

ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS

Resumo: A assistência às pessoas vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida sugere investimentos na prática interdisciplinar, substituindo a concepção fragmentária pela compreensão integral da saúde. Assim, objetivou-se conhecer a percepção das pessoas que vivem com síndrome da imunodeficiência adquirida sobre a assistência recebida pela equipe multiprofissional na perspectiva da integralidade da atenção. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, fundamentado na teoria da integralidade em saúde. Participaram da pesquisa 18 pessoas que vivem com síndrome da imunodeficiência adquirida acompanhadas no serviço de assistência especializada. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada, e submetidos à análise de conteúdo segundo Bardin. Emergiram as categorias: “Percepção da assistência à saúde como modo de acolher o usuário”, “Percepção da assistência às necessidades de saúde como garantia de acesso a procedimentos e serviços” e “A assistência à saúde centrada na figura de um único profissional”. Constatou-se que a assistência da equipe multiprofissional é pouco perceptível pelos usuários, que reconhecem apenas um profissional como responsável pelo cuidado.

Descritores: Infecções por HIV, Assistência à Saúde, Equipe de Assistência ao Paciente, Integralidade em Saúde.

Performance of the multiprofessional team in specialized care in HIV/AIDS

Abstract: Assistance to people living with HIV/AIDS suggests investments in interdisciplinary practice, replacing the fragmentary conception with a comprehensive understanding of health. Thus, the objective was to know the perception of people living with HIV/AIDS on the assistance received by the multidisciplinary team in the perspective of comprehensive care. It is a qualitative, exploratory study, based on the theory of integrality in health. The study included 18 people living with HIV/AIDS accompanied by the specialized assistance service. Data were collected through semi-structured interviews, and submitted to content analysis according to Bardin. The categories emerged: “Perception of health care as a way of welcoming the user”, “Perception of assistance to health needs as a guarantee of access to procedures and services” and “Health care centered on the figure of a single professional”. It was found that the assistance of the multidisciplinary team is barely noticeable by users, who recognize only one professional as responsible for care.

Descriptors: HIV Infections, Delivery of Health Care, Patient Care Team, Integrality in Health.

Desempeño del equipo multiprofesional en atención especializada en VIH/SIDA

Resumen: La asistencia a las personas que viven con el VIH/SIDA sugiere inversiones en la práctica interdisciplinaria, reemplazando el concepto fragmentario con una comprensión integral de la salud. Por lo tanto, el objetivo era conocer la percepción de las personas que viven con el VIH/SIDA sobre la asistencia recibida por el equipo multidisciplinario en la perspectiva de la atención integral. Este es un estudio cualitativo, exploratorio, basado en la teoría de la integralidad en salud. El estudio incluyó a 18 personas que viven con VIH/SIDA acompañadas por el servicio de asistencia especializada. Los datos se recopilaron a través de entrevistas semiestructuradas y se sometieron a análisis de contenido según Bardin. Surgieron las categorías: “Percepción de la atención médica como una forma de acoger al usuario”, “Percepción de la asistencia a las necesidades de salud como garantía de acceso a procedimientos y servicios” y “Atención médica centrada en la figura de un solo profesional”. Se descubrió que la asistencia del equipo multidisciplinario apenas se nota por los usuarios, que reconocen a un solo profesional como responsable de la atención.

Descriptores: Infecciones por VIH, Prestación de Atención de Salud, Grupo de Atención al Paciente, Integralidad en Salud.

