

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

TIAGO MONTEIRO GOMES

INTEGRALIDADE DO CUIDADO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO BRASIL: REVISÃO NARRATIVA

SANTOS
2023

TIAGO MONTEIRO GOMES

INTEGRALIDADE DO CUIDADO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO BRASIL: REVISÃO NARRATIVA

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade
Católica de Santos para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e
Mudanças Sociais.

Linha de pesquisa: Populações em Situação de
Vulnerabilidade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Eliana Miura Zucchi

SANTOS

2023

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
Viviane Santos da Silva - CRB 8/6746

G633i Gomes, Tiago Monteiro
Integralidade do cuidado de pessoas vivendo com HIV
na atenção primária no Brasil, Revisão narrativa /
Tiago Monteiro Gomes; orientadora Eliana Miura Zucchi.
-- 2023.
65 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de
Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em
Saúde Coletiva, 2023.

Inclui bibliografia

1. HIV. 2. AIDS. 3. Atenção Primária. 4. Integralidade.
5. Descentralização. I. Zucchi, Eliana Miura. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 614(043.3)

TIAGO MONTEIRO GOMES

INTEGRALIDADE DO CUIDADO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO BRASIL: REVISÃO NARRATIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais.

Linha de pesquisa: Populações em Situação de Vulnerabilidade.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Eliana Miura Zucchi

Orientadora

Membro Nato – UNISANTOS

Prof.^a Dra. Luzana Mackevicius Bernardes

Membro Titular

Professora Titular – Universidade Católica de Santos

Prof.^a Dra. Dulce Aurélia de Souza Ferraz

Membro Titular

Professora Titular – Université de Lausanne

Dedico este trabalho a Deus, à minha esposa, aos meus pais, irmãos, família e amigos que sempre me incentivaram ao longo da minha vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

“A Deus, seja a glória!”

Ao meu Deus, fonte de todas as bênçãos e que me fortalece a cada amanhecer, refúgio e fortaleza em meio aos desafios da caminhada;

À minha amada esposa, amore, motivo diário para que eu queira voltar com brevidade para nosso lar e com quem divido meus planos, projetos, sonhos, amor pela Medicina e pelas vidas, sempre ajudadora e companheira nos momentos de alegrias e nos de dificuldades, compreensiva ao longo do Mestrado e desenvolvimento desta Pesquisa;

Aos meus amados pais, que me acompanharam desde as primeiras letras, me orientando sempre que os estudos eram a herança que poderiam me deixar, sempre acreditando nos meus sonhos, mesmo em meio às impossibilidades e que intercedem a Deus por mim. Te amo Mama!! Te amo Paizão!!

Aos meus amados irmãos e cunhadas, obrigado por existirem e pelos 3 sobrinhos lindos que alegam os nossos dias. Amo vocês!!!

Aos meus amados sogros, que me receberam como filho e me deram o grande presente que tenho. Obrigado pelo carinho e pela compreensão nos momentos distantes. Amo vocês!

Ao meu cunhado, cunhadas e mais 2 sobrinhos queridos, amo vocês!!

Aos meus avôs, obrigado pelas orações. Amo vocês!

Vó Neuza e Vó Nice, in memoriam, mas que oraram por mim e que acreditavam nos meus sonhos;

Aos meus amados Tios, Tias, Primos, Primas, amo todos vocês. Obrigado pelo apoio e orações!

Às grandes parcerias da vida, irmãos da Igreja e do trabalho, muito obrigado pela convivência, ensinamentos, pela força nos dias mal dormidos em virtude de intensa produção acadêmica, conversas amigáveis, momentos de cumplicidade, cafés e açaís partilhados, que constroem memórias e fortalecem laços;

Aos queridos pacientes, que confiaram no meu trabalho nos momentos de fragilidade e adoecimento e juntos elaboramos plano terapêutico a seguir;

À Universidade Católica de Santos, instituição que pesquisei e escolhi para mais este passo na minha formação e carreira profissional. Obrigado!

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da universidade, cujos professores nortearam o caminho a seguir para o aprofundamento do conhecimento dentro do Campo de Saúde Coletiva. Obrigado!

Aos colegas com os quais partilhei os dias ao longo dos dois anos de desafios do mestrado, e aos que estiveram mais perto nesse final, fomentando ideias e dando consultorias na finalização desta dissertação. Muito Obrigado!

Às componentes da Banca de qualificação e de Defesa, Professora Dra. Dulce Ferraz e Professora Dra. Luzana Bernardes, muito obrigado por aceitarem participar da minha banca!

À Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Unisantos, Professora Dra. Lourdes Martins, muito obrigado!

À minha orientadora, Professora Dra. Eliana Miura Zucchi, que me acolheu após a saída da minha orientadora inicial, e que me ajudou nos mínimos detalhes ao longo do processo de construção desta Pesquisa. Serei sempre grato por ter caminhado junto comigo nesta jornada acadêmica, pelos seus conselhos, sorrisos partilhados, encaminhamentos propostos, renovação de esperança a cada novo encontro de orientação e por ter tornado leve esse árduo caminho em busca da concretização do sonho de tornar-me mestre em saúde coletiva. Muito obrigado, Prof.!!!

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo determinado para todo o propósito debaixo do céu”(Pv. 3:1).

RESUMO

Introdução: A descentralização de cuidados às pessoas que vivem com HIV (PVHIV) da atenção especializada para a atenção primária à saúde é uma estratégia preconizada pelas diretrizes do SUS visando diminuir as desigualdades e maximizar acesso aos serviços de saúde para uma efetiva resposta ao HIV. Este estudo justifica-se pela necessidade de entendimento sobre como se dá o cuidado às PVHIV quando acolhidas na atenção primária à saúde (APS), porta de entrada do SUS e ordenadora do cuidado no sistema de saúde, sendo a maximização do acesso uma forma de superação de diferenças e vulnerabilidades. O objetivo desta pesquisa foi compreender como a integralidade tem sido operacionalizada no cuidado das PVHIV no âmbito da APS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa com abordagem qualitativa, pautada nos referenciais teóricos de vulnerabilidade e Integralidade. Foi realizada pesquisa bibliográfica em artigos sobre a temática no *SciELO* e no *PubMed*. Após critérios elegíveis, foram obtidos 12 artigos, e extraídos dados considerando informações do contexto de locais e participantes das pesquisas, acesso e retenção das PVHIV às unidades de APS, manejo do HIV em presença de outras demandas em saúde e trânsito do PVHIV na Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Análise dos Resultados:** As áreas em que algumas unidades de saúde estavam localizadas margeavam locais de extrema pobreza e vulnerabilidade e, por vezes, sofriam com o atravessamento da violência que representava um fator que limitava acesso a diagnóstico e tratamento. O estigma do HIV, associado à possibilidade de quebra do sigilo, poderia expor a PVHIV à violência simbólica e risco de morte em territórios permeados pela guerra do tráfico de drogas. Algumas unidades de saúde eram centro de formação de profissionais. A depender da conduta do profissional, vulnerabilidades e o racismo estrutural eram reforçados. A maioria das PVHIV caracterizadas era formada por pessoas pobres, do sexo feminino e pretas. Em alguns estudos, a localização da unidade de saúde representou uma vantagem para acesso e retenção. Em outros, a proximidade com a residência reforçava vulnerabilidades. A capacitação representou um critério para qualificar o cuidado multiprofissional. O uso de tecnologias auxiliou na continuidade de cuidados durante a pandemia da COVID-19. A linha de cuidados aos adultos e às crianças e adolescentes vivendo com HIV foi fortalecida com a corresponsabilização de cuidados entre atenção especializada e atenção primária, sendo a atenção primária a norteadora do cuidado e responsável por levar a pessoa a acessar outros níveis da RAS em caso de necessidade. Os dados foram apresentados e discutidos considerando dimensões políticas, organizacionais e relacionais da Integralidade, mostrando diferenças entre o que estava proposto nas políticas e como se dava a prática, na operacionalização do cuidado. **Conclusão:** Apesar do estímulo do governo federal à descentralização do cuidado à PVHIV, o número de pessoas atendidas na APS é incipiente. É necessária qualificação profissional e compromisso dos municípios para disponibilização de insumos e capacitação de profissionais para que a integralidade do cuidado seja operacionalizada de forma plena conforme preconizado pelo ministério da saúde.

Palavras-chave: HIV; AIDS; Atenção Primária; Integralidade; Descentralização.

ABSTRACT

Introduction: The decentralization of care for people living with HIV (PLHIV) from specialized care to primary health care is a strategy advocated by SUS guidelines aimed at reducing inequalities and maximizing access to health services for an effective response to HIV. This study is justified by the need to understand how care is provided to PLHIV when received in primary health care (PHC), the gateway to the SUS and the organizer of care in the health system, and maximizing access is a way to overcome differences and vulnerabilities. The objective of this research was to understand how comprehensiveness has been operationalized in the care of PLHIV in PHC. **Methodology:** This is a narrative review with a qualitative approach, based on the theoretical references of vulnerability and comprehensiveness. A bibliographic search was carried out in articles on the subject in SciELO and PubMed. After eligible criteria, 12 articles were obtained, and data were extracted considering information on the context of research sites and participants, access and retention of PLHIV to PHC units, HIV management in the presence of other health demands and transit of PLHIV in the Health Care Network (HCN). **Analysis of Results:** The areas in which some health units were located bordered places of extreme poverty and vulnerability and sometimes suffered from the crossing of violence that represented a factor that limited access to diagnosis and treatment. The stigma of HIV, associated with the possibility of breaking confidentiality, could expose PLHIV to symbolic violence and risk of death in territories permeated by the drug trafficking war. Some health units were training centers for professionals. Depending on the professional's conduct, vulnerabilities and structural racism were reinforced. The majority of PLHIV characterized were poor, female and black. In some studies, the location of the health facility represented an advantage for access and retention. In others, proximity to residence reinforced vulnerabilities. Training was a criterion to qualify multiprofessional care. The use of technologies helped in the continuity of care during the COVID-19 pandemic. The line of care for adults and children and adolescents living with HIV was strengthened with the co-responsibility of care between specialized care and primary care, with primary care guiding care and responsible for leading the person to access other levels of the HCN if necessary. The data were presented and discussed considering the political, organizational and relational dimensions of comprehensiveness, showing differences between what was proposed in the policies and how it was practiced in the operationalization of care. **Conclusion:** Despite the federal government's encouragement to decentralize care for PLHIV, the number of people served in PHC is incipient. Professional qualification and commitment of municipalities to provide inputs and training of professionals are necessary so that comprehensive care is fully operationalized as recommended by the Ministry of Health.

Keywords: HIV; AIDS; Primary Care; Integrality; Decentralization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 — Estratégia de busca	22
Tabela 1 - Código, autor, título local de estudo, ano de realização da pesquisa, população do estudo e objetivos.....	28
Tabela 02 - Metodologia e resultados dos estudos	31
Quadro 2 — Profissões da área da saúde representadas na construção dos artigos	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
APS	Atenção primária à saúde
COVID-19	Doença causada pelo novo coronavírus-19
CTA	Centro de testagem e acolhimento
ESF	Estratégia de saúde da família
GAPA	Grupo de apoio à prevenção da aids
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IST	Infecção sexualmente transmissível
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
ONG	Organização não governamental
PVHIV	Pessoa vivendo com HIV
PCDT	Protocolo clínico de diretrizes terapêuticas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de atenção à saúde
SAE	Serviço de atenção especializada
TARV	Terapia antirretroviral
UBS	Unidade básica de saúde
UDM	Unidade de dispensação de medicamentos
UNAIDS	Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
3 METODOLOGIA	21
3.1 PERGUNTA DE PESQUISA	21
3.2 BASES DE DADOS PESQUISADAS	21
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	21
3.4 ESTRATÉGIAS DE BUSCA E SELEÇÃO DOS ARTIGOS	21
3.5 CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS	23
3.6 REFERENCIAL TEÓRICO	23
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS	27
4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL E PERFIL DOS PARTICIPANTES DAS PESQUISAS	40
4.3 DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE	43
4.3.1 DIMENSÕES RELACIONAIS – A INTEGRALIDADE NA DINÂMICA INTERSUBJETIVA	43
4.3.2 ORGANIZACIONAIS – A INTEGRALIDADE AMPLIADA	48
4.3.3 DIMENSÕES POLÍTICAS - A INTEGRALIDADE COMO MARCADOR NO SISTEMA DE SAÚDE	54
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	61

APRESENTAÇÃO

A opção pela temática do presente estudo se embasa no fato de estar vinculado ao serviço de referência em Doenças Infectocontagiosas do Estado da Paraíba, Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF), do qual fui Diretor Técnico por um ano e cinco meses, e que possui um Hospital-Dia para atendimento a urgências e emergências às PVHIV, além de ambulatório SAE integrado, ao qual estou atualmente vinculado, exercendo a função de infectologista assistente. O SAE integrado oferece continuidade de cuidados em nível ambulatorial aos pacientes após internação hospitalar e também aos que procuram o serviço por demanda espontânea para testagem de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Por vivenciar diariamente a dinâmica do CHCF, mesmo com um bom número de profissionais Infectologistas na assistência às PVHIV em ambulatório especializado, há sempre agendamentos lotados, por vezes impossibilitando que a primeira consulta com médico assistente seja logo após o diagnóstico, como preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

Entendendo a dificuldade de acolher tantas pessoas e sabendo que, com triagem específica de gravidade e comorbidades, seria possível a atenção primária à saúde (APS) conduzi-las nas Unidades Básicas de Saúde, gerenciando os cuidados e visualizando a pessoa em todos os seus aspectos e potencialidades, deu-se a escolha pelo estudo da temática e construção da dissertação.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 registra em seu Artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Esta garantia se dá por meio de implantação de políticas sociais e econômicas cujos objetivos estão na redução dos agravos e adoecimento das populações, bem como na garantia de acesso igualitário para ações e serviços que promovam, protejam e trabalhem a recuperação do estado de saúde do cidadão (Brasil, 1988).

