

Artigo original

Melhores práticas no cuidado às pessoas que vivem com HIV em diferentes modelos de cuidado*

Best practices in the care provided to people living with HIV in different care models

Mejores prácticas en la atención a personas viven con VIH en diferentes modelos de asistencia

Fernanda Karla Metelski^I , Ianka Cristina Celuppi^{II} , Betina Hörner Schlindwein Meirelles^{III} ,
Bruna Coelho^{II} , Marcelle Miranda da Silva^{III} , Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu^{IV} 

^I Universidade do Estado de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem. Chapecó/SC, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis/SC, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

^{IV} Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

* Extraído da tese "Melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção em saúde de um município do oeste de Santa Catarina", e da dissertação "Melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV em uma capital do sul do Brasil", ambas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2022 e 2021, respectivamente.

Resumo

Objetivo: compreender os significados atribuídos às melhores práticas do cuidado às pessoas que vivem com HIV em dois diferentes modelos de cuidado em municípios prioritários do sul do Brasil. **Método:** Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista, com 52 entrevistas em profundidade aplicadas em 2020 e 2021, para profissionais da atenção primária, especializada, gestores e pessoas que vivem com HIV. **Resultados:** o fenômeno "Significando as melhores práticas como gradativas e consistentes em diferentes municípios prioritários", permite compreender que no cuidado centralizado são desenvolvidas ações de prevenção e promoção da saúde, aconselhamento, diagnóstico precoce e encaminhamento, e no modelo descentralizado destaca-se a ampliação da clínica do enfermeiro e do médico de família no manejo da infecção, vinculação, longitudinalidade e integralidade. **Conclusão:** as melhores práticas em modelos distintos de cuidado requerem uma sucessão de diferentes momentos, que respeitem as falas dos profissionais e das pessoas que vivem com HIV.

Descritores: HIV; Enfermagem; Modelos de Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Teoria Fundamentada

Abstract

Objective: to understand the meanings attributed to best practices in the care of people living with HIV in two different care models in priority municipalities from southern Brazil. **Method:** Constructivist Grounded Theory, with 52 in-depth interviews conducted in 2020 and 2021, involving professionals from primary and specialized care, managers and people living with HIV. **Results:** the phenomenon of "Signifying best practices as gradual and consistent across different priority municipalities" allows for an understanding that actions related to health prevention and promotion, counseling, early diagnosis and referral are developed in the centralized care model. In the decentralized model, the emphasis is on expanding the role of nurses and family physicians in infection management, establishing connections, ensuring care continuity, and providing comprehensive care. **Conclusion:** best practices in different care models require a succession of different moments that respect the perspectives and input of both health professionals and individuals living with HIV. **Descriptors:** HIV; Nursing; Health Care Models; Primary Health Care; Grounded Theory

Resumen

Objetivo: comprender los significados atribuidos a las mejores prácticas de atención a personas que viven con VIH en dos modelos de asistencia diferentes en municipios prioritarios del sur de Brasil. **Método:** Teoría Constructivista Fundamentada en los Datos, con 52 entrevistas en profundidad realizadas en 2020 y 2021, para profesionales de Atención Primaria y Especializada, administradores y personas que viven con VIH. **Resultados:** el fenómeno de "Representar las mejores prácticas como graduales y consistentes en diferentes municipios prioritarios" permite comprender que se desarrollan acciones relacionadas con prevención y promoción de la salud, asesoramiento, diagnóstico temprano y derivaciones en el modelo de atención descentralizado. En el modelo descentralizado, el énfasis radica en expandir el rol de los enfermeros y médicos de familia en el manejo de infecciones, establecer conexiones, garantizar continuidad de la atención y brindar asistencia integral. **Conclusión:** las mejores prácticas en distintos modelos de atención requieren cierta sucesión de diferentes momentos que deben respetar los discursos de los profesionales y las personas que viven con VIH. **Descriptores:** VIH; Enfermería; Modelos de Atención de Salud; Atención Primaria de Salud; Teoría Fundamentada