Caroline Monte Caldas

Enfermeira. Residência Multiprofissional.
E-mail: carol.monte@hotmail.com

Amuzza Aylla Pereira dos Santos

Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas.
E-mail: amuzza.santos@gmail.com

Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira

Mestre em Enfermagem. Residência em Obstetrícia.
E-mail: maraysa_jessyca@hotmail.com

José Augustinho Mendes Santos

Enfermeiro. Residência Multiprofissional.
E-mail: augustinhomendes1@gmail.com

Deborah Moura Novaes Acioli

Enfermeira. Especialista em Neonatologia.
E-mail: deborahnovaes22@gmail.com

André Veras Costa

Enfermeiro.
E-mail: andreverasc@gmail.com

Submissão: 12/06/2020

Aprovação: 05/01/2021

Publicação: 06/04/2021

Como citar este artigo:

Caldas CM, Santos AAP, Vieira MJO, Santos JAM, Acioli DMN, Costa AV. Atuação da equipe multiprofissional na assistência especializada em HIV/AIDS. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(34):3-12.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.3-12>

Introdução

A epidemia provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) passou por diversos momentos desde sua descoberta na década de 80. A doença, antes considerada fatal, com o advento da Terapia Antirretroviral de Alta Potência (TARV) e dos avanços científicos, passou a assumir um caráter crônico potencialmente manejável e passível de tratamento, o que tem proporcionado um aumento da sobrevivência e da melhoria na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA). Nesse sentido, os indicadores de morbimortalidade relacionados à infecção pelo HIV, sofreram significativa melhora ao longo do tempo, principalmente após a adoção da estratégia de distribuição gratuita da TARV em 1996¹⁻³.

Entretanto, convém salientar que a situação epidemiológica do HIV/AIDS ainda alcança dimensões consideráveis no Brasil, principalmente em algumas regiões do país. No nordeste, os dados apontam uma tendência linear de crescimento da taxa de detecção, contrariamente ao observado no país, com um aumento de 35,7% nos últimos dez anos, o que está diretamente relacionado ao crescente número de casos notificados na região. Ressalta-se ainda que dos 194.217 casos de infecção pelo HIV notificados no Brasil, de 2007 a junho de 2017, destes, 30.297 (15,6%) foram provenientes do Nordeste; sendo o estado de Alagoas responsável por 2.098 casos notificados nesse período⁴.

Diante do cenário de magnitude do HIV/AIDS, visando à organização da atenção à saúde das PVHA, o Ministério da Saúde (MS) propôs a oferta da assistência ambulatorial em serviços de Assistência

Especializada em HIV/AIDS (SAE). Criados em 1994, estes são espaços destinados à atenção integral do indivíduo, através da atuação de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros. Para tanto, a equipe multiprofissional deve agregar à sua atuação tanto conhecimentos específicos da doença, do tratamento e dos serviços de apoio às PVHA, quanto a visão ampliada de saúde, de forma a identificar integralmente os modos de viver e de enfrentar os problemas da população assistida^{5,6}.

A atuação dos SAEs por meio de uma equipe multiprofissional é uma proposta inovadora, que aponta para a possível contribuição dos saberes e técnicas de várias disciplinas de maneira integrada. Trata-se de um modelo que representa um desafio aos profissionais de saúde diante da complexidade do HIV/AIDS e de suas repercussões no indivíduo e em sua família^{7,8}.

Nessa perspectiva, a assistência às PVHA sugere uma necessidade de investir na construção de uma prática interdisciplinar, que implica a passagem de uma concepção fragmentária para uma concepção unitária do conhecimento, uma vez que, há uma tendência a se seguir um modelo centrado na individualização das ações, dificultando o reconhecimento do usuário como sujeito de sua própria vida e corresponsável pelo seu tratamento^{8,6}.

Quando a atuação em equipe multiprofissional é pautada no sentido do trabalho em equipe integrado, na busca do desenvolvimento de ações conjuntas entre os atores envolvidos, observa-se uma relação com a maior satisfação dos usuários, adesão ao tratamento e resultados laboratoriais mais favoráveis,

o que sugere que a diferença de conduta assistencial pode refletir em uma maior resolutividade das reais necessidades dos indivíduos, dada a complexidade da doença e sua configuração enquanto condição crônica^{9,10}.

Por outro lado, as dificuldades vivenciadas por algumas equipes multiprofissionais dos SAE, em se articularem de forma a oferecerem uma assistência integral é uma realidade para diversos serviços. Um dos principais entraves está relacionado à incipiente interdisciplinaridade no processo de trabalho, seja em relação à equipe, seja no tocante à articulação com os demais serviços da rede de apoio^{10,11}.