A necessidade de garantia de acesso à saúde, inserida na Constituição de 1988, representou um marco importante para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), embasando, por consequência, o desenho das políticas públicas do país como forma de fornecer cuidado qualificado, atendendo às necessidades do paciente e levando em consideração Universalidade, Integralidade, Equidade e Controle Social, princípios que regem o SUS (Araújo *et al.*, 2021; Dias *et al.*, 2021).

Na década de 1980, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi descoberto e, inicialmente, tinha maior prevalência entre grupos sociais específicos e era associado a processos de estigmatização relacionados à orientação sexual. Com a democratização do diagnóstico, que antes era predominante em homossexuais, houve o fortalecimento da luta por direitos das pessoas vivendo com HIV (PVHIV), favorecendo o engajamento popular e contribuindo para o surgimento de novos modelos de pensar políticas públicas e participação da sociedade civil (Dias *et al.*, 2021; Araújo *et al.*, 2021).

Como forma de combate à infecção pelo HIV, objetivou-se reduzir a incidência de infecção pelo HIV por meio de ampliação de acesso ao diagnóstico, tratamento (financiado integralmente pelo SUS) e assistência, fortalecendo as instituições públicas e privadas especializadas do País. Para alcance dos resultados adequados, critérios para promoção e adoção de práticas seguras foram elencados, além de garantias dos direitos fundamentais dos pacientes atingidos direta ou indiretamente pelo vírus, fortalecendo a vigilância e o acesso ao sistema de saúde (Barros, 2018). Em nível internacional, a estratégia adotada para alcançar os objetivos inclui a maximização de acesso de forma equitativa e igualitária aos serviços de saúde, com

fornecimento de recursos e integração dos sistemas de saúde para uma efetiva resposta ao HIV (UNAIDS, 2021).

No Brasil, os desafios para incorporação de respostas à epidemia ocorreram em decorrência do trabalho conjunto de atores diversos da sociedade e acordos internacionais que angariaram empréstimos junto ao Banco Mundial cujo objetivo era o financiamento de atividades de prevenção ao HIV. Contrariando orientações do Banco, o Brasil incorporou os antirretrovirais ao SUS e promoveu completa alteração clínico-epidemiológica dos pacientes acometidos, obtendo como resultado redução de mortalidade e aumento da expectativa de vida (Melo; Maksud; Agostini, 2018).

Segundo a UNAIDS (2021), há mais de um milhão de pessoas vivendo com HIV no Brasil. O último boletim epidemiológico de HIV/Aids do Ministério da Saúde, ao apresentar casos de infecção pelo HIV notificados de 2007 a junho de 2022 mostra 434.803 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo a maior parte destes na região Sudeste, que concentra 34,1% dos casos. Dentre os casos notificados na série histórica do Boletim, nota-se que 70,2% dos casos foram notificados em homens, com razão entre os sexos, em 2020, de 28 homens diagnosticados para cada dez mulheres. A faixa etária acometida mostra 23,7% de casos entre jovens de 15 a 24 anos, representando 25,2% dos casos encontrados no sexo masculino. Considerando os indivíduos com 13 ou mais anos de idade, a principal forma de exposição no sexo masculino foi por via sexual, com predomínio de homens que fazem sexo com homens, representando a maioria dos casos (Brasil, 2022). Desse modo, os dados elencados mostram que os casos de HIV estão concentrados afetando populações-chave, em que estão inclusos usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens, demonstrando maior prevalência no grupo em relação ao restante da população.

O cuidado clínico à PVHIV foi oferecido inicialmente em serviços especializados por meio dos médicos infectologistas. Com a descentralização, as pessoas passaram a ser assistidas nos serviços de atenção especializada (SAE) e centros de testagem e aconselhamento (CTA), pontos componentes das redes de atenção à saúde (RAS) e que realizavam a testagem diagnóstica e, então, após os anos 2000 as unidades de saúde da atenção primária à saúde (APS) tiveram sua participação intensificada e foram inseridas mais ativamente nesse processo de

cuidado, tendo sido responsabilizadas por realizar ações de prevenção, aconselhamento e testagem (Melo; Maksud; Agostini, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006 e que objetivava o estabelecimento de diretrizes do sistema de saúde, foi construída e estabeleceu a organização do sistema em forma de rede de atenção, fornecendo recomendações importantes para fundamentar ações dos serviços de saúde, bem como oferecer ferramentas para melhora contínua do processo de trabalho das equipes, contemplando as atribuições de cada profissão componente do time multiprofissional (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020).

As ações da APS encontram-se expressas na PNAB, que estabelece que o cuidado seja ofertado de forma abrangente e considere a complexidade sociocultural das populações. A PNAB orienta a integração de estratégias que englobam a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento médico e a minimização de danos e sofrimentos que possam afetar a qualidade de vida das pessoas. A resposta brasileira ao HIV/Aids tem seguido abordagem conforme proposto pela PNAB. Ela compreende uma série de medidas de saúde que englobam a promoção e proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde das pessoas que vivem com HIV, com ações individuais e coletivas (Brasil, 2017a).

O protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) para manejo de HIV em adultos mostra que, para que haja o cuidado contínuo em HIV, preconiza-se o diagnóstico oportuno, a vinculação da pessoa com teste anti-HIV positivo a um serviço de saúde, a retenção dessa pessoa no seguimento, com acompanhamento e exames periódicos, o início e adesão à TARV e, por consequência, a supressão da carga viral com acesso a qualidade de vida similar à de pessoas soronegativas. Esses processos compõem a cascata de cuidado contínuo do HIV. Com a adesão à TARV, houve uma redução da morbimortalidade e aumento na prevalência de hipertensão e diabetes entre as PVHIV, fatores que demandavam atuação multidisciplinar e, por vezes, faziam a pessoa acessar outros pontos da rede para cuidados em serviços especializados. O PCDT sinaliza que a atenção básica é a porta preferencial para que a pessoa acesse a rede e responsabiliza-se pelo devido acolhimento, promoção de vinculação e corresponsabilização quanto ao cuidado e às necessidades de saúde dos indivíduos (Brasil, 2018).

O compartilhamento de cuidados entre o serviço de referência e a atenção primária permitiu ampliar os locais de acesso das PVHIV nos vários pontos da RAS, repercutindo em verbas da saúde otimizadas e contribuiu com a resolutividade da APS e qualificação do cuidado à PVHIV (Carvalho *et al.*, 2020). Além disso, o cuidado contínuo ao longo da rede traz à realidade o conceito de longitudinalidade do cuidado, uma das diretrizes da APS, e possibilita construção e aprofundamento de vínculos, adesão e responsabilização ao tratamento e coordenação de cuidados (Brasil, 2017a; Brasil, 2023).

Do ponto de vista do nível de atenção à saúde, Alves *et al.* (2023), em análise dos dados da Coorte do Qualiaids Brasil, observaram que 5% das PVHIV no Brasil são atendidas na APS; os 95% restantes são atendidos na atenção especializada. Considerando que o Governo Federal desde 2014 normatizou e desenvolveu programas de apoio técnico para que o acompanhamento das PVHIV fosse realizado na atenção primária, uma vez que ter o vírus do HIV é encarado como uma condição crônica. Melo, Maksud e Agostini (2018) mostram que ao falar sobre ampliação e instituição das diretrizes de cuidados às PVHIV na APS, estas ações são menos características da rotina de uma unidade de saúde, quando comparadas às demandas e condições crônicas atendidas na APS, como saúde da criança, pré-natal, cuidados de pessoas com hipertensão arterial e diabetes, que se encontram amplamente incorporadas na APS.

As políticas e diretrizes no Brasil se encontram alinhadas às diretrizes globais (Monteiro; Brigeiro, 2019). A estratégia global para AIDS 2021-2026, lançada pelo programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) tem por objetivo acabar com as desigualdades que resultam em lacunas nas respostas à infecção pelo HIV, no surgimento de doenças oportunistas resultantes do processo de infecção não controlada e em mortes relacionadas à aids. Nesse sentido, as desigualdades abordadas e que repercutem diretamente no cuidado são: desigualdades de saúde, que afetam desproporcionalmente algumas populações-chave; desigualdades estruturais e determinantes em saúde: englobam educação, profissão, rendimentos, moradia e vida em sociedade e podem resultar em impactos diretos sobre a saúde dos indivíduos e a resposta à infecção pelo HIV, pois quando os status social e econômico são menores, maiores são as dificuldades de acesso à saúde (UNAIDS, 2021).

A existência de normas desiguais de gênero limita o poder de voz e ação de mulheres e meninas atingidas, diminuindo acesso à educação, renda e participação social, aumentando a exposição ao HIV em locais onde há grande prevalência do vírus. Somado a isso, a discriminação de raça, gênero e orientação sexual repercutem em fragilidades emocionais de grupos populacionais específicos, a exemplo de pessoas com deficiência, pessoas idosas vivendo com HIV, migrantes, refugiados, meninas adolescentes e mulheres jovens africanas - que possuem três vezes mais chance de adquirir a infecção aos parceiros do sexo masculino - e crianças vivendo com HIV - que possuem uma cobertura consideravelmente menor em relação aos adultos e cujos óbitos relacionados à aids são desproporcionalmente maiores quando comparados aos adultos (UNAIDS, 2021).

A Declaração de Paris, lançada inicialmente em 2014 e que tinha como meta até o ano de 2020 de que 90% das pessoas que vivem com HIV tivessem conhecimento do seu diagnóstico, 90% delas acessassem a terapia antirretroviral (TARV) e 90% das PVHIV obtivessem supressão viral, a chamada meta 90-90-90, sofreu atualização em abril de 2021 para adequação à nova estratégia global para HIV/AIDS do UNAIDS, cujo objetivo fornece estratégias e respostas às desigualdades, que somadas à discriminação e estigma, tornam mais difícil o acesso das pessoas em situação de vulnerabilidade aos serviços de saúde, resultando em prejuízo à saúde e atividades das mesmas. Diante disso, propôs nova meta até 2025, semelhante à de 2014, mas com alvo em 95% de diagnosticados, 95% de acesso à TARV e 95% de supressão viral (UNAIDS, 2021).

Este estudo justifica-se pela necessidade de entendimento sobre como se dá o cuidado às pessoas vivendo com HIV quando acolhidas na atenção primária à saúde, considerando que a atenção primária representa a porta de entrada do SUS e é ordenadora do cuidado no sistema de saúde, e, de acordo com as necessidades clínicas de cada um, orienta o trânsito do usuário do SUS pelos diferentes níveis da rede de atenção à saúde, dando enfoque sempre nas necessidades de cada indivíduo. Adicionalmente, o estudo encontra-se alinhado aos objetivos e prioridades estratégicas elencadas na estratégia global para a AIDS 2021-2026 da UNAIDS, que preconiza a maximização do acesso aos serviços de saúde como forma de superação de diferenças e vulnerabilidades e, principalmente, responde às diretrizes do SUS preconizadas para a APS em relação às PVHIV.

Esta pesquisa debruça-se sobre o discurso dos participantes dos estudos que estão descritos nos artigos escolhidos para extração dos resultados, analisando a descrição do processo de cuidado integral de pessoas que vivem com HIV, considerando as suas percepções e considerações. A pesquisa qualitativa representou o foco da metodologia utilizada na busca de artigos como forma de responder à pergunta de pesquisa, considerando objetivos preconizados no processo de construção, contribuindo para disseminação de conhecimento sobre o cuidado à pessoa que vive com HIV na atenção primária à saúde, considerando a diversidade de contextos nas diversas regiões do país, uma vez que o cuidado na atenção primária é dinâmico e não possui uniformidade de comportamento ao considerar diferentes realidades entre os estados brasileiros.

Assim, esta pesquisa tem o objetivo de compreender como a Integralidade tem sido operacionalizada no cuidado das PVHIV no âmbito da atenção primária à saúde (APS).

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como a integralidade tem sido operacionalizada no cuidado das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) no âmbito da atenção primária à saúde (APS).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa com abordagem qualitativa, cuja finalidade é discutir o estado da arte do tema elencado, com o propósito de solidificar as bases teóricas para responder ao objetivo do estudo. O desenvolvimento do estudo se deu a partir da interpretação da literatura existente acerca do assunto aliada à análise crítica do autor. A revisão narrativa é um tipo de estudo que pode ser utilizado dentro do processo de educação continuada, permitindo adquirir e atualizar saberes sobre temas específicos, contribuindo para o debate (Costa *et al.*, 2015).

3.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Para construção da dissertação, foram utilizados artigos originais cujos conteúdos auxiliaram na resposta à pergunta de pesquisa que norteou esta dissertação: como se dá a Integralidade do cuidado às pessoas que vivem com HIV na atenção primária à saúde no Brasil?

3.2 BASES DE DADOS PESQUISADAS

No processo de construção do trabalho, foi realizada pesquisa bibliográfica em artigos sobre a temática, nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e o *PubMed* entre os meses de dezembro de 2022 e maio de 2023.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão elencados foram: estudos qualitativos; artigos originais cuja temática esteja centrada no cuidado da pessoa que vive com HIV na atenção primária à saúde no Brasil.