Introdução

Em meados da década de 1980, a atenção às pessoas que vivem com o HIV era realizada nos serviços de atenção especializada, em policlínicas e hospitais. Mais tarde, foram criados os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e, nos anos 2000, o manejo do HIV começou a ser gradativamente implantado na Atenção Primária à Saúde (APS), que devido à capacidade de capilarização territorial desses serviços vem ganhando destaque para as ações em HIV.¹⁻³

Na APS, a atenção às pessoas que vivem com HIV se inicia com o desenvolvimento de ações de prevenção e aconselhamento. Em 2012, começaram a ser ofertados os testes rápidos, os quais contribuíram com o diagnóstico precoce da doença.⁴ A estratégia de descentralização tem

avançado gradativamente, e o manejo clínico com estratificação de risco das pessoas que vivem com HIV na APS, incluindo aquelas em uso da Terapia Antirretroviral (TARV), constitui-se na última etapa deste processo, contando com a participação do enfermeiro.^{2,3} Com isso, a APS passa a assumir a responsabilidade pelo acompanhamento dos pacientes assintomáticos estáveis de maneira completa ou parcial, a depender dos desafios de ordem moral, técnica, organizacional interna e externa, e política de cada cenário brasileiro.²

Apesar dos desafios inerentes à descentralização do cuidado em HIV para a APS, a mesma pode ser considerada uma importante estratégia para a melhoria dos indicadores de controle da doença, contribuindo também para a organização e estruturação da rede de cuidado, com gestão eficiente, qualificação profissional e ampliação da gama de ações de saúde ofertadas na APS,^{1,5} possibilitando desenvolver o apoio matricial e um cuidado compartilhado entre serviços especializados e primários.⁶

Destaca-se na APS o protagonismo do enfermeiro, que vem sendo considerado o profissional de referência para a realização da testagem rápida para HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), aconselhamento, comunicação do diagnóstico, e seguimento do tratamento.⁵ Na APS, a prescrição da TARV pelo enfermeiro contribuiu para a diminuição da carga viral e da disseminação do vírus.⁷

No Brasil, a saúde é considerada um direito universal, garantido pela Constituição Federal de 1988, e um dever do Estado, que irá provê-la por meio de políticas públicas gratuitas, de cunho social e econômico. No mundo, outros países como a Austrália, Canadá, Reino Unido, França e Suécia também oferecem serviços de maneira gratuita e universal, contudo possuem particularidades na atenção às pessoas que vivem com HIV, e há diferenças na adoção das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).⁸

Esses países, assim como o Brasil, oferecem gratuitamente a testagem para o diagnóstico do HIV, já para a terapêutica, cada país adota sua maneira própria e leva em consideração a realidade local das pessoas que vivem com HIV. O pacto pelo fim do HIV possui entre os princípios norteadores a adesão e a retenção ao tratamento. Para tanto, o Brasil adotou a cascata do cuidado continuado, enquanto o Canadá foi pioneiro na campanha Indetectável = Intransmissível, ou seja, a pessoa não transmite o vírus, o que reduz o estigma. As fontes de dados sobre as pessoas que vivem com HIV são obtidas por meio do cruzamento de dados de identificadores de saúde no Brasil, enquanto no Canadá os dados são obtidos nos sistemas de laboratório.⁸

Em 2020, 37,7 milhões de pessoas viviam com HIV em todo o mundo.⁹ Com a modernização do tratamento antirretroviral e o aumento da expectativa de vida das pessoas que vivem com HIV, a infecção pelo vírus é considerada como uma condição crônica de saúde,¹⁰ o que significa que essas pessoas precisarão receber cuidados ao longo da vida. Assim, as melhores práticas podem contribuir para que esses cuidados sejam de qualidade, e essas pessoas tenham uma vida longa e saudável.