Desse modo, a busca da integralidade na assistência à saúde necessita do enriquecimento do diálogo entre os sujeitos implicados na prática de saúde: entre profissionais e usuários e de profissionais entre si. Ou seja, pensar em integralidade requer considerar não só o contexto de intersubjetividade em que se dá o cuidado, como também o diálogo como seu fundamento, seja em qualquer plano que se analise¹².

Objetivo

Conhecer a percepção das pessoas que vivem com HIV/AIDS sobre a assistência recebida pela equipe multiprofissional de um SAE na perspectiva da integralidade da atenção.

Material e Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. O campo de estudo foi um serviço de assistência especializada (SAE) em HIV/AIDS localizado em um hospital público universitário do Nordeste. O SAE do referido hospital é uma unidade de saúde que funciona com atendimento ambulatorial para pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) e

outras doenças infecciosas, nos turnos matutinos e vespertinos; presta assistência por meio de uma equipe multiprofissional composta por infectologistas, pediatra, ginecologista/obstetra, pneumologista, hepatologista, dentista, psicóloga, farmacêutica, nutricionista, assistente social, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além dos profissionais da área administrativa.

A coleta de dados foi realizada no período de março a abril de 2018, por meio de entrevista, individual, utilizando como instrumento de coleta um roteiro com questões semiestruturadas composto por duas partes: a primeira com questões relativas aos dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão e tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV/AIDS) dos participantes, e a segunda parte contendo perguntas relacionadas ao objeto de estudo (“Como você percebe a assistência que lhe é oferecida pela equipe multiprofissional nesse serviço?”, “Quando você procura o serviço, você consegue resolver a sua necessidade?”, “Você considera que todas as suas necessidades de saúde são atendidas nesse serviço?”).

O instrumento utilizado foi submetido a um teste piloto antes do início da coleta de dados, com três PVHA no local de estudo, que evidenciou a necessidade de pontuar as categorias profissionais separadamente na questão: “Como você percebe a assistência que lhe é oferecida pela equipe multiprofissional nesse serviço?”.

Os critérios de inclusão utilizados nessa pesquisa foram: possuir idade superior a 18 anos e estar em tratamento há no mínimo 06 meses no serviço em questão. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: estar passando por alguma situação adicional de

estresse emocional e/ou possuir alguma debilidade cognitiva que impossibilitasse participar da pesquisa.

A captação das PVHA foi realizada por conveniência e no momento da espera pela consulta médica, sendo abordadas e convidadas a um local reservado para explicitar os objetivos do estudo e convidar para responder à entrevista. As falas foram áudio-gravadas e após a transcrição na íntegra, foram deletadas.

Para garantir o anonimato dos participantes foi utilizado como procedimento de codificação a identificação das falas através da letra P (relacionando ao termo participante), seguida de números escolhidos aleatoriamente (1, 2, 3, 4), de maneira que esta numeração não possui correlação com a ordem das entrevistas ou qualquer outro atributo que possibilite a identificação da autoria das falas.

As informações colhidas das entrevistas foram submetidas à técnica de Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin, buscando compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, em concepção transparente de linguagem, através da utilização dos seguintes passos: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação¹³.

Para análise dos resultados, utilizou-se o referencial teórico da Integralidade em saúde, a qual pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. O primeiro ângulo relaciona-se à atitude do profissional de saúde aos sujeitos, caracterizada por uma visão ampliada do cuidado à saúde, que se contrapõe a uma ótica reducionista do sujeito. O segundo ângulo refere-se aos atributos da organização dos serviços de saúde, e

corresponde a uma crítica da dissociação entre práticas assistenciais e práticas preventivas de saúde. O último ângulo de vista da integralidade refere-se à construção das políticas assistenciais, que devem ter a capacidade de buscar abarcar os diversos grupos atingidos por um problema, respeitando suas especificidades¹³.