3.4 ESTRATÉGIAS DE BUSCA E SELEÇÃO DOS ARTIGOS

As palavras-chave selecionadas foram: HIV, atenção primária à saúde e seus sinônimos, considerando os sinônimos que constam na biblioteca virtual de saúde (BVS), os quais foram combinados para refinamento de busca.

No banco de dados do SciELO foi realizada a seguinte combinação de palavras-chave: (Atenção Básica OR Atenção Primária) AND (HIV OR AIDS) e filtro adicional das coleções feitas no Brasil. Considerando a busca com as palavras-chave e filtro aplicado, foram encontrados 65 artigos, dos quais 44 foram excluídos, pois eram: artigos de revisão; pesquisas realizadas em outros países.

No caso do *PubMed*, a busca foi realizada por meio da combinação das palavras-chave todas em inglês, acrescentando a palavra Brasil em inglês para que foco de busca considerasse textos publicados sobre o Brasil: (HIV) AND (*Primary Healthcare*) AND (*Brazil*). Os filtros adicionais para refinamento de busca foram: texto completo gratuito; realizados em seres humanos; publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola; foram excluídos os pré-prints. A aplicação dos filtros supracitados resultou em um conjunto de 199 artigos selecionados. Por meio de análise de títulos foram excluídos inicialmente 130 artigos com base nos critérios: não tinham foco em atenção primária; não eram artigos baseados em pesquisa empírica; artigos de revisão.

Após a seleção dos artigos, foi realizada a leitura dos resumos dos artigos escolhidos, chegando a 13 artigos do *SciELO* e 17 artigos do *PubMed*.

Após leitura na íntegra, foram excluídos os estudos que não eram qualitativos. Após remoção das duplicatas, foram obtidos sete artigos do *SciELO* e cinco artigos do *PubMed* para compor o presente estudo.

Quadro 1 — Estratégia de busca

Estratégias de busca	SciELO	PubMed
Palavras-chave	(Atenção Básica OR Atenção Primária) AND (HIV OR AIDS)	(HIV) AND (Primary Healthcare)
Refinamento de busca	Coleções Brasil	- Texto completo gratuito; - Realizado em seres humanos; - Publicados em português, inglês e espanhol; - Excluídos os pré-prints
Registros encontrados	65	199

Seleção após Exclusão por títulos	22	130
Justificativa para exclusão inicial	- Artigos de revisão - Pesquisas realizadas em outros países	- Não tinham foco em atenção primária; - Não eram artigos baseados em pesquisa empírica; - Artigos de revisão
Seleção após a exclusão por resumos	13	17
Seleção após leitura na íntegra por não serem estudos qualitativos e remoção de duplicatas	07	05

3.5 CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

Foi realizada uma extração empírica dos dados da literatura encontrada e, a partir do teor dos artigos, dados foram ordenados segundo os processos e desfechos envolvidos na lógica da atenção primária visando os cuidados ofertados no âmbito da atenção primária. Para tanto, foram extraídos dados relativos a: caracterização e contextualização do local e dos participantes da pesquisa; a forma de acesso e retenção ao serviço de saúde; como se dá o manejo do HIV e o atendimento de outras demandas de saúde; questões relacionadas ao estigma e confidencialidade; dimensões sobre a organização dos serviços e interação entre usuários e profissionais; como se dá o uso ou acesso a outros níveis da rede de atenção à saúde.

3.6 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo está pautado nos referenciais teóricos de vulnerabilidade e de Integralidade.

O conceito de vulnerabilidade originou-se no campo dos direitos humanos e, posteriormente, teve uma expansão para a saúde, fortalecendo as respostas ao enfrentamento da epidemia da aids (Damião *et al.*, 2022). Conforme o panorama da vulnerabilidade, a exposição a riscos de saúde é influenciada por fatores individuais

e contextuais, abordando aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos, que podem aumentar a suscetibilidade a doenças e morte, bem como afetar a capacidade de enfrentamento do ser humano (Ayres *et al.*, 2009; Bertolozzi *et al.*, 2009). A vulnerabilidade consiste em um indicador de desigualdade social e iniquidade em saúde, enquanto o risco se refere às probabilidades de adoecimento e morte (Bertolozzi *et al.*, 2009).

O objetivo em realizar as análises de vulnerabilidade visa integração de três eixos interdependentes nas dimensões: individual, social e programática, ajudando compreender possibilidades de adoecimento a depender das fragilidades do ser humano (Ayres *et al.*, 2009).

A dimensão individual inclui a identidade pessoal edificada nas interações com o mundo, enquanto a dimensão social refere-se às circunstâncias de organização política, econômica e sociocultural, sendo permeada por marcadores sociais como gênero, raça, classe e geração. A dimensão programática inclui políticas, serviços e ações institucionais, estando de acordo e sendo resultante de diferentes processos e contextos políticos e sociais (Paiva; Ayres; Buchalla, 2012; Damião *et al.*, 2022). Além disso, Ayres (2023) mostra que as três dimensões da vulnerabilidade são apenas formas de olhar uma realidade, que é única.

Em relação à Integralidade, há inúmeros conceitos que podem ser abordados. A Integralidade enquanto princípio representa um dos pilares da atenção primária no Brasil. Baseia-se em medidas de promoção, prevenção de doenças e recuperação da saúde. Permite que a pessoa seja vista de forma ampla e completa, valorizando contextos histórico, social, político, familiar e ambiental. O cuidado integral visualiza o indivíduo, mas considera o coletivo, reforçando a necessidade de ações compartilhadas entre membros da equipe multidisciplinar e fortalecimento da rede de atenção à saúde (Souza *et al.*, 2012; Oliveira; Cutolo, 2018).

Fracolli *et al.* (2011) afirmam que falar de Integralidade é abordar um conceito polissêmico. Mattos (2003), por sua vez, relata que é o entendimento ampliado das necessidades do indivíduo e expressa a capacidade de reconhecer que ações necessitam ser adequadas ao contexto da pessoa, considerando o momento em que ela está sob os cuidados da equipe de saúde.

Kalichman e Ayres (2016) relatam que a Integralidade, considerando os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, representa um dos princípios

mais desafiadores na construção dos conceitos e práticas da reforma sanitária. Diante disso, para que a universalidade e equidade de atenção sejam alcançadas de modo pleno, a Integralidade necessita estar presente, uma vez que representa um elemento fundamental para alcance dos objetivos e preconiza a não fragmentação da saúde, além de respeitar pessoas e os seus direitos, atentando às necessidades e especificidades das populações, unindo saberes e práticas para consolidação do cuidado.

A Integralidade é capaz de visualizar a saúde do ser humano do ponto de vista biopsicossocial. O princípio surge como uma alternativa ao modelo biomédico dominante, cujo foco estava na cura de doenças e de forma fragmentada. Compreender a Integralidade é entendê-la não somente como conceito, mas aplicar na prática de cuidado diário, integrando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Kalichman; Ayres, 2016).

A Integralidade necessita funcionar como agente orientador das ações em saúde, especialmente no processo ininterrupto de batalhas e busca por transformações de nossa sociedade (Oliveira; Cutolo, 2018).

Kalichman e Ayres (2016) mostraram o papel das tecnologias de cuidado, que podem apoiar a promoção da Integralidade, desde o uso de ferramentas digitais até abordagens de trabalho em equipe com a atenção centrada no paciente. São mencionados desafios e limitações na implementação da Integralidade, como a fragmentação dos serviços de saúde e a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção, que continuam existindo. No entanto, ressalta-se a importância de investir em estratégias e políticas que fortaleçam o princípio da Integralidade, visando garantir uma saúde mais abrangente, humanizada e efetiva para todos os cidadãos, mantendo a ESF como organizadora do cuidado e regionalizando linhas e redes de cuidado para melhor atenção ao usuário do SUS.

No contexto da pessoa que vive com HIV, a Integralidade no cuidado consiste em abordagem de prevenção, diagnóstico oportuno, disponibilidade de tratamento e apoio psicossocial e a abordagem centrada na pessoa, levando em consideração suas necessidades e envolvendo a pessoa como participante ativa no processo de autocuidado (Brasil, 2017b).

A análise da integralidade aqui adotada foi baseada em estudo de Ferraz (2008) que avaliou a implantação de atividades de prevenção de IST/AIDS na

atenção básica organizada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na região metropolitana de São Paulo. Este estudo propôs dimensões específicas da Integralidade para análise dos dados, mostrando diferenças entre o que estava proposto nas políticas e como se dava a prática, na operacionalização do cuidado.

Considerando a Integralidade como melhor resposta para a vulnerabilidade¹, é importante compreender os limites para a Integralidade do cuidado. Assim, com base nas pesquisas de Ferraz (2008) e Ferraz e Nemes (2009), os dados foram analisados e interpretados considerando as seguintes dimensões da integralidade, a saber:

- Dimensão Política, que consiste em um princípio que organiza o sistema de saúde, visando a estruturação do sistema de saúde que responde em vários níveis de cuidado;
- Dimensão Organizacional: a fim de saber como se dá a organização da prática de uma equipe de saúde para poder atuar de maneira coerente com a Integralidade, e
- Dimensão Relacional: dimensão que se concentra na prática do cuidado entre profissional e usuário do sistema de saúde.

¹ Comunicação pessoal da Profa. Dr^a Dulce Aurélia de Souza Ferraz, ao fazer referência à Professora Dr^a Maria Inês Battistella Nemes, durante o exame de qualificação desta pesquisa de mestrado em 01/06/2023.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS

Foram selecionados doze artigos para a composição desta revisão. A maioria foi publicada em periódicos da área da saúde, sendo a maioria em revistas com foco na enfermagem, seguida de periódicos na área da saúde coletiva, psicologia e multiprofissional. Considerando o idioma dos artigos, 08 artigos foram publicados em língua portuguesa e 04 artigos foram publicados em língua inglesa. Dentre os estudos selecionados não houve nenhuma publicação em língua espanhola. As pesquisas foram realizadas entre janeiro de 2012 a setembro de 2020 e as publicações ocorreram entre os anos de 2016 e 2023.

Na Tabela 1 serão apresentados os doze artigos que compuseram esta revisão. Os dados apresentados consideram a codificação do autor desta revisão, e para melhor localização e entendimento foram apresentados de forma numerada de 01 a 12 (A-01 - A-12) com informações sobre: autor, título, local do estudo, ano de realização da pesquisa, ano de publicação do artigo, população que compõe o estudo e objetivos de cada artigo. A Tabela 2 configura um complemento aos dados apresentados na Tabela 1 e aborda dados construídos considerando a metodologia que foi empregada e os resultados encontrados.

Tabela 1 - Código, autor, título local de estudo, ano de realização da pesquisa, população do estudo e objetivos.

Código/ Base de dados	Autor	Título	Local do estudo Ano de realização da pesquisa Ano de publicação	População do estudo	Objetivo
A-01 SciELO	Damião <i>et al.</i> (2022)	Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades?	Local: Rio de Janeiro Pesquisa: 2021 Publicação: 2022	Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Pessoas vivendo com HIV, Profissionais da saúde (Médicos e Enfermeiros); Ativistas do movimento social de AIDS.	Analisar implicações da descentralização da assistência de PVHA para a APS na (re)produção ou redução de vulnerabilidades
A-02 SciELO	Celuppi; Meirelles (2022)	Gestão no cuidado às pessoas com HIV na atenção primária à saúde	Local: Florianópolis Pesquisa: Julho a Setembro 2020 Publicação: 2022	Enfermeiros Gestores	Compreender as melhores práticas de gestão no cuidado à saúde das pessoas que vivem com HIV em serviços de Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina.
A-03 SciELO	Kinalski <i>et al.</i> (2021)	Linha de cuidado para crianças e adolescentes vivendo com HIV: pesquisa participante com profissionais e gestores	Município do Rio Grande do Sul - Pesquisa: Maio a Junho de 2015 Publicação: 2021	Profissionais e gestores da atenção primária e especializada	Construir uma linha de cuidado para a atenção à saúde às crianças e adolescentes com HIV.
A-04 SciELO	Lima <i>et al.</i> (2021a)	Percepção dos enfermeiros acerca do processo de descentralização do atendimento ao HIV/Aids: testagem rápida	Local: Recife Pesquisa: Dezembro de 2019 a Março de 2020 Publicação: 2021	Enfermeiros da estratégia de saúde da família (ESF)	Descrever a percepção do enfermeiro acerca do processo de descentralização do atendimento ao HIV/Aids voltado à realização da testagem rápida.

Tabela 01 - continuação

Código/ Base de dados	Autor	Título	Local do Estudo Ano de realização da pesquisa Ano de publicação	População do estudo	Objetivo
A-05 SciELO	Guedes <i>et al.</i> (2021)	Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido Anti-HIV	Local: João Pessoa-PB Pesquisa: Setembro de 2017 Publicação: 2021	Gerentes saúde dos serviços de APS: Fisioterapeutas, Assistentes Sociais, Fonoaudiólogas, Profissionais de Educação Física, Administrador.	Analisar o discurso dos gerentes saúde relacionado à organização da oferta do teste rápido Anti-HIV, na perspectiva do atributo integralidade.
A-06 SciELO	Sciarotta <i>et al.</i> (2021)	O “segredo” sobre o diagnóstico de HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde	Local: Rio de Janeiro-RJ Pesquisa: Abril de 2018 a Novembro de 2019 Publicação: 2021	Profissionais de saúde (médicos e agentes comunitários de saúde); PVHA.	Analisar a gestão do Segredo acerca do diagnóstico de HIV e suas implicações para o cuidado das PVHIV na APS.
A-07 SciELO	Zambenedetti; Silva (2016)	Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades	Local: Porto Alegre - RS Pesquisa: Dezembro de 2012 a Julho de 2013 Publicação: 2016	Médicos da APS; Enfermeiros; ACS; Técnicos de Enfermagem; Gestores; Representante do conselho local de saúde.	Analisar as tensões emergentes em um processo de descentralização do diagnóstico para HIV e sífilis e acompanhamento das PVHA para a atenção básica em saúde, no município de Porto Alegre - RS.
A-08 SciELO	Melo <i>et al.</i> (2021)	Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde?	Local: Rio de Janeiro-RJ Pesquisa: Abril de 2018 a Outubro de 2019 Publicação: 2021	Profissionais de saúde e usuários PVHIV	Analisar a recente experiência de descentralização do cuidado de pessoas vivendo com HIV para a APS no Rio de Janeiro.

