento da atenção básica e a aproximação com a equipe especializada.

Considera-se que, na busca da integralidade, as equipes multiprofissionais devem se mobilizar ou, pelo menos, se preocupar com a integração na RAS, superando o isolamento das práticas distintas. Devem-se idealizar as iniciativas para estimular a integração, no sentido de aumentar a credibilidade dos profissionais da atenção básica, superar as relações hierárquicas e o isolamento entre a atenção primária e a especializada.

Conclui-se que o trabalho a ser desenvolvido depende de uma ampla discussão com todos os envolvidos, para a definição das possibilidades de mudanças nos processos de trabalho, a fim de fortalecer as ações integradas. Aponta-se, como primordial, além disso, que os gestores estimulem e apoiem os espaços de integração para efetivar a descentralização e a consolidação do cuidado às PVHA na atenção básica garantindo, também, as condições físicas necessárias.

REFERÊNCIAS

1. Palácio MB, Figueiredo MAC, Souza LB. HIV/AIDS Care and Primary Health care: Possibilities of Assistance Integration. Psico [Internet]. 2012 July/Sept [cited 2018 July 15];43(3):360-7. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/9816/8237>
2. Sousa CSO, Silva AL. HIV/AIDS care according to the perspective of healthcare providers. Rev Esc Enferm USP. 2013 Aug;47(4):907-14. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000400019>.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de

DST e Aids. Rotinas de assistência domiciliar terapêutica (ADT) em HIV/AIDS: manual: relatório de recomendações [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2018 May 25]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_AD2007.pdf

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/AIDS, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/AIDS, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 June 15]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-conjunta-no-1-de-16-de-janeiro-de-2013>

5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 June 15]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>

6. Medeiros LB, Trigueiro DRSG, Silva DM, Nascimento JA, Monroe AA, Nogueira JA, et al. Integration of health services in the care of people living with aids: an approach using a decision tree. Ciênc saúde coletiva. 2016 Feb;21(2):543-52. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.06102015>.

7. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a “system without walls”. Cad Saúde Pública. 2004;20(Suppl 2):S331-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>

8. Bardin L. A análise do discurso. In: Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2000. p. 214-20.

9. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Challenges for human resources management from successful experiences of family health strategy expansion. Ciênc saúde coletiva. 2010 Aug;15(5):2355-65. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500011>.

10. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Souza MHN, Maciel EEN. Social and professional profile of family healthcare team members. Rev enferm UERJ.

- 2016;24(1):e99405. Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.9405>
11. Siqueira MCF, Nóbrega MML, Bittencourt GKGD, Silva AO, Nogueira JA. Term base for nursing practices with elderly women with HIV/AIDS. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015 Mar;36(1):28-34. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.46671>.
12. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Healthcare practices of family health teams in four major cities. *Ciênc saúde coletiva.* 2012 Oct;17(10):2687-702. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000018>.
13. Tesser CD, Norman AH. Rethinking the access to healthcare in the Family Health Strategy. *Saúde soc.* 2014 July/Sept;23(3):869-83. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011>
14. Almeida PF, Santos AM. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? *Rev Saúde Pública.* 2016;50(80):1-13. Doi: [10.1590/S1518-8787.2016050006602](http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006602)
15. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Challenges for healthcare coordination: strategies for integrating levels of care in large cities. *Cad Saúde Pública.* 2010 Feb;26(2):286-98. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>.
16. Costa R P. Interdisciplinarity and health staffs: conceptions. *Mental [Internet].* 2007 June [cited 2018 July 15];5(8):107-24. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008.
17. Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landroni MAS, Waldman CCS, Ayres JR. Limitations of multiprofessional work: a case study of STD/AIDS reference centers. *Rev Saúde Pública.* 2002 Aug;36(4 Suppl):108-16. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000500015>
18. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2014 Jan/Mar;18(1):122-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.
19. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2018 June 14]. Available from: <http://www.conass.org.br/biblioteca/atencao-primaria-e-as-redes-de-atencao-a-saude/>
20. Pereira R C, Rivera F J U, Artmann E. The multidisciplinary work in the Family health strategy: a study on ways of teams. *Interface comun saúde educ.* 2013 Apr/June;17(45):327-40. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006>.
21. Perrechi MCT, Ribeiro SA. Tuberculosis treatment: integration between hospitals and public health care clinics in the city of São Paulo, Brazil. *J Bras Pneumol.* 2009 Nov;35(11):1100-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009001100007>.
22. Barros SCM, Dimenstein M. Institutional support as a reordering mechanism for the work processes in primary health care. *Estud pesqui psicol [Internet].* 2010 Apr [cited 2018 July 15];10(1):48-66. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100005
23. Campos GWS, Domitti AC. Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary health work management. *Cad Saúde Pública.* 2007 Feb;23(2):399-407. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.
24. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Challenges to an interdisciplinary action in basic care: implications related to composition of family health teams. *Ciênc saúde coletiva.* 2009 Sept/Oct;14(1 Suppl):1463-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800019>
25. Hori AA, Nascimento AF. The singular therapeutic project and mental health practices at family health support centers in Guarulhos in the state of São Paulo, Brazil. *Ciênc saúde coletiva.* 2014 Aug;19(8):3561-71. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11412013>
26. Carvalho LGP, Moreira MDS, Rézio LA, Teixeira NZF. The construction of a Singular Therapeutic Project with the user and the family: potentialities and limitations. *Mundo saúde [Internet].* 2012 July/Sept [cited 2018 June 15];36(3):521-25. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/int-4698>.
27. Medeiros RHA. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Physis.* 2015;25(4):1165-84. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400007>.

28. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Carmo MP. Bioética e HIV/Aids: discriminação no atendimento aos portadores. Rev Bioética. 2009;17(3):511-22. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/514/515

29. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. 5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica: Guia para Gestores [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 Mar 25]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>.

Submissão: 24/09/2018

Aceito: 20/02/2019

Publicado: 01/04/2019

Correspondência

Katiucha Mendes de Menezes

Rua Lima, 2124

Bairro Vila Base Aérea

CEP: 79090-410 – Campo Grande (MS), Brasil