Foram respeitados os preceitos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Após a aceitação do participante em contribuir com a pesquisa, mediante explicação prévia do objetivo do estudo e do que é preconizado pela resolução supracitada, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que constava de informações sobre o estudo e dos responsáveis pelo mesmo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob parecer nº 2.535.956.

Resultados

Caracterização dos Participantes do Estudo

A pesquisa foi constituída por 18 pessoas que vivem com o HIV/AIDS, a maioria do sexo feminino (14) e quatro pessoas do sexo masculino. A faixa etária variou entre 19 e 68 anos, com média de 36,3 anos. Em relação ao estado civil, dez declararam-se solteiros e oito casados.

Quanto à escolaridade, cinco cursaram o ensino fundamental incompleto, quatro concluíram o ensino fundamental, três tinham o ensino médio completo, dois tinham o médio incompleto e quatro possuíam nível superior incompleto. Em relação à situação profissional atual, a maioria dos entrevistados (09) estava em situação ativa no mercado de trabalho,

quatro são do lar, três estudantes e apenas dois aposentados. Quanto ao tempo de diagnóstico do HIV, oito receberam o diagnóstico entre 01 e 05 anos; seis receberam o diagnóstico há mais de 10 anos; dois entre 06 e 10 anos e dois há menos de 01 ano.

Dentre os entrevistados, apenas três pessoas não são acompanhadas no SAE estudado desde que receberam o diagnóstico do HIV, dos quais, um é acompanhado há 08 meses e recebeu o diagnóstico do HIV há mais de 15 anos, um é acompanhado há 06 anos e recebeu o diagnóstico há 08 anos e o último é acompanhado há 12 anos, mas recebeu o diagnóstico há aproximadamente 25 anos.

A partir dos relatos obtidos nas entrevistas, emergiram as categorias relacionadas à percepção das pessoas que vivem com HIV/AIDS sobre a assistência recebida pela equipe multiprofissional de um SAE. Essas categorias estão descritas a seguir.

Percepção da assistência à saúde como modo de acolher o usuário

No estudo, a maioria dos usuários expressou a percepção que a assistência recebida pela equipe do serviço é acolhedora e satisfatória. O significado do acolhimento expresso é entendido como uma demonstração de afeto, preocupação, zelo, diálogo, que promove bem-estar e confiança ao ser atendido no serviço, e se estende a todos os que compõem a assistência à saúde, não se restringindo apenas aos profissionais de saúde. Como se pode observar nos seguintes relatos:

Eu gosto muito da assistência que eu recebo aqui, especialmente em termos de contato, porque na verdade eu cheguei aqui supostamente para fazer a profilaxia pós-exposição, aí eu vim atrás deles e de imediato eu tive bastante acolhimento pelo enfermeiro "X", ele foi muito atencioso, teve toda atenção

possível, tirou a tarde inteira pra conversar comigo (P3).

As meninas do atendimento são super gente boa, a própria parte de enfermagem também, maravilhosa. A menina pergunta como eu estou, quando vai verificar a pressão, quando vai ver meu peso... Ela fala: Como você tá, tudo bem? Então tem um afeto, né, um afeto com a gente (P11).

Atualmente existe a palavra humanista, eu vejo muito humanismo aqui. Aqui as pessoas se preocupam realmente com você (P1).

Eu acho a assistência aqui ótima, porque sempre atendem a pessoa com o sorriso no rosto, atende bem, não todos, mas tem aqueles que sim, né (P6).

Além disso, outro fator relevante é a construção do vínculo facilitada pelo acolhimento, conforme a seguinte fala:

Todas as vezes que eu precisei deles, eles sempre me deram a mão. Eles fazem tudo que é possível diante deles. Aqui é minha segunda casa, eu me sinto muito bem (P11).

Nota-se também que, na percepção de alguns usuários, o ato de acolher adquire um caráter ainda mais relevante no contexto do HIV/AIDS, pelo fato de ser uma doença estigmatizante, carregada de construções sociais que influenciam a maneira como as PVHA lidam com a doença.