Tabela 01 - continuação

Código/ Base de dados	Autor	Título	Local do Estudo Ano de realização da pesquisa Ano de publicação	População do estudo	Objetivo
A-09 PubMed	Celuppi <i>et al.</i> (2022)	Management in the care of people with HIV in primary health care in times of the new coronavirus	Local: Florianópolis - SC Pesquisa: Julho a Setembro de 2020 Publicação: 2022	Enfermeiros assistenciais da APS; Gestores da Atenção especializada da Secretaria municipal de saúde.	Compreender as práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) na Atenção Primária à Saúde de uma capital brasileira, em tempos de pandemia do novo Coronavírus (covid-19).
A-10 PubMed	Lima <i>et al.</i> (2021b)	Diagnostic aspects and in-service training in the decentralization of care to people living with HIV	Local: Recife - PE Pesquisa: Dezembro de 2019 a Março de 2020 Publicação: 2021	Enfermeiros da APS	Analisar as percepções de enfermeiros sobre a descentralização do atendimento às PVHIV.
A-11 PubMed	Coelho; Meirelles (2019)	Care sharing for people with HIV/AIDS: a look targeted at young adults	Local: Florianópolis - SC Pesquisa: Julho a Setembro de 2017 Publicação: 2019	Profissionais da RAS	Compreender o compartilhamento do cuidado da pessoa vivendo com HIV/AIDS, com destaque para o adulto jovem, e a estruturação de linha de cuidado em município prioritário do Sul do Brasil.
A-12 PubMed	Celuppi <i>et al.</i> (2023)	Practical Approach to Care Kit: Innovation for nurses' clinical practice in HIV management	Local: Florianópolis - SC Pesquisa: Julho a Setembro de 2020 Publicação: 2023	Enfermeiros e gestores	Analisar a utilização do <i>Practical Approach to Care Kit</i> como uma tecnologia adotada na prática clínica dos enfermeiros no manejo do HIV na Atenção Primária à Saúde.

Tabela 02 - Metodologia e resultados dos estudos

Código	Método	Caracterização e contextualização do local e dos participantes da pesquisa	Acesso e retenção no serviço	Manejo do HIV no contexto de outras demandas e condições crônicas	Uso ou acesso a outros níveis da RAS
A-01	<p>Construção dos dados: Entrevistas semiestruturadas; Observação participante;</p> <p>Referencial Teórico: Violência e Vulnerabilidade; Análise dos dados: diálogos com conceitos de violência simbólica, interseccionalidade, vulnerabilidade e precariedade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Próximo a morros e favelas; - Marcado pela pobreza e violência; - Região com pontos de prostituição - Abrangia área com pessoas de classe média; - Unidade próxima aos conflitos do tráfico de drogas; - Usuários: homens e mulheres, adultos e jovens, maioria era pobre, com baixa escolaridade e negra; alguns em relacionamentos estáveis; relacionamentos homo e heteroafetivos; pessoas em situação de rua; alguns usuários em situação de prostituição; pessoas vinculadas ao tráfico de drogas; alguns beneficiários de programas sociais; pessoas de classe média que também acessavam o serviço privado; HSH e mulheres transexuais menos presentes no espaço e não citados pela equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atravessamento da violência interfere no cuidado - Quebra do sigilo representa risco de violência simbólica, armada ou de gênero, prejuízo familiar e social, expulsão do território e risco à vida; - Exigência de documentos para realização de exames e retirada de medicamentos: fator para fragilizar efetividade do cuidado; - Atitudes da equipe reforçando violência simbólica e entrecruzamento de vulnerabilidades; 	<ul style="list-style-type: none"> - Violência no território como entrave ao cuidado e como fator de comprometimento do usuário em relação ao tratamento; - Não visualizada dificuldade técnica para seguimento clínico; - Ausência de ações intersetoriais como fator para interrupção de tratamento em PVHIV privados de liberdade; 	
A-02	<p>Construção dos dados: Entrevista; Referencial Teórico: Integralidade Análise: Teoria Fundamentada em dados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais jovens, maioria do sexo feminino; 	<ul style="list-style-type: none"> - Durante Pandemia da COVID-19 o uso das redes sociais e o apoio intersetorial por meio de ONG's foram estratégias para captar, reter, trazer de volta PVHIV e continuar cuidados. 		<ul style="list-style-type: none"> - APS ordena cuidado e, caso necessário, a pessoa acessa outros pontos da rede, NASF e atenção secundária (infectologista laboratório e UDM).

Tabela 02 - continuação

Código	Método	Caracterização e contextualização do local e dos participantes da pesquisa	Acesso e retenção no serviço	Manejo do HIV no contexto de outras demandas e condições crônicas	Uso ou acesso a outros níveis da RAS
A-03	<p>Construção dos dados: Grupo Focal Referencial Teórico: Integralidade; vulnerabilidade Análise: dados submetidos à análise de conteúdo temática.</p>		<p>- Estigma em usuário, profissionais e comunidade: barreira à aceitação de diagnóstico e adesão ao tratamento; - A avaliação do cenário e práticas assistenciais levaram à mudança de postura no cuidado ofertado às crianças e adolescentes com HIV por Transmissão vertical;</p>	<p>- Ausência de informações de crianças e adolescentes vivendo com HIV na área de abrangência da APS resultando em prejuízo do cuidado; - Centralização do cuidado de crianças e adolescentes vivendo com HIV na atenção especializada resultando em falta de experiência de manejo clínico do HIV por médica da APS; - A visualização do HIV como condição crônica por meio do incentivo do município, levou a APS a conduzir o HIV em crianças e adolescentes vivendo com HIV na unidade básica de saúde, dividindo a responsabilidade do cuidado com a atenção especializada; - APS com pediatria e Hebiatria.</p>	<p>- Serviço especializado acessado para tratamento psicológico, nutricional e para realizar exames laboratoriais; -Atenção especializada geralmente lotada, mesmo assim testava todos que acessavam diretamente a unidade; - De início, a ausência de prontuário único e eletrônico e dificuldade de referência e contrarreferência: prejuízo à integralidade de cuidados a crianças vivendo com HIV com histórico de transmissão vertical; Depois, com instalação de instrumento de transferência entre pontos da RAS, foi possível melhorar cuidados às crianças e adolescentes vivendo com HIV.</p>

Tabela 02 - continuação

Código	Método	Caracterização e contextualização do local e dos participantes da pesquisa	Acesso e retenção no serviço	Manejo do HIV no contexto de outras demandas e condições crônicas	Uso ou acesso a outros níveis da RAS
A-04	Construção dos dados: Entrevista; Roteiro semiestruturado Referencial Teórico: Integralidade; Análise: técnica de nuvem de palavras e software IRAMUTEQ	- Profissionais jovens, maioria do sexo feminino;	- Teste rápido visto como porta de entrada ao sistema de saúde; - Ausência de capacitações para a equipe multiprofissional; - Capacitações só para enfermeiros;	- APS só realizava exames, transferindo pacientes com teste positivo para HIV para a atenção especializada do SAE; - APS atuava na monitorização da PVHIV, mas sem clareza quanto ao tempo e limites da monitorização;	- Estigma e medo de exposição levando pessoas a acessarem diretamente os centros especializados em busca de tratamento.
A-05	Construção dos dados: Roteiro semiestruturado; Entrevista Referencial Teórico: Integralidade Análise: Análise de discurso		- Desconhecimento dos gerentes sobre fluxo de testagem Anti-HIV - Prioridade de testagem anti-HIV para gestantes - Falta de testes justificada por ausência de qualificação de equipe; - Ausência de capacitações para a equipe multiprofissional; - Capacitações só para enfermeiros; - Estigma em usuário, profissionais e comunidade: barreira à aceitação de diagnóstico e adesão ao tratamento;	- Transferência de cuidados da APS para o serviço especializado; - Só gestantes ficavam em acompanhamento conjunto da APS com atenção especializada;	Atenção especializada recebe todos os pacientes da rede de atenção à saúde do município após diagnóstico de HIV; - Falta de articulação intersetorial levando as pessoas acessarem diretamente a atenção especializada, mesmo sem comorbidades ou infecções oportunistas;

Tabela 02 - continuação

Código	Método	Caracterização e contextualização do local e dos participantes da pesquisa	Acesso e retenção no serviço	Manejo do HIV no contexto de outras demandas e condições crônicas	Uso ou acesso a outros níveis da RAS
A-06	<p>Construção dos dados: Observação participante; Entrevistas em profundidade; Grupos focais; Referencial Teórico: Estigma Análise: discutido à luz de Simmel e Elias & Scotson, considerando elementos relativos à moralidade, subjetividade e interação social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Próximo a morros e favelas - Marcado pela pobreza e violência - Unidade próxima aos conflitos do tráfico de drogas - Unidade: Campo de estágio na graduação - Equipes da ESF 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de estrutura física e espaço reservado na sala de espera: fragilidade à manutenção do sigilo se teste anti-HIV reagente; - Receio de quebra de sigilo aliado a estigma: rejeição do diagnóstico; - Possibilidade de acessar outras UBS: estratégia para vínculo e retenção; - Não compartilhamento de diagnóstico entre todos os membros da equipe da APS: fator de fragilidade para manutenção do sigilo 	<ul style="list-style-type: none"> - Compartilhamento do diagnóstico entre membros da equipe como fator para qualificação de atuação multiprofissional - A ciência do diagnóstico de HIV pelo ACS, resulta em busca pela prioridade de atendimento para a PVHIV em casos de necessidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Receio de quebra de sigilo aliado a estigma: motivou procura por serviço especializado; - Profissão e medo de perda de clientes na área e moradia em caso de quebra do sigilo como fator para acesso a outras unidades de saúde da APS;
A-07	<p>Construção dos dados: Grupos focais Referencial Teórico: Integralidade Análise: À luz de Lourau, Barembliit e Foucault.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Unidade: cenário para formação na graduação e Residências 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação e apoio matricial como estratégia à descentralização do cuidado do SAE/CTA para a APS; - Barreira de comunicação do diagnóstico ao paciente fragiliza retenção à unidade; - Rotatividade de profissionais: fragilidade ao vínculo e retenção 	<ul style="list-style-type: none"> - Estímulo ao acompanhamento clínico de PVHIV estáveis pela APS; - PVHIV atendidos na atenção secundária eram acompanhados em suas condições crônicas na APS; 	<ul style="list-style-type: none"> - Após diagnóstico pessoas foram encaminhadas para serviço especializado, mas com corresponsabilização da equipe da ESF;

Tabela 02 - continuação

Código	Método	Caracterização e contextualização do local e dos participantes da pesquisa	Acesso e retenção no serviço	Manejo do HIV no contexto de outras demandas e condições crônicas	Uso ou acesso a outros níveis da RAS
A-08	<p>Construção dos dados: Observação participante; Entrevistas semiestruturadas em profundidade; Grupos focais; Referencial Teórico: Integralidade Análise: Diálogo com referenciais teóricos sobre HIV na APS, cuidado e integralidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Próximo a morros e favelas - Marcado pela pobreza e violência - Unidade próxima aos conflitos do tráfico de drogas - Unidade: Campo de estágio na graduação 	<ul style="list-style-type: none"> - Proximidade da APS vista como favorável à descentralização, mas também como barreira que pode potencializar vulnerabilidades em virtude de possível exposição; - Vínculo já existente como fator para retenção à unidade de saúde; - Presença de médicos de família e comunidade na unidade: vista como fator de aumento de sensibilidade e compromisso de equipe; por outro lado, ações mais personalizadas no usuário e suas demandas não foram presenciadas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Médico centralizando cuidados e sigilo do diagnóstico, trazendo prejuízos ao cuidado integral pela equipe multiprofissional; 	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilidade para que a PVHIV fosse acompanhada em uma UBS diferente da que estava adscrita como forma de garantir continuidade de tratamento visando sensação de bem-estar da pessoa e acolhimento que tenha relatado em outro local; - Triagem sobre condições de risco ao adoecimento por causa do HIV era realizada para encaminhamento de PVHIV ao serviço de referência;

Tabela 02 - continuação

Código	Método	Caracterização e contextualização do local e dos participantes da pesquisa	Acesso e retenção no serviço	Manejo do HIV no contexto de outras demandas e condições crônicas	Uso ou acesso a outros níveis da RAS
A-09	Construção dos dados: Entrevista Referencial Teórico: Integralidade Análise: Teoria Fundamentada em dados.		- Durante Pandemia da COVID-19 o uso das redes sociais e o apoio da rede intersetorial por meio de ONG's foram estratégias para captar, reter trazer de volta PVHIV e dar continuidade aos cuidados;	- Direcionamento do cuidado à PVHIV pela APS como fator de inclusão da pessoa em seu ambiente e comunidade; - Monitoramento da PVHIV por meio de instrumentos de gestão e planilhas de vigilância levando à melhor assistência às PVHIV adscritas na área de atuação da unidade de saúde	- Rede de apoio entre unidades de saúde, centros de testagem e resposta rápida e parcerias intersetoriais com ONG's para compartilhamento de dificuldades e facilitar acesso da PVHIV a outras unidades mais próximas, considerando período de isolamento social na pandemia da COVID-19.