A qualidade do cuidado e o acesso aos serviços de saúde podem ser comprometidos em decorrência do estigma e da discriminação às pessoas que vivem com HIV.¹¹ O estigma e a discriminação que ainda envolvem essa condição crônica possibilitam que o estudo de melhores práticas proponha ambientes seguros e de apoio para as pessoas que vivem com HIV/aids.

Além disso, o HIV/aids foi incluído nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável por ser considerado uma preocupação global.¹² Assim, estudos envolvendo modelos de assistência à saúde às pessoas que vivem com HIV/aids em diferentes contextos, considerando também o protagonismo do enfermeiro da APS, podem elucidar como os profissionais podem implementar melhorias contínuas no modelo de cuidado.

O objetivo desse artigo foi compreender os significados atribuídos às melhores práticas do cuidado às pessoas que vivem com HIV em dois diferentes modelos de cuidado em municípios prioritários do sul do Brasil.

Método

Estudo exploratório, qualitativo, desenvolvido por meio da Teoria Fundamentada nos Dados na vertente Construtivista (TFDC), a qual busca a compreensão dos significados e das ações de participantes e pesquisadores, que se constroem em meio as interações e que resultam na criação conjunta dos dados.¹³⁻¹⁴ Apresenta-se uma aproximação de resultados obtidos em duas pesquisas. A primeira trata-se de uma tese de doutorado intitulada “Melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV na rede de atenção em saúde de um município do oeste de Santa Catarina”, e a segunda pesquisa refere-se a uma dissertação de mestrado intitulada “Melhores práticas de gestão no cuidado às pessoas que vivem com HIV em uma capital do sul do Brasil”. Os dados provenientes das duas pesquisas foram organizados e analisados para atendimento do objetivo do presente artigo.

As pesquisas foram realizadas em dois municípios considerados referência em ações voltadas ao controle do HIV/aids e prioritários para o controle da tendência de propagação da aids

por serem sede de Regiões de Saúde. Doravante, os mesmos serão denominados “cenário A” e “cenário B”. O cenário A atua na perspectiva do modelo de cuidado centralizado, possui uma população de aproximadamente 227 mil habitantes, cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) de 89,24% em 26 Centros de Saúde, e é referência em atendimento às pessoas que vivem com HIV e seus parceiros sorodiferentes para 36 cidades da região. No cenário B, o modelo de cuidado é descentralizado, possui uma população de aproximadamente 508 mil habitantes e 115,44% de cobertura de ESF distribuída em 48 Centros de Saúde.

Ao longo do estudo, foram compostos dois grupos amostrais em cada um dos cenários. No cenário A, participaram 35 profissionais de saúde, e no cenário B participaram 17. No primeiro grupo amostral em ambos os cenários, os enfermeiros assistenciais e/ou coordenadores participantes do estudo atuavam nos Centros de Saúde que compõem a APS; todos foram selecionados de forma consecutiva, ou seja, a coleta e a análise dos dados eram feitas sucessivamente, verificava-se se os dados estavam saturados, e após isso era convidado o próximo profissional para participar do estudo. Face o protagonismo do enfermeiro nesse campo de atuação, em ambos os cenários o primeiro grupo amostral foi composto essencialmente por enfermeiros.

O segundo grupo amostral foi definido com base nas análises das entrevistas, sendo composto por profissionais que atuavam no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/aids no cenário A, e por gestores que atuavam na Secretaria Municipal de Saúde no cenário B.

Os critérios de inclusão para a amostragem inicial em ambos os cenários consistiram em: desenvolver ações relacionadas ao HIV/aids e atuar há pelo menos seis meses no serviço em que se encontrava no momento da pesquisa. Adotou-se apenas um critério de exclusão: o profissional estar em afastamento decorrente de qualquer motivo no momento da pesquisa. Dentre os convidados a participar do estudo houve a recusa de 11 no cenário A, e cinco no cenário B, pois alguns não desenvolviam qualquer tipo de ação em HIV/aids, ou ainda não quiseram participar quando convidados e não elucidaram os motivos.