[...] Uma das coisas que eu me surpreendi positivamente foi da atenção deles (profissionais de saúde), sempre muito bem receptivo. Porque, quando você vai procurar esse tipo de tratamento, a primeira coisa, pra quem nunca fez, é que existe muito receio, existe muito estigma, você não sabe como você vai ser tratado, existe aquele medo de como você vai ser tratado nesses ambientes. E aqui, felizmente, fui muito bem tratado, muito bem acolhido (P13).

Eu me sinto mais acolhida aqui do que lá (serviço anterior onde era acompanhada). Lá existia mais preconceito. Aqui não, aqui é diferente né! As pessoas chamam pelo nome que a gente deseja, lá não, chama pelo nome de batismo (P5).

Percepção da assistência às necessidades de saúde como garantia de acesso a procedimentos e serviços

Nessa categoria, a assistência recebida pela equipe multiprofissional é vista pela capacidade de oferecer acesso a exames, e considerada insatisfatória para os usuários, que buscam alternativas para resolver suas necessidades de saúde.

[...] Assim, eu tive que tirar uma tomografia, mas eu não consegui aqui, é muito difícil! Uma ultrassonografia, eu também não consegui, precisei fazer particular pra mostrar aqui. Agora, estou precisando tirar um raio-x, só que eu não consigo, pra poder mostrar a ginecologista. Aí nunca mais eu fui na ginecologista. Então, agora estou tentando fazer lá perto de onde moro, pra ver se eu consigo fazer na UPA (P15).

Seria bom que não precisasse sair daqui, porque o único exame que consegue rápido aqui é o do HIV, que é feito lá no LACEN, os outros [exames] demoram muito (P8).

Em termos de fazer exames, é um pouco complicado (P17).

Não acho que consigo resolver tudo que preciso, que eu não consigo marcar minha ultrassonografia aqui, nem a endoscopia (P10).

Além das dificuldades quanto aos exames complementares, também foi observado relato quanto à organização do serviço e do processo de trabalho para melhor atenderem as necessidades dos usuários:

Eu tenho um problema quanto a isso. O doutor já me disse que tenho disponível por aqui, tratamento odontológico, até nutricionista, psicólogo, mas meu único problema é que esses serviços aqui são pela manhã e é o horário que eu estou trabalhando, esse é meu maior problema (P3).

A assistência à saúde centrada na figura de um único profissional.

Nessa categoria, destaca-se a hegemonia da figura médica na percepção dos entrevistados sobre o

que constitui uma assistência à saúde. Embora, a maioria tenha atribuído uma satisfação com o acolhimento recebido pelos profissionais do serviço, no decorrer de suas considerações, fica notório a associação da atuação do médico como único profissional que presta assistência.

Eu sou só atendido pela médica, nunca precisei ser atendido pelos outros, aliás, uma vez precisei de um psiquiatra (P7).

Eles (profissionais do serviço) me recebem bem, principalmente quando era o doutor X, quando ele me atendia eu gostava demais do atendimento dele (P2).

O doutor "X", pra mim eu não tenho nada o que falar dele, porque até agora, graças a Deus, ele vem me atendendo bem, ótima pessoa. Já a outra médica eu não gostava dela não (P4).

Não obstante, ainda que a pesquisadora estimulasse o discurso dos entrevistados, citando outras categorias profissionais, percebeu-se em algumas falas a limitação na compreensão da equipe multiprofissional como produtora do cuidado à PVHA, evidenciando que a visão da saúde dos usuários também é fragmentada e médico-centrada. Como se pode identificar nos trechos abaixo:

Pra mim aqui, sinceramente, só se baseia na infectologista. Eu não tenho a atenção dos outros. A nutricionista, nunca fui. E assim, enfermeiro, só na hora de pesar e verificar pressão. Fora isso não (P9).

Aqui atende minhas necessidades, o problema é que demora um pouco conseguir ser atendido pelo médico (P12).

Sou atendido pelo infectologista. Não, quer dizer, pela ginecologista também (P12).