Tabela 02 - continuação

Código	Método	Caracterização e contextualização do local e dos participantes da pesquisa	Acesso e retenção no serviço	Manejo do HIV no contexto de outras demandas e condições crônicas	Uso ou acesso a outros níveis da RAS
A-10	Construção dos dados: Entrevista e Questionário. Referencial Teórico: Integralidade Análise: método de Classificação Hierárquica Descendente, idealizado a partir da teoria do alcance de metas.	- Profissionais jovens, maioria do sexo feminino;	- Barreira de comunicação do diagnóstico ao paciente fragiliza retenção à unidade; - Proximidade da APS vista como favorável à descentralização, mas também como barreira que pode potencializar vulnerabilidades em virtude de possível exposição. - Estigma em usuário, profissionais e comunidade: barreira à aceitação de diagnóstico e adesão ao tratamento; - Receio de quebra de sigilo aliado a estigma: rejeição do diagnóstico .	- Treinamento do profissional visto como fator para integralidade do cuidado à PVHIV; - Treinamento focado na testagem, sem suporte ao manejo clínico e voltado ao enfermeiro; - Responsabilização do cuidado às PVHIV focado no profissional enfermeiro levando à sobrecarga do profissional e descaracterizando a finalidade multiprofissional da ESF;	- Receio de quebra de sigilo aliado a estigma: motivou procura por serviço especializado; - Medo de exposição levando pessoas a acessarem diretamente os centros especializados em busca de tratamento;

Tabela 02 - continuação

Código	Método	Caracterização e contextualização do local e dos participantes da pesquisa	Acesso e retenção no serviço	Manejo do HIV no contexto de outras demandas e condições crônicas	Uso ou acesso a outros níveis da RAS
A-11	Construção dos dados: Entrevista Referencial Teórico: Integralidade Análise: teoria fundamentada em dados, utilizando método de análise comparativa constante.		- Ampliação de testagem Anti-HIV fortaleceu descentralização; - Testagem anti-HIV ampliou acesso ao diagnóstico, ampliou metas e resultou em início oportuno de tratamento;	- Capacitação como estratégia para efetivação do cuidado a PVHIV na APS;	- Direcionamento do cuidado pela APS, com retaguarda do NASF e atenção secundária, adotando o matriciamento dos cuidados entre os serviços da RAS.
A-12	Construção dos dados: Entrevista Referencial Teórico: Integralidade Análise: Teoria Fundamentada em dados	- Profissionais jovens, maioria do sexo feminino.	- Instrumento PACK (<i>Practical Approach to Care Kit</i>) como mecanismo para cuidado ao chegar PVHIV na unidade de saúde, segundo equipe.	- PACK modificou prática clínica do enfermeiro no manejo à PVHIV fortalecendo cuidados e condução clínica;	- PACK como mecanismo para classificação de condições de risco ao adoecimento da PVHIV, levando-a a transitar na RAS para avaliação na atenção especializada;

Os artigos foram indexados nas bases de dados *SciELO* e no *PubMed*, estando a maioria deles, em número de 08 artigos, no *SciELO*. Com relação às abordagens teóricas utilizadas para fundamentação das discussões nos estudos selecionados, foram observados os seguintes conceitos: violência, vulnerabilidade, Integralidade e estigma, sendo a Integralidade o referencial teórico mais utilizado entre os artigos desta revisão, como demonstrado na coluna de metodologia da Tabela 2.

Do ponto de vista das técnicas de produção de dados foram utilizados: grupo focal, entrevistas semiestruturadas; entrevistas em profundidade e alguns combinaram a observação participante. Entre as metodologias utilizadas para produção dos dados, a entrevista consistiu na principal modalidade, como apresentado na Tabela 2. Salieta-se que no após início da pandemia da COVID-19, com o período de isolamento social ocorrido em 2020, alguns dados foram produzidos na modalidade on-line (Celuppi; Meirelles, 2022; Celuppi *et al.*, 2022; Celuppi *et al.*, 2023).

Com relação aos locais onde os dados foram produzidos, assim como mostrado na Tabela 01, seis artigos foram produzidos em municípios da Região Sul do Brasil, seguidos de artigos produzidos em municípios da Região Sudeste e da Região Nordeste. Não houve artigos das Regiões Norte e Centro-Oeste entre os artigos selecionados. Além disso, verificou-se que a maior parte da produção dos dados ocorreu em cidades que eram capitais dos seus respectivos estados.

Dos 12 artigos selecionados para esta pesquisa, 11 artigos focaram no contexto de atenção de pessoas adultas. Com relação aos participantes dos estudos, apenas 03 artigos (Damião *et al.*, 2022; Sciarotta *et al.*, 2021; Melo *et al.*, 2021) incluíram produção de dados com PVHIV.

Apenas um artigo apresentou foco na linha de cuidados às crianças e adolescentes vivendo com HIV (Kinalski *et al.*, 2021) que tiveram a infecção via transmissão vertical. Considerando os resultados, verificou-se que o adolescente continua sendo uma população desproporcionalmente não estudada no que se refere à infecção por via sexual e que não comparece no âmbito da atenção primária.

4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL E PERFIL DOS PARTICIPANTES DAS PESQUISAS

O contexto do cuidado na atenção primária apresentou grande heterogeneidade ao considerarmos o ponto de vista do território, das características das unidades de saúde, as populações assistidas e dos profissionais que trabalham nessas unidades de saúde.

Do ponto de vista do território das unidades de saúde, regiões margeando morros e favelas, marcadas pela pobreza e violência, foram identificadas em três estudos (Damião *et al.*, 2022; Sciarotta *et al.*, 2021; Melo *et al.*, 2021). Uma das unidades estava localizada em uma região que possuía pontos de prostituição, concentrando número importante de cortiços e igualmente uma área que também abrigava a classe média da cidade (Damião *et al.*, 2022).

Ainda sobre esses três estudos, as áreas onde se localizavam as unidades de saúde estavam sujeitas a uma maior vulnerabilidade e periculosidade devido à proximidade de regiões onde ocorrem conflitos em decorrência do tráfico de drogas (Damião *et al.*, 2022; Sciarotta *et al.*, 2021; Melo *et al.*, 2021).

Em relação às unidades básicas de saúde (UBS), foram encontradas similaridades na caracterização e função acadêmica das UBS, uma vez que estudos (Sciarotta *et al.*, 2021; Melo *et al.*, 2021; Zambenedetti; Silva, 2016) mostraram que há unidades que funcionam como centros de formação de estudantes, por serem locais de estágios para acadêmicos (Sciarotta *et al.*, 2021; Melo *et al.*, 2021) e campo de práticas para as residências médica e multiprofissional (Zambenedetti; Silva, 2016).

Algumas unidades foram definidas como componentes do modelo de unidade de saúde da família, outras foram apresentadas como unidades que congregavam equipes de ESF, com diferencial de atendimento multidisciplinar, com algumas especialidades médicas cadastradas, além de coletas de exames para dosagem de Linfócitos T CD4 e Carga Viral (CV) de HIV e dispensação de TARV para PVHIV (Sciarotta *et al.*, 2021).

Do ponto de vista dos profissionais, os estudos indicaram que a maioria dos participantes era de adultos jovens, com idades entre 31 e 45 anos do sexo feminino

(Celuppi; Meirelles, 2022; Lima *et al.*, 2021a; Celuppi *et al.*, 2023; Lima *et al.*, 2021b).

Considerando o tempo de formação de profissionais, os estudos que caracterizaram o dado mostraram profissionais com formação ocorrida há mais de 15 anos (Lima *et al.*, 2021a; Celuppi *et al.*, 2023; Lima *et al.*, 2021b).

Quadro 2 — Profissões da área da saúde representadas na construção dos artigos

Profissões	Artigos
Agentes Comunitários de Saúde	Zambenedetti; Silva (2016) Melo <i>et al.</i> (2021) Sciarotta <i>et al.</i> (2021) Damião <i>et al.</i> (2022)
Técnicos de Enfermagem	Zambenedetti; Silva (2016)
Enfermeiros	Zambenedetti; Silva (2016) Coelho; Meirelles (2019) Lima <i>et al.</i> (2021a) Lima <i>et al.</i> (2021b) Sciarotta <i>et al.</i> (2021) Celuppi; Meirelles (2022) Celuppi <i>et al.</i> (2022) Damião <i>et al.</i> (2022) Celuppi <i>et al.</i> (2023)
Médicos	Zambenedetti; Silva (2016) Coelho; Meirelles (2019) Melo <i>et al.</i> (2021) Damião <i>et al.</i> (2022) Celuppi <i>et al.</i> (2023)
Farmacêuticos	Coelho; Meirelles (2019)
Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Assistentes Sociais; Educadores Físicos; Administradores.	Guedes <i>et al.</i> (2021)

Em Melo *et al.* (2021) o trabalho de campo para construção de dados mostrou que o trabalho foi realizado junto a diversas categorias profissionais, mas resultados só registraram discursos de agentes comunitários de saúde e médicos. No artigo de Kinalski *et al.* (2021) não houve caracterização de quais categorias de profissionais das UBS e ESF forneceram dados para a construção dos dados.

Em relação às profissões representadas na construção dos estudos, verificou-se que pesquisas incluem diferentes modalidades profissionais. O Quadro 2 reuniu informações indicando quais profissões forneceram dados para construção de cada estudo.

Considerando as PVHIV assistidas nas unidades de saúde da atenção primária, foram caracterizadas como homens e mulheres, com população composta por adultos e jovens. Quanto à orientação sexual foram relatados relacionamentos hétero e homoafetivos (Damião *et al.*, 2022).

Entre as PVHIV foram registradas pessoas vivendo em situação de rua, outras vinculadas ao tráfico de drogas, beneficiários de programas sociais e alguns que estavam em situação de prostituição. A maioria era pobre, com baixa escolaridade e negras, denotando a existência de interação entre as vulnerabilidades existentes, levando em consideração o contexto político e sociocultural, bem como as vulnerabilidades individuais, expressas no comportamento dos indivíduos. Contudo, dentre a população adscrita, havia também pessoas de classe média, que eram atendidas no SUS, mas tinham acesso à rede privada de saúde (Damião *et al.*, 2022). Dentre os estudos elencados, apenas Damião *et al.* (2022) abordaram tais características.

Exceto por um estudo, não houve caracterização das PVHIV em relação à cor da pele, orientação sexual e trabalho sexual, fatores que indicariam em que medida estas pessoas, considerando os principais marcadores de vulnerabilidade, estariam representadas na atenção primária. Os homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais estiveram menos presentes nos espaços e não foram citados nas entrevistas com equipe multiprofissional, o que pode indicar uma barreira de acesso (Damião *et al.*, 2022).

4.3 DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE

4.3.1 DIMENSÕES RELACIONAIS – A INTEGRALIDADE NA DINÂMICA INTERSUBJETIVA

As relações no cuidado em saúde entre profissionais e pacientes desempenham um papel crucial para a efetividade da Estratégia Saúde da Família e para a promoção da qualidade dos serviços da atenção básica. Essas relações permitem a construção de vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais e os pacientes, favorecendo uma abordagem que busca concretizar o princípio da integralidade, considerando os aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais do paciente. Essa abordagem fortalece a qualidade de vida, melhora os resultados clínicos, aumenta a adesão ao tratamento e satisfação do paciente (Ferraz; Nemes, 2009).

Um estudo realizado em Recife evidenciou entraves na comunicação entre profissionais e pacientes no momento da revelação do diagnóstico de HIV. Foram vistas barreiras de comunicação do diagnóstico que dificultavam as relações interpessoais, pois os profissionais se mostravam inseguros por não possuírem capacitação adequada para fornecimento das informações necessárias após resultado de um teste reagente para HIV (Lima *et al.*, 2021b). Outro estudo realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, constatou que a falta de habilidades de aconselhamento por parte da equipe de saúde era um problema relevante. Essas habilidades foram relatadas como fundamentais para promover a sensibilização dos profissionais de saúde por meio da escuta ativa do paciente, além de contribuírem para a retenção deste a partir da elaboração conjunta de soluções para as suas diversas demandas (Zambenedetti; Silva, 2016).

Colaço *et al.* (2019), do mesmo modo, reforçam que nos casos de positividade dos testes anti-HIV, os profissionais se sentem despreparados na condução do momento da revelação diagnóstica. Com a positividade do teste, que causava na equipe sentimentos de stress e ansiedade, viu-se a necessidade de suporte emocional e técnico. Sabe-se que profissionais preparados para o momento são capazes de gerar o devido acolhimento, caminho essencial para estabelecimento de vínculo, longitudinalidade e integralidade do cuidado, o qual,

assim como dito por Ayres *et al.* (2009), necessita ser ampliado, extrapolando os limites das bases biomédicas.

O estigma de viver com HIV, somado ao preconceito presente em usuários, profissionais ou na comunidade, representou uma barreira importante à aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento (Guedes *et al.*, 2021; Lima *et al.*, 2021b; Kinalski *et al.*, 2021). Com o resultado reagente para o HIV, estabeleceu-se a preocupação dos usuários quanto à quebra do sigilo por parte dos profissionais de saúde, com prejuízo à vida social e familiar, além de exposição da pessoa à violência simbólica, armada ou de gênero, e em alguns casos com expulsão da comunidade e risco à vida (Damião *et al.*, 2022).