Discussão

Neste estudo percebeu-se o reconhecimento dos usuários quanto ao acolhimento recebido no serviço local da pesquisa. O acolhimento é um dos fatores que contribui para a implementação da integralidade nas

práticas de cuidado, isto é, para que as necessidades dos usuários sejam satisfeitas de maneira integral é fundamental que a atividade de recepção do usuário no serviço, entendida como espaço primordial de investigação/elaboração/negociação, ocorra de maneira acolhedora¹⁴.

Por outro lado, a abrangência do acolhimento não se restringe apenas aos processos relacionais estabelecido com o usuário, ele se configura também como uma estratégia de organização da equipe que garante a inserção do usuário e proporciona um trabalho voltado para a integralidade da atenção de forma organizada, capaz de modificar a clínica, ao considerar as necessidades de saúde da população^{15,16}.

Além disso, o vínculo foi apontado como facilitador do processo de acolhimento. Nesse sentido, a construção de vínculo no acolhimento se torna fundamental durante o acompanhamento de uma doença crônica e é particularmente importante para as pessoas que vivem com HIV/AIDS, devido à ligação estreita e de confiança que as pessoas constroem com os serviços e com os profissionais que os acolhem¹⁷.

Na perspectiva da integralidade em saúde, o acolhimento e a criação de vínculo entre o usuário e uma equipe e/ou profissional, é entendida como uma relação de confiança e encontro de subjetividades, uma necessidade de saúde do sujeito que busca o serviço para atender suas demandas, que muitas vezes estão além das necessidades de saúde explícitas, e que para serem identificadas necessitam de uma escuta capaz de desvelar esse processo e desse modo conseguir prestar uma assistência integral¹².

Por esse ângulo, a assistência à saúde prestada às PVHA exige considerar a complexidade dos problemas enfrentados por ela, que não se restringem apenas às condições clínicas, mas envolvem também os aspectos sociais, emocionais e psicológicos, bem como, a maneira como enfrentam os problemas decorrentes dessa condição, para se atingir a resolutividade nas necessidades de saúde^{18,19}.

Não são poucos os desafios colocados para a efetivação da integralidade, seja no plano da atenção, da gestão ou da construção de políticas. Isso pode ser visualizado na constatação de que os usuários deste estudo enfrentam dificuldades em receber assistência em outros segmentos da assistência à saúde. Corroborando com o evidenciado, um estudo realizado em São Paulo que teve por objetivo analisar a oferta de ações nos serviços especializados que prestam assistência às pessoas que vivem com AIDS identificou que apesar do manejo clínico do agravo dos indivíduos em acompanhamento ser considerado satisfatório por eles, há lacunas nas atuações que remetem ao cuidado integral do usuário, principalmente no enfoque de comorbidades para além do modelo médico-centrado, cujo controle clínico e o acesso à TARV constituem-se como o foco essencial da assistência prestada⁹.

Entende-se que não é possível que um único serviço seja capaz de resolver todas as demandas que surgem, fato que evidencia a necessidade de ter constituída uma rede de atenção ao HIV/AIDS efetiva, onde diversos atores sociais, equipes e gestores de saúde, coordenação de programas e representantes dos usuários, consigam contemplar a abordagem integral às PVHA²⁰.

Essa discussão permite remeter também a uma dimensão da integralidade, que é fruto de uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede muito mais complexa que não necessariamente é composta apenas por serviços do “setor” saúde, “seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas numa ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial”¹².

Ademais, observou-se que a organização do serviço e do processo de trabalho é primordial para melhor atender as necessidades dos usuários. Nesse âmbito, vários fatores estão envolvidos na assistência realizada pela equipe multiprofissional às PVHA. São aspectos relacionados ao profissional em si, à organização dos serviços e à disponibilidade e acesso aos insumos para o cuidado. Destaca-se também, que além do acesso aos exames complementares ser uma dificuldade na prestação de uma assistência à saúde integral, os aspectos relacionados à organização do SAE e do processo de trabalho também influenciam no manejo das necessidades de saúde do usuário, principalmente no que se refere ao acesso aos atendimentos disponibilizados às PVHA no serviço²¹.