Em concordância aos dados citados, Parker e Aggleton (2003) relatam que a opção pelo não compartilhamento do diagnóstico de HIV no contexto familiar se embasa porque as PVHIV estão sujeitas à invisibilidade e estigmatização. Sontag (2007), por sua vez, mostra que o estigma em relação a muitas doenças se dá pelas percepções que as pessoas constroem acerca dos indivíduos doentes. Desse modo, o medo da quebra do sigilo se constituía como uma barreira de acesso interferindo na integralidade do cuidado.

Estigma é caracterizado como uma imagem negativa associada a certo comportamento, característica ou grupo. Goffman (1988) ao caracterizar estigma o mostra como um traço profundamente desacreditador, capaz de contaminar a identidade social de maneira indesejável, e que evoluiu em rejeição por conta dessa mesma identidade. Mostra que o estigma pode ser classificado em três categorias: o ligado às deformidades do corpo (por exemplo, pessoas com deficiências), o relacionado às culpas individuais (como doença mental, prisão, vício, homossexualidade etc.) e vinculado a características tribais (tais como raça e religião). Moreira *et al.* (2010) relatam que ao surgimento do HIV na década de 1980, por ter mais prevalência entre os homossexuais, o diagnóstico vinculava a pessoa a uma condição estigmatizadora, fruto da generalização da sociedade a respeito da condição de ter HIV.

A percepção do estigma do diagnóstico aliada ao receio de quebra do sigilo pela equipe assistencial resultou na rejeição do diagnóstico e do cuidado que fora ofertado, e levou pessoas a procurarem serviços especializados para acompanhamento (Lima *et al.*, 2021b; Sciarotta *et al.*, 2021). Para os usuários que

escolheram ficar na APS, o vínculo já existente com profissionais da UBS foi o fator determinante (Melo *et al.*, 2021). Do mesmo modo, Kinalski *et al.* (2021) concordam que o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários é algo que se constrói à medida que o usuário passa a acessar continuamente o serviço de saúde na APS, resultando em confiança no corpo profissional e diminuição de busca por serviços especializados.

Considerando o acesso e retenção de pessoas que vivem com HIV na atenção primária, em estudo realizado junto a PVHIV, profissionais de saúde e ativistas de movimentos em prol das PVHIV do Rio de Janeiro mostrou que o atravessamento da violência no território interferiu diretamente na prevenção, diagnóstico e adesão ao tratamento (Damião *et al.*, 2022). Essa mesma percepção foi relatada por Dahlberg e Krug (2007) ao destacarem que na questão da violência em meio à sociedade guarda íntima relação com a pobreza e com a vulnerabilidade programática. Assim sendo, o estabelecimento das unidades de saúde em locais notadamente violentos evidencia a fragilidade do serviço em reduzir as vulnerabilidades que afastam essas pessoas do cuidado integral.

Sciarotta *et al.* (2021) mostraram que a opção pelo não compartilhamento entre os membros da equipe sobre o diagnóstico de um PVHIV da unidade dava margens para que o profissional que não havia sido informado pessoalmente não se comprometesse com o sigilo. No entanto, o compartilhamento do diagnóstico em reuniões de equipe foi visto como uma oportunidade para trabalho do tema entre todos para fortalecimento de ações multidisciplinares. O compartilhamento do diagnóstico entre membros da mesma equipe de saúde qualifica o cuidado e capacita a equipe a contemplar as especificidades do paciente, dispondo de diferentes meios e técnicas para ofertar o suporte que atenda integralmente as demandas necessárias. Do mesmo modo, Abdalla e Nichiata (2008) relatam que reuniões periódicas de equipe com abordagem sobre postura profissional diante de um diagnóstico de HIV reagente fortalecem as ações de integralidade e capacitam os profissionais de maneira mais efetiva no cuidado às pessoas atendidas na unidade de saúde.

A proximidade da APS foi vista como fator que favorecia o processo de descentralização em virtude da facilidade de acesso ao serviço e por favorecer vínculo entre profissionais e usuários. Entretanto, a proximidade também foi

retratada como barreira e fator capaz de potencializar vulnerabilidades, uma vez que, para alguns usuários, a proximidade da unidade de saúde em relação às residências, familiares e conhecidos alimentava o medo de exposição de diagnóstico e discriminação (Lima *et al.*, 2021b; Melo *et al.*, 2021). A ausência de estrutura física e espaço reservado representou uma fragilidade para manutenção do sigilo uma vez que todas as pessoas que aguardavam atendimento permaneciam juntas no mesmo local de espera (Sciarotta *et al.*, 2021).

De acordo com a UNAIDS (2021), o estigma e a discriminação, sustentados pelas desigualdades, vulnerabilizam as PVHIV, expondo-as ao adoecimento. Damião *et al.* (2022) corroboram e retratam que estigma e discriminação quando vinculados ao HIV/Aids aumentam a precarização da vida das pessoas, comprometendo o acesso e qualidade do cuidado. Quanto ao sigilo, Bellenzani, Santos e Paiva (2012) relatam que a discussão sobre a importância em manter confidencialidade e consequências em caso de quebra do sigilo para a PVHIV necessita ser trabalhada com os profissionais nos processos de educação permanente e no cotidiano do trabalho e do cuidado.

A rotatividade de profissionais e as equipes incompletas foram representadas como dificuldades para formação de vínculo às PVHIV, uma vez que a saída de funcionários fazia com que a responsabilidade pelo cuidado passasse para outros membros da equipe que não possuíam familiaridade quanto aos diagnósticos de HIV realizados anteriormente, bem como os encaminhamentos realizados e em qual patamar estava o tratamento da PVHIV (Zambenedetti; Silva, 2016).

Corroborando com os dados acima, Andrade, Bueno e Bezerra (2009) falam que equipes incompletas no corpo assistencial em conjunto com a substituição frequente de profissionais resultam em impacto na formação de vínculo e dificultam a operacionalização do que está proposto para saúde da família. Assim sendo, podemos afirmar que a rotatividade de profissionais impacta na integralidade do cuidado e fragiliza o vínculo.

Unidades de saúde com a presença de médicos de família e comunidade foram locais que possuíam profissionais com maior sensibilidade e compromisso quanto ao acesso e sigilo das PVHIV. Contudo, apesar da característica singular, não foram vistas iniciativas dos profissionais em relação às PVHIV assistidas na unidade sobre práticas sexuais, ações de combate ao estigma e discriminação, nem

fortalecimento de autoestima e importância de manter as relações sociais o viver em sociedade (Melo *et al.*, 2021).

A visualização de problemas existentes no cuidado ofertado ao longo da rede de atenção e a sensibilidade da equipe em reconhecer as falhas existentes e necessidade de mudança de práticas de saúde representaram formas de superação dos preconceitos existentes na equipe assistencial e conscientização sobre prevenção, promoção, diagnóstico e cuidados clínicos de PVHIV. Kinalski *et al.* (2021) evidenciaram que foi possível ressignificar fragilidades e preencher lacunas ao construir uma Linha de Cuidados para a atenção à saúde às crianças e adolescentes com HIV com histórico de infecção por transmissão vertical ao adotar medidas de fortalecimento de vinculação com a atenção primária, com vacinação e acompanhamento sendo capitaneados pela APS e não pelo serviço especializado, e com garantia de acesso mais imediato aos mais vulneráveis.

No entanto, o estudo conduzido por Lima *et al.* (2021a) apresentou resultado diferente ao relatar que a APS ficava restrita à realização de exames e transferia o paciente para referência em caso de teste rápido de HIV positivo. De acordo com Melo *et al.* (2021), a APS deve ser responsável pelo acompanhamento do paciente de vive com HIV e tão somente em casos de cuidados específicos, como acompanhamento de gestantes e presença de condições clínicas de maior risco para o paciente, o serviço especializado deve ser acionado. Desse modo, vê-se que as relações constituídas pela equipe são informadas por práticas de cuidado sensíveis, que atentam para as necessidades dos pacientes, mas não de modo especial para as PVHIV. Nesse sentido, o fortalecimento de práticas de cuidados voltadas para PVHIV na APS é necessário de modo a contemplar integralmente as demandas e compreender o papel do serviço especializado na rede de atenção.

Considerando os dados construídos sob a ótica da dimensão relacional, foi possível observar que as principais implicações do ponto de vista relacional foram a presença do estigma de viver com HIV e o manejo do sigilo por parte da equipe de saúde, após o teste anti-HIV ter mostrado resultado positivo. As principais repercussões foram a possibilidade de abandono de tratamento e a não retenção da pessoa na unidade de saúde no seguimento clínico. As principais respostas à vulnerabilidade programática presente necessitam ser dadas de forma contínua amparando o manejo do sigilo e da confidencialidade, além da oferta, por parte da

gestão, de suporte estrutural adequado para que o cuidado à PVHIV seja ofertado de forma integral, além de momentos de educação permanente para a equipe assistencial.

4.3.2 ORGANIZACIONAIS – A INTEGRALIDADE AMPLIADA

Com relação à dimensão organizacional da integralidade, refere-se a uma característica da organização das práticas e dos serviços de saúde, tendo por objetivo uma ampla apreensão das necessidades da população, indo além da simples resposta aos agravos de saúde previstos nos protocolos.

A ampliação de testagem rápida para diagnóstico de HIV em todas as unidades de saúde do município de Florianópolis, apresentada em estudo realizado com equipe multiprofissional da APS e gestores da cidade, tornou potente o processo de descentralização, pois, ao ampliar acesso ao diagnóstico, fortaleceu a meta de testagens e resultou em início oportuno de tratamento às PVHIV (Coelho; Meirelles, 2019). Lima *et al.* (2021a), por sua vez, retratam que a presença do teste rápido representa um papel indispensável para que ocorram avanços no processo e desconstrução da centralização do diagnóstico, e pontuam que a definição da inserção do teste rápido na APS representa uma intervenção estratégica, resultando em maior celeridade nos resultados, corroborando com a integralidade entre os níveis dos sistemas de saúde e reorganização do modelo de atenção assistencial, principalmente em nível local.

A ausência de capacitação técnica de equipes da assistência ao PVHIV na APS foi registrada por Lima *et al.* (2021a) e por Guedes *et al.* (2021). Além disso, treinamentos anteriores sempre davam enfoque na realização da testagem, sem abordagem acerca de manejo, direcionando o treinamento somente aos profissionais que eram enfermeiros das unidades de saúde, fator que sobrecarregava o profissional na prática diária de realização de testagens e fragilizava o conceito e o processo de descentralização. Zambenedetti e Silva (2016) registraram que a capacitação e o apoio matricial contribuíam favoravelmente à descentralização do cuidado às PVHIV, as quais antes eram atendidas por meio do SAE e CTA e, após reformulação de rede, foram redirecionadas para a unidade básica de saúde.

Coelho e Meirelles (2019) relatam que a capacitação fornece ao profissional da Unidade Básica de Saúde (UBS) subsídios para prestação de cuidados com efetividade e qualidade técnica. Lima *et al.* (2021b) retrataram que a responsabilização do cuidado às PVHIV esteve centrada no enfermeiro, com treinamentos voltados para testagem, sem suporte ao manejo clínico, com sobrecarga ao profissional e descaracterização da finalidade multiprofissional da ESF. No processo de descentralização de cuidados e atendimento às PVHIV, o treinamento do profissional representou um fator essencial para adoção da integralidade do cuidado.

Considerando os dados apresentados, capacitações restritas para o profissional enfermeiro centralizam o cuidado, indo de encontro ao objetivo das políticas públicas de descentralização, que preconizam atendimento amplo e multidisciplinar. Além disso, com o foco dado ao aprimoramento técnico para realização do teste, o suporte emocional ao profissional não é previsto e trabalhado da forma devida durante os treinamentos, fragilizando equipes que atuam no cuidado da AB.

Em vista disso, Lima *et al.* (2021a) argumentam que restringir treinamentos para uma categoria profissional leva a uma ruptura no relacionamento interpessoal dos componentes da equipe multiprofissional, resultando em queda no empenho de todos no atendimento às PVHIV e que discutir o direcionamento de treinamentos com os gestores é um passo necessário para que a abordagem do cuidado possa ocorrer de forma integral. Assim, o aperfeiçoamento representa o caminho para lapidação das práticas dos profissionais, levando-os a fazer uma análise crítica acerca da assistência, e possibilitando a aplicação dos conhecimentos na melhoria do cuidado ofertado.

O direcionamento do indivíduo para acompanhamento na atenção primária tinha por objetivo a realização da inclusão da pessoa no ambiente onde estava originalmente inserido, perto da sua família e em meio à comunidade que habitava (Coelho; Meirelles, 2019).

Em estudo de Zambenedetti e Silva (2016), nos casos em que havia pacientes triados previamente, indetectáveis, estáveis e fazendo acompanhamento seriado de quantificação de carga viral de HIV e Linfócitos T CD4, havia forte estímulo ao acompanhamento preconizado para a PVHIV na APS, mantendo a

frequência de avaliações clínicas e exames laboratoriais conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Além disso, mesmo em casos de pessoas que fossem atendidas na atenção secundária, quaisquer manifestações de outras condições crônicas deveriam ser conduzidas em atenção básica do município.

No caso do município de Florianópolis, em que ocorreu o incentivo de corresponsabilização pelas PVHIV entre serviços especializados e unidades de saúde da APS, foi verificado que o HIV passou a ser visto como condição crônica, com condução realizada pela APS. Com isso, dependendo da estratificação de risco realizada pelo profissional assistente, a pessoa podia acessar outros serviços da RAS, com retaguarda do NASF, bem como dos serviços de atenção secundária por meio de matriciamento e referência (Coelho; Meirelles, 2019).

A possibilidade de acessar unidades distintas à unidade à qual estavam vinculados foi uma estratégia para favorecer retenção e tratamento de PVHIV. Fatores como a presença da violência no território e o medo de prejuízos profissionais relacionados à quebra do sigilo foram razões para procura de testagem e acompanhamento em outra unidade (Melo *et al.*, 2021; Sciarotta *et al.*, 2021). Do mesmo modo, Faria (2020) aborda a territorialização como um dos fundamentos que predispõem a Integralidade. Assim, a flexibilidade organizacional de acesso a diferentes unidades é uma das formas de entender a Integralidade a partir da observação do direito de escolha do paciente para além do território onde a pessoa está adscrita,

A dificuldade imposta para realização de exames e para retirada de medicação de TARV se mostrou uma relevante barreira de acesso do grupo ao serviço e foi capaz de reforçar vulnerabilidades programáticas, uma vez que a norma do serviço impedia a efetividade do cuidado (Damião *et al.*, 2022). A exigência de documentos para realização de exames e para dispensação de medicamentos dificultava as ações de prevenção e cuidado de jovens do tráfico de drogas, pois raramente saíam da região protegida em virtude de mandados de prisão emitidos e risco de confronto com os policiais. A simplificação das exigências para efetivação de atendimentos, acompanhamento laboratorial e acesso a medicamentos necessita ser discutida para impulsionar ações de cuidado integral. É preciso ampliar o debate acerca das exigências burocráticas de acesso ao serviço de saúde de forma a reduzir os agravos em populações vulnerabilizadas socialmente.

Durante a pandemia da COVID-19, e em vigência de isolamento social, para que o acesso fosse mantido às PVHIV, as unidades de saúde necessitaram realizar adequações às ações e rotinas. A utilização de redes sociais para acolhimento e plataformas de tecnologias em telemedicina para consulta virtual e envio de exames de CD4, Carga Viral de HIV e receituários, além de contato virtual com pessoas acompanhadas no serviço, parceria com rede intersetorial por meio de parcerias com ONG como o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA) para captação de PVHIV em abandono de tratamento, envolvimento da equipe multidisciplinar, com divisão de responsabilidades e atribuições, representaram mecanismos para acompanhamento integral do paciente. Além disso, nos casos em que foi constatada necessidade de avaliação clínica e realização de anamnese, as PVHIV adscritas na área foram priorizadas para atendimento presencial (Celuppi *et al.*, 2022; Celuppi; Meirelles, 2022).

No estudo desenvolvido em Florianópolis, SC, que coletou dados por meio de entrevista online com enfermeiros da APS e gestores da Atenção especializada, e constatou que durante o período de isolamento social, foi formada rede de apoio entre as unidades de saúde da APS e os Centros de Testagem e Resposta Rápida do município, além de parcerias intersetoriais com Organizações não Governamentais (ONG) para compartilhamento de dificuldades e para possibilitar que nos casos em que as pessoas não conseguissem fazer a retirada de TARV na unidade de dispensação em que estavam cadastradas anteriormente, pudessem retirar na unidade de saúde mais próxima às suas residências (Celuppi *et al.*, 2022).

Atualmente, a ampliação do uso da telemedicina tem sido uma ferramenta importante nas discussões acerca da oferta de cuidado. Coelho *et al.* (2020) mostram que a telemedicina quando utilizada junto a PVHIV em locais de difícil acesso, possibilita que custos sejam reduzidos e que o alcance da APS seja ampliado. Harsono *et al.* (2022) mostram que os benefícios da telemedicina para a PVHIV estão na flexibilização de normas e rotinas anteriores e no envolvimento de família e equipe multidisciplinar no atendimento do paciente. A telemedicina propicia a não interrupção do cuidado, e no período da pandemia da COVID-19, foi fundamental para o acompanhamento terapêutico das PVHIV.

Celuppi *et al.* (2023) apresentaram que a capacitação de equipes e adaptação de instrumento desenvolvido na África do Sul, PACK (*Practical Approach*

to Care Kit), projetado para apoiar profissionais de saúde da APS, modificou a prática clínica do enfermeiro diante de uma pessoa com diagnóstico reagente para o HIV, pois fortaleceu o profissional em sua atuação na APS, facilitando o processo de trabalho, partilha de cuidados entre as equipes médica e multiprofissional, fortalecendo condução clínica na APS e definição de necessidade de envio ao serviço especializado.

O PACK simplifica o cuidado e representa um instrumento desenvolvido para a realidade da África do Sul, que não possui médicos disponíveis para o manejo dos agravos mais prevalentes em uma unidade de saúde da atenção primária, sendo o HIV um dos agravos a serem conduzidos. O instrumento contempla aspectos referentes à forma como o trabalho necessita ser operacionalizado, além de organizar as atribuições de cada pessoa na equipe multiprofissional, contemplando manejo clínico e organizando as ações por meio de fluxogramas que direcionam o cuidado a ser ofertado. A implementação do instrumento no Brasil ocorreu em 2014, em Florianópolis, e foi adequado ao contexto e às políticas públicas do Brasil (Celuppi *et al.*, 2023).

A realização de monitoramento de PVHIV por meio de instrumentos de gestão, com planilhas de vigilância para visualização de quantas pessoas que viviam com HIV na comunidade assistida pela UBS, ampliava as possibilidades de cuidado e fornecia subsídios para que equipes estivessem sempre informadas acerca de adesão, medicações em uso, regularidade de consultas e demandas (Celuppi *et al.*, 2022). No caso de crianças e adolescentes com infecção por meio de transmissão vertical, a APS ficava responsável também pela Pediatria e Hebiatria, além do cuidado ao HIV e de todas as demandas em saúde. O serviço especializado oferecia tratamento psicológico e nutricional e realizava exames laboratoriais. Notou-se também que a ausência de prontuário único e eletrônico, bem como a dificuldade de contrarreferência, prejudicava a integralidade de cuidados (Kinalski *et al.*, 2021).

A instrumentalização das operações aperfeiçoa as práticas de cuidado e de Integralidade, pois facilitam o acesso às informações dos pacientes de maneira descentralizada. Celuppi e Meirelles (2022) mostram que a instrumentalização da equipe por meio da utilização do PACK é capaz de qualificar cuidados uma vez que as condutas baseadas em evidências são adotadas, favorecendo o paciente e potencializando atendimentos.

Kinalski *et al.* (2021) indicaram que a falta de informação sobre crianças e adolescentes vivendo com HIV infectadas por meio de transmissão vertical, na área da unidade básica de saúde, trazia prejuízos à corresponsabilização entre o serviço especializado e os serviços das APS, bem como a territorialização e vinculação, uma vez que muitos pais procuravam diretamente o serviço especializado para atendimento e acompanhamento. Havia relato, inclusive, de médica de unidade de saúde que nunca havia atendido uma criança vivendo com HIV na unidade de saúde da APS.

A ausência de articulação intersetorial levava à fragilidade da rede entre os pontos de atenção, pois pessoas acessavam os serviços especializados mesmo sem comorbidades ou infecções oportunistas. Estudo realizado em João Pessoa, Paraíba, em unidades localizadas em Distrito Sanitário com maior abrangência e concentração de usuários que têm acesso ao teste rápido Anti-HIV, relatou que após testagem positiva, pacientes foram encaminhados para serviços de referência. Em algumas unidades, a ausência do teste rápido levou pessoas a acessarem diretamente o serviço especializado para a sua realização (Guedes *et al.*, 2021).

Em estudo realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e que realizou produção de dados por meio de grupos focais com médicos da APS, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, gestores e representante do conselho local de saúde mostrou que uma vez diagnosticado com HIV a pessoa foi encaminhada para serviços especializados, mas a pessoa continuou tendo a ESF como referência, o que levou a corresponsabilização pelas PVHIV entre serviço especializado e atenção primária (Zambenedetti; Silva, 2016). O encaminhamento de pacientes ao serviço de referência logo após diagnóstico também foi visto em estudo realizado em Recife, Pernambuco (Lima *et al.*, 2021a). O acesso direto ao serviço especializado sobrecarrega o sistema de saúde e prejudica a operacionalização do atendimento. A Integralidade prevê a descentralização como uma ferramenta potencializadora para bom funcionamento da rede, sendo a atenção primária o ponto de acesso à RAS.

Considerando os dados construídos sob a ótica da dimensão organizacional como forma de ampliar o cuidado, foi possível observar que as principais repercussões foram a melhor adesão ao tratamento das PVHIV. As respostas dadas à vulnerabilidade social e também à violência urbana instalada passam por momentos de capacitação profissional, além de utilização de instrumentos de

trabalho, que representam uma resposta ao modo de organicidade do cuidado. Além disso, a utilização da telemedicina na APS, ao mesmo tempo em que racionaliza o serviço ofertado e diminui estrangulamento na porta de entrada, pode representar uma barreira ao cuidado integral às pessoas em situação de rua e em vulnerabilidade social e que não possuem acesso amplo e irrestrito a ferramentas de tecnologia.

4.3.3 DIMENSÕES POLÍTICAS - A INTEGRALIDADE COMO MARCADOR NO SISTEMA DE SAÚDE

Considerando as dimensões políticas da Integralidade, consiste em um conjunto de valores que objetivam a construção de uma sociedade mais justa e caracteriza-se por ser um marcador da diferenciação do projeto político que orienta o sistema de saúde brasileiro em relação a outros sistemas de saúde.

A APS representa a porta de entrada do sistema de saúde e é por meio dela que a pessoa é direcionada a outros pontos da RAS. Considerando o processo de descentralização, a AB necessita cuidar das PVHIV que não necessitem de cuidados especializados. A oferta de testagem nas UBS representa a concretização do processo de descentralização preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2023).

Um estudo realizado em Recife, Pernambuco, ao abordar a percepção de enfermeiros acerca do tema, relatou que, na visão dos profissionais, o teste rápido Anti-HIV representava uma porta de entrada para o sistema de saúde para o paciente que procurava a unidade para realização e confirmação de diagnóstico de HIV (Lima *et al.*, 2021a).

Em relação à organização da oferta do teste rápido Anti-HIV pela APS, estudo realizado em João Pessoa, Paraíba, verificou que, para alguns gerentes, havia desconhecimento acerca de fluxo da oferta do teste no município e faltava familiaridade a respeito da integralidade de oferta do teste, além de relato de direcionamento de testagem Anti-HIV principalmente para gestantes. Em serviços em que a falta de kits para realização de testagem em livre demanda foi constatada, justificou-se a falta por não haver profissionais com capacitação adequada para

realização naquele serviço (Guedes *et al.*, 2021). A provisão de insumos e a garantia de pessoal capacitado para a execução dos testes é responsabilidade dos municípios, algo que não está previsto no escopo de responsabilidade do município do estudo. Além disso, o Ministério da Saúde no Brasil estabelece que a oferta de testes rápidos para HIV seja disponibilizada nas UBS, por livre demanda. Assim, situações como as descritas acerca do desconhecimento do fluxo e despreparo técnico da equipe evidenciam a necessidade de maior atenção para o cumprimento de protocolos técnicos. Rupturas no fluxo de oferta e testagem aumentam a vulnerabilidade das pessoas ao HIV (Brasil, 2022).

A violência, presente em territórios marcados por estigma e discriminação, representou um fator importante para comprometimento do cuidado efetivo e adesão terapêutica da PVHIV. Para as pessoas em situação de rua, a violência simbólica reforçava o entrecruzamento de diferentes vulnerabilidades em decorrência das práticas assistenciais adotadas. Damião *et al.* (2022) registraram relato de mulher negra, que vivia com HIV, histórico de violência doméstica, prisão em decorrência de homicídio com fuga do sistema prisional e que estava em situação de rua no momento da pesquisa e que nunca havia sido submetida a exame físico e avaliações laboratoriais, fato que reforçou racismo estrutural e demarcou processo de interseccionalidade entre cor, raça e gênero quando buscou atendimento anteriormente. Além disso, verificou-se que uma vez que a PVHIV estivesse em pena privativa de liberdade, era comum a constatação de interrupção de tratamento em virtude de inexistência de ações intersetoriais entre saúde e justiça.

A universalização como princípio regente do sistema de saúde brasileiro impõe o atendimento a todo e qualquer cidadão independente do contexto de vida ou características sociais ou pessoais que apresente. O reconhecimento de falhas estruturais é primordial e abre espaço para mudanças efetivas. É necessário compreender de que modo as políticas públicas se organizam para atender as demandas apresentadas pelas PVHIV.

A exigência operacional para a dispensação de TARV nas Unidades de Dispensação de Medicamentos (UDM) impacta na aplicação da política de atenção à pessoa que vive com HIV a partir do momento que a exigência de documentos impossibilita o acesso e o seguimento terapêutico daqueles não os possuem e igualmente representam um entrave à continuidade de tratamento no caso de

peessoas envolvidas com o tráfico de drogas e para aqueles com mandado de prisão expedido. Não houve dificuldade técnica considerando seguimento clínico dos pacientes e não foram visualizadas ações intersetoriais para continuidade de tratamentos em PVHIV privados de liberdade, o que resultava em possibilidade de interrupção de assistência e seguimento clínico (Damião *et al.*, 2022). Impedimentos burocráticos como estes expõem a fragilidade presente nos serviços tolhendo o direito à saúde das PVHIV e impactando diretamente na redução da oferta de cuidado integral.