Com relação às dificuldades de acesso existentes na organização do serviço e dos processos de trabalhos, um estudo identificou algumas alternativas que poderiam ser aplicadas: a efetiva participação da comunidade no planejamento das atividades que são ofertadas, de modo que possam ser apresentadas opções de horário para a marcação de consultas, diversidade de horários de atendimento e equidade na priorização dos atendimentos²⁰.

No entanto, muita embora se reconheça o processo de trabalho e a presença de uma equipe multiprofissional, ainda há a dificuldade de reconhecer essa equipe como produtora de cuidado, associando a assistência prestada às consultas com o profissional médico. A centralidade do fazer médico na organização do processo de trabalho nos SAE's é uma realidade atual em diversos cenários estudados^{10,22-23}. No escopo das ações oferecidas no SAE há um direcionamento da oferta voltada ao predomínio de atividades clínico-biológicas, que estão focadas na estabilização da doença no indivíduo e prevenindo a disseminação do vírus. Mesmo reconhecendo as limitações desse modelo biologicista, as equipes sentem-se direcionadas a manterem sua hegemonia^{8,10}.

Apesar da perspectiva atual do entendimento sobre o processo saúde/doença apontar para uma mudança de paradigma, visando atingir a real interdisciplinaridade e a integralidade da assistência à saúde, essa não é uma realidade vivenciada, principalmente por causa da operacionalização no cotidiano dos serviços. Em outras palavras, observa-se a não incorporação dos saberes da equipe de saúde nos processos de trabalho, fundamental para alcançar uma assistência integral e de qualidade^{8,12}.

Vale destacar ainda, a falta de clareza na percepção da atuação do enfermeiro, uma vez que, foi atribuída uma atividade meramente técnica, que é desempenhada pela categoria profissional de nível médio da enfermagem, como sendo o único campo visível da produção do cuidado da profissão. Essa visão é corroborada pela literatura, que aponta que o enfermeiro é o profissional que ampara a assistência desenvolvida por outros profissionais, ou seja, sua

atuação favorece a manutenção da lógica do atendimento centrado na medicalização, uma vez que, ao assumir o papel de coadjuvante nesse contexto, ele mesmo não se percebe nas ações que desenvolve²².

De maneira geral, a invisibilidade da equipe multiprofissional como agente da produção de cuidado pode ser entendida como um resultado da mecanização dos profissionais, acentuada pela incorporação crescente de tecnologia e de rotinas institucionais rígidas, que dificulta a reflexão sobre suas próprias práticas. Afirma-se, portanto, que a incorporação da perspectiva da integralidade nas ações de saúde exige uma reflexão que deve começar pelos próprios profissionais, que estão na ponta da assistência²³.

Considerações Finais

Considera-se que apesar de haver uma equipe multiprofissional no SAE estudado, sua atuação enquanto produtora de cuidado no serviço apresenta desafios para uma prática integral, uma vez que, a assistência da equipe ainda é pouco perceptível pelos usuários, que reconhecem apenas um profissional como responsável pelo seu cuidado, evidenciando que prevalecem as práticas de saúde com enfoque medicamentoso e biologicista, que não são resolutivas para todas as necessidades de saúde das PVHA.

Desse modo, é possível refletir que o alcance da integralidade é também reflexo da construção de todos os atores envolvidos, para além das questões extramuros, uma vez que, a assistência multiprofissional exige pessoas comprometidas com a ampliação da clínica, pautadas em processos interdisciplinares, ou até mesmo, transdisciplinares. É nesse objetivo que as residências multiprofissionais assumem uma importante relevância, já que são

estratégias que possibilitam a criação de espaços de formação profissional sob essa ótica de trabalho.

Assim, a atuação profissional na perspectiva da integralidade exige um fazer em conjunto e um repensar sobre os processos de trabalho em equipe, de maneira que as práticas possam ser articuladas e planejadas entre todos, permitindo dessa forma romper com a lógica fragmentada da atenção à saúde e produzir uma assistência mais integrada, capaz de ser reconhecida como produto de todos os atores que fazem parte do cuidado ofertado.