Com os dados construídos sob a ótica da dimensão política, foi visto que é necessária universalização de testagem e oferta de insumos de prevenção, uma vez que o teste é a porta para o diagnóstico. A proteção dos direitos, com a não discriminação das pessoas, é fundamental. Além disso, considerando vulnerabilidade programática instalada, as ações realizadas no campo da dimensão política de forma a trabalhar continuamente a equidade de atenção às pessoas mais afetadas pela exclusão social, bem como ações intersetoriais podem impactar positivamente na continuidade de tratamento das pessoas privadas de liberdade e nas que estão em situação de rua.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu compreender como na literatura científica a operacionalização da integralidade do cuidado das PVHIV na APS é fortemente pautada na dimensão relacional, destacando-se as dificuldades: as relações entre profissionais e usuários, que podem interferir na retenção e seguimento no serviço de saúde; o estigma de viver com HIV, que pode impactar diretamente no cuidado necessário após o momento do diagnóstico; a interrupção dos fluxos assistenciais estabelecidos em normativas e a integração com a RAS que, em caso de não funcionamento adequado, repercutem na qualidade do cuidado necessário às demandas das PVHIV ao necessitarem acessar pontos diferentes da RAS.

Verificou-se também que a depender da ruptura vivenciada, a integralidade não consegue responder à vulnerabilidade vivenciada. Além disso, viu-se que a ampliação de acesso às PVHIV é possível, contudo há riscos de quebra do sigilo do diagnóstico do HIV.

Por outro lado, a dimensão organizacional e a dimensão política são menos tematizadas, estando menos presentes na literatura. Contudo, tais dimensões são altamente produtoras de conflitos que aparecem no cotidiano dos serviços, porque são expressões da exclusão social e precarização das políticas públicas.

Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020) relatam que a PNAB pode assumir uma maior relevância organizacional quando vem em conjunto de programas do governo federal capazes de fomentar mudanças. Relatam ainda que um gestor público, ao se munir da energia trazida por tais programas, pode fortalecer o sistema de saúde. Ao realizar um paralelo entre o que preconizado nos manuais e os resultados deste estudo, verificamos que o incentivo à ampliação de testagem, com capacitação e instrumentalização de equipes, favorecendo início oportuno de TARV e retenção da pessoa na APS representam pontos que fortalecem a PNAB no cuidado necessário às PVHIV.

Além disso, Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020) discutem que a implementação de ações para um setor ou lugar não depende dos planos governamentais de forma isolada, mas de um movimento conjunto entre os entes federativos, sendo os municípios os agentes principais para que tais planos e políticas sejam executadas. Ao correlacionar com resultados da dimensão política da

integralidade, verifica-se que a proteção de direitos, provisão de insumos e universalização de testagem fortalecem o cuidado integral considerando aspectos políticos preconizados para as PVHIV na PNAB.

Ao correlacionar vulnerabilidade, cuidado e integralidade, Ayres (2022) destaca que são conceitos reconstrutivos e mostra que há inúmeros desafios ao pensar nas práticas de cuidado adotadas em relação às PVHIV nos dias de hoje. Ao falar da vulnerabilidade, discute a importância de considerar as dimensões programáticas, individuais e sociais para compreensão do conceito de vulnerabilidade e a forma que a mesma exerce influência sobre as políticas e práticas de prevenção e cuidado. Além disso, ao abordar o cuidado, mostra como a construção conceitual dialoga de forma subjetiva com o projeto de felicidade, o qual permite integrar saberes tecnocientíficos e experiências práticas, indo além da biomedicalização na relação entre profissional e paciente. Na abordagem à integralidade, é evidenciada como capaz de modificar práticas e orientar remodelamento de ações em saúde direcionadas às necessidades das pessoas, promovendo por vezes articulações intersetoriais e considerando sempre a intersubjetividade das interações entre profissionais e destinatários das ações em saúde como forma de ofertar o cuidado qualificado e integral.

Limitações presentes na maior parte dos artigos estão na ausência da investigação de marcadores sociais da diferença, notadamente cor, sexualidade, gênero e classe social das PVHIV atendidas nas unidades de saúde. A ausência destas informações representa um entrave para trabalhar a análise da vulnerabilidade social, uma vez que historicamente pessoas pretas e pobres são as mais acometidas pelo HIV. Além disso, a abordagem quanto à interseccionalidade entre cor, raça, orientação sexual é prejudicada pela ausência de dados na quase totalidade dos artigos.

Quanto à diversidade dos municípios onde os estudos foram desenvolvidos, com representações das regiões Nordeste, Sul e Sudeste, foi possível visualizar que mesmo seguindo as mesmas normativas preconizadas nos manuais do governo federal, houve uma variabilidade na operacionalização do cuidado entre as diferentes regiões, com diferenças quanto aos contextos social e programático dos municípios.

Ao abordar a característica territorial da APS brasileira no cuidado às PVHIV, constatou-se sua capacidade de ampliar o acesso, mas também o risco de quebra do sigilo do diagnóstico. Tal situação aponta para a necessidade de cuidados tanto no âmbito organizacional e das práticas profissionais, quanto na efetivação das políticas públicas preconizadas para a integralidade do cuidado das PVHIV.

É necessária ampliação do cuidado e efetivação do que está preconizado para a APS no processo de descentralização do cuidado, uma vez que, em comparação com outros programas já amplamente abraçados pela APS, a assistência às PVHIV na APS ainda permanece incipiente, mesmo com todo o apoio dado pelo Governo federal para ampla implantação. Esforços contínuos e planejamentos da equipe da gestão local são necessários para dirimir barreiras existentes, com estruturação física de unidades de saúde, disponibilização ampla de insumos, estabelecimentos de fluxos para trânsito da PVHIV na RAS, fortalecimento e capacitação de recursos humanos. Reforça-se que capacitação de equipes qualifica o cuidado e a corresponsabilização entre serviço especializado e a APS favorece continuidade e longitudinalidade de cuidados.

Quanto à Integralidade, verificou-se que consiste na melhor resposta à vulnerabilidade. Dar visibilidade aos eixos da vulnerabilidade representa um passo importante para superação de desigualdades que aumentam as possibilidades de adquirir o HIV e que criam barreiras para o seu enfrentamento. Além disso, trabalhar vulnerabilidade programática, refletindo a respeito, representa um passo fundamental para garantia do direito à saúde e defesa da vida.

Mesmo com o atravessamento a violência nos territórios, a APS também consiste em um elemento potencial para enfrentamento de vulnerabilidades, sendo um espaço em que, com a formação do vínculo entre profissional e usuário é possível criar estratégias e superar fragilidades na adesão ao tratamento necessário.

Para alcançar uma maior qualificação do cuidado, com abordagem sensível aos grupos mais vulneráveis ao adoecimento, é necessário que as equipes de saúde se engajem em uma reflexão crítica sobre suas práticas profissionais e promovam a reorganização dos processos de trabalho com foco na equidade, reconhecendo e aceitando as diferenças e questões identitárias, buscando garantir um atendimento mais inclusivo e humanizado.

Populações-chave não tiveram destaque nos achados. Mais estudos são necessários para que se verifique se os grupos mais acometidos pelo HIV/Aids estão sendo acolhidos na APS e se suas vulnerabilidades estão sendo percebidas pelas equipes componentes das unidades básicas de saúde.

São necessários mais estudos com abordagem às PVHIV que estão presentes na APS, uma vez que apenas uma minoria dos dados construídos no presente estudo foi produzida a partir das impressões das PVHIV. Além disso, são necessárias mais pesquisas para que as etapas do cuidado contínuo possam ser analisadas.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, FTM; NICHATA, LYI. 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 e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 140-152, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200014>.
- ALVES, AM *et al.* Beyond access to medication: the role of SUS and the characteristics of HIV care in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 57. 26 p, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004476>.
- ANDRADE, LOM; BUENO, ICHC; BEZERRA, RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In*: CAMPOS, GWS. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, f. 436, 2009. 871 p, p. 783-836.
- ARAÚJO, MM *et al.* Uma compreensão acerca das políticas públicas direcionadas às pessoas que vivem com o HIV/Aids no Brasil: uma revisão sistemática. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 7, n. 1, p. 280-292, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V7N1A20>.
- AYRES, JRCM *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. **Tratado de saúde coletiva**. HUCITEC/FIOCRUZ, São Paulo, p. 375-417, 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/347426/mod_resource/content/1/risco_vulnerabilidade_Ayres_e_cols.pdf.
- AYRES, J. R.. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe7, p. 196–206, 2022.
- BARROS, SG. Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil. **EDUFBA**, Salvador. 335 p, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220303>.
- BELLENZANI, R; SANTOS, AO; PAIVA, V. Agentes comunitárias de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na estratégia saúde da família. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 637-650, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300010>.
- BERTOLOZZI, MR *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 1326-1330, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>.

BRASIL. **Constituição**. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF. Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente

Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais : Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. –

Brasília : Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cinco_passos_revencao_combinada_hiv_atencao_basica.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente

Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais: Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional.

2017b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções

Sexualmente Transmissíveis: Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2023/manual-do-cuidado-continuo-das-pessoas-vivendo-com-hivaids.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis –

DCCI: Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2021. Brasília, 2022. Disponível em:

<https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente

Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, 2018.

Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 20 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, ano 2017a.

CARVALHO, VKA *et al.* Cuidado compartilhado de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária: resultados da descentralização em Florianópolis. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42. 2066 p, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2066](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2066).

CELUPPI, IC *et al.* Management in the care of people with HIV in primary health care in times of the new coronavirus. **Revista de Saúde Pública**, v. 56. 13 p, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003876>.

CELUPPI, IC *et al.* Practical Approach to Care Kit: Innovation for nurses' clinical practice in HIV management. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5998.3720>.

CELUPPI, IC; MEIRELLES, BHS. Gestão no cuidado às pessoas com HIV na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 31, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0161pt>.

COELHO, B; MEIRELLES, BHS. Care sharing for people with HIV/AIDS: a look targeted at young adults. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1341-1348, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0248>.

COELHO, PYC *et al.* Telemedicina e a assistência médica a pacientes HIV positivo no estado do Pará. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 8064-8078, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-068>.

COLAÇO, AD *et al.* O cuidado à pessoa que vive com HIV/Aids na atenção primária à saúde. **Texto & contexto enfermagem**, v. 28. e20170339 p, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0339>.

COSTA, PHA *et al.* Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 395-406, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.20682013>.

DAHLBERG, LL; KRUG, EG. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 11, p. 1163-1178, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>.

DAMIÃO, JJ *et al.* Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades?. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 163-174, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213211>.

DIAS, BRL *et al.* Integrative review on the incidence of HIV infection and its socio-spatial determinants. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0905>.

FARIA, RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>.

FERRAZ, Dulce Aurélia de Souza. Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/Aids numa unidade de saúde da família. 2009. 247 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)—Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FERRAZ, DAS; NEMES, MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 240-250, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400006>.

FRACOLLI, LA *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500015>.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, f. 79, 1988. 158 p.

GOMES, C. B. E. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1327–1338, 2020.

GUEDES, HCS *et al.* Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1. e20190386 p, 2021.

HARSONO, D *et al.* Experiences with telemedicine for HIV care during the COVID-19 pandemic: A mixed-methods study. **AIDS and behavior**, v. 26, n. 6, p. 2099-2111, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03556-7>.

KALICHMAN, AO; AYRES, JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8. e00183415 p, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>.

KINALSKI, DDF *et al.* Linha de cuidado para crianças e adolescentes vivendo com HIV: pesquisa participante com profissionais e gestores. **Escola Anna Nery**, v. 25,

n. 2. e20200266 p, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0266>.

LIMA, MCL *et al.* Diagnostic aspects and in-service training in the decentralization of care to people living with HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55. e20210065 p, 2021a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0065>.

LIMA, MCL *et al.* Percepção dos enfermeiros acerca do processo de descentralização do atendimento ao HIV/Aids: testagem rápida. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 4. e20200428 p, 2021b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0428>.

MATTOS, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R (Org.); MATOS, RA (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, f. 89, 2003. 178 p, p. 39-67.

MELO, EA *et al.* Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12. e00344120 p, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00344120>.

MELO, EA; MAKSUD, I; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?. **Revista panamericana de salud publica**, v. 42. e151 p, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>.

MONTEIRO, S; BRIGEIRO, M. Prevenção do HIV/Aids em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil: hiatos entre a política global atual e as respostas locais. **Interface**, v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180410>.

MOREIRA, V *et al.* Fenomenologia do estigma em HIV/AIDS: "coestigma". **Mental**, v. 8, n. 14, p. 115-131, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v8n14/v8n14a07.pdf>.

OLIVEIRA, IC; CUTOLO, LRA. Integralidade: Algumas Reflexões. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 146-152, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20170102r1>.

PAIVA, V; AYRES, JRCM; BUCHALLA, CM. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. *In*: PAIVA, V. **Vulnerabilidade e**

direitos humanos: Livro 1. Da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, f. 160, 2012. 319 p, p. 9-23.

PARKER, R; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Social science & medicine**, v. 57, n. 1, p. 13-24, 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00304-0).

SCIAROTTA, D *et al.* O “segredo” sobre o diagnóstico de HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200878>.

SONTAG, Suzan. Doença como metáfora: Aids e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUZA, MC *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **Mundo saúde**, p. 452-460, 2012. Disponível em: <https://doi.org.br/10.15343/0104-7809.2012363452460>.

UNAIDS. **End inequalities, end AIDS: global AIDS strategy, 2021-2026.** 2021. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf.

ZAMBENEDETTI, G; SILVA, RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 785-806, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300005>.