Referências

1. Silva JMB, Nóbrega VKM, Enders BC, Miranda FAN. O cuidado da equipe multiprofissional ao portador de HIV/AIDS. Revista Baiana de Enfermagem. 2011; 25:195-202.
2. Meirelles BHS, Silva DMGVD, Vieira FMA, Souza SDSD, Coelho IZ, Batista R. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. Rev Rene. 2010; 11(3):68-76. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4584/3438>>.
3. Nemes MIB, Castanheira ERLC, Melchior R, Alves MTSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para investigação em serviços de saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2):310-21.
4. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2017. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ano V, (1):3-57, 2017. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivAIDS-2017>>.
5. Silva CGS. Serviço de assistência especializada (SAE): uma experiência profissional. Psicol Ciênc Prof. 2007; 27(1):156-163.
6. Vargens OMC, Santos SD, Rangel TSA. Atenção à mulher com soropositividade para o HIV: uma análise na perspectiva da integralidade. Ciênc Cuid Saúde. 2010; 9(1):137-143.
7. Carvalho CML, Braga VAB, Silva MJ, Galvão MTG. Assistência à saúde da mulher portadora de HIV/AIDS no Brasil: refletindo sobre as políticas públicas. Rev Rene. 2008; 9(3):125-134.

8. Borges MJL, Sampaio AS, Gurgel IGD. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/AIDS em Pernambuco. *Ciência Saúde Coletiva*. 2012; 17(1):147-156.
9. Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência Multiprofissional em Saúde: A busca pela integralidade. *Cogitare Enferm*. 2013; 18(3):592-595.
10. Figueiredo LA, Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, Faria MF, Goulart VC, et al. Oferta de ações e serviços de saúde para o manejo do HIV/AIDS, sob a perspectiva dos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(6):1026-1034.
11. Lima ICV, Galvão MTG, Paiva SS, Brito DMS. Ações de promoção da saúde em serviço de assistência ambulatorial especializada em HIV/AIDS. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011; 10(3):556-563.
12. Santos EI, Gomes AMT, Oliveira DC, Santo CCE, Felipe ICV, Lima RS. O princípio da integralidade no contexto do HIV/AIDS: uma revisão integrativa. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2010; 2(4):1387-1398.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (PT): Edições 70; 2011.
14. Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS*. 2010; 13(1):4-9. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14277>>.
15. Araújo MAL, Andrade RFV, Melo SP. O acolhimento como estratégia de atenção qualificada: percepção de gestantes com HIV/AIDS em Fortaleza, Ceará. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011; 35(3):710-721.
16. Penna CMM, Faria RSR, Rezende GP. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? *Rev Min Enferm*. 2014; 18(4):815-822.
17. Ferreira DC, Silva GA. Caminhos do cuidado - itinerários de pessoas que convivem com HIV. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(11):3087-3098.
18. Pedrosa NL, Santos VF, Paiva SS, Galvão MTG, Almeida RLF, Kerr LRFS. Assistência especializada para pessoas com AIDS no estado do Ceará, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49(77):1-8.
19. Reis RK, Santos CB, Dantas RAS, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(3): 565-575.
20. Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção dos usuários. *Rev. Enferm. UERJ*. 2011; 19(3):457-462.
21. Silva JMB, Nóbrega VKM, Enders BC, Miranda FAN. O cuidado da equipe multiprofissional ao portador do HIV/AIDS. *Rev Baiana Enferm*. 2011; 25(2):195-202.
22. Macedo SM, Miranda KCL, Silveira LC, Gomes AMT. Cuidado de enfermagem em serviço ambulatorial especializado em HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(3):515-521.
23. Tavares TRP, Melo LP. "A gente vive em cima da corda bamba: experiência de profissionais da saúde que trabalham com HIV/AIDS em uma área remota do nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(11):1-11.