Os participantes foram abordados por e-mail e telefone pelos coordenadores dos serviços de saúde, e entrevistados individualmente, no formato remoto na plataforma *Microsoft Teams*®, *Google Meet*® e presencialmente, quando autorizado frente às medidas de controle da pandemia de COVID-19. A coleta de dados presencial foi possível somente no SAE em HIV/aids do cenário A. Foram realizadas entrevistas em profundidade com o auxílio de um instrumento semiestruturado, nos anos de 2020 e 2021. A primeira entrevista em ambos os cenários e para ambos os grupos

amostrais foi considerada como piloto, sendo necessários mínimos ajustes apenas no primeiro grupo amostral do cenário A. Todas as entrevistas foram realizadas por duas pesquisadoras, cada qual responsável por um cenário, e duraram em média 45 minutos. As pesquisadoras cursaram disciplinas sobre a temática de gestão, doenças crônicas e referencial teórico-metodológico da TFDC, bem como participaram de momentos de discussões e trocas de conhecimentos no grupo de pesquisa. No âmbito deste treinamento, as pesquisadoras se aproximaram dos cenários para estabelecer um relacionamento produtivo e apresentar as propostas dos estudos e suas razões.

Nos cenários, a pergunta que deu origem as discussões foi: "Fale-me sobre as melhores práticas de cuidado direcionadas às pessoas que vivem com HIV". A partir desta, outras questões foram surgindo, a fim de aprofundar o tema em estudo. Adicionalmente, foram redigidos memorandos e elaborados diagramas durante a coleta e análise dos dados.

No cenário A, a principal hipótese que emergiu dos dados e encaminhou para o segundo grupo amostral foi: o manejo clínico das pessoas que vivem com HIV é desenvolvido na atenção especializada pela equipe multidisciplinar. No cenário B, a hipótese delineada foi: o cuidado às pessoas que vivem com HIV se materializa na implementação do apoio institucional da gestão municipal mediante o uso de protocolos, capacitações e apoio matricial da atenção especializada.

As entrevistas duraram em média 30 minutos e foram gravadas em áudio, transcritas em arquivo no editor de texto *Word*® e validadas pelos participantes por meio do envio do arquivo por e-mail e/ou aplicativo *WhatsApp*®, de acordo com a preferência de cada participante. Foi utilizado o *software Atlas.ti versão 9*® e *Google Docs*® para a organização dos dados. A análise dos dados seguiu as etapas de codificação inicial e focalizada.¹¹ Além das pesquisadoras principais, também foi codificadora de dados a orientadora dos estudos. A saturação dos dados foi constatada a partir da técnica de fechamento¹⁵ e discutida pelos demais autores nos momentos avaliativos dos cursos de doutorado e mestrado. Considerando o objetivo do presente estudo, no cenário A, a saturação foi obtida na entrevista 31, e no cenário B, na entrevista quatro.

Os estudos respeitaram todos os preceitos éticos preconizados nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas iniciaram somente após o aceite do participante, formalizado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ou consentimento verbal gravado no início da entrevista. Foram atribuídos códigos compostos por letras e números a fim de garantir a confidencialidade da identidade e privacidade dos participantes. As entrevistas foram codificadas de acordo com o cenário e a ordem da coleta de

dados. Os projetos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo que a primeira foi aprovada sob o parecer consubstanciado nº 3.956.203, e a segunda sob o parecer nº 4.063.338.

Resultados

No total, participaram do estudo 52 profissionais de saúde. Em ambos os cenários do estudo predominaram participantes com idade entre 30 e 39 anos, gênero feminino, profissão enfermeiros, pós-graduados, com tempo de atuação no serviço de até nove anos, exercendo a função de assistência e/ou coordenação de modo cumulativo ou não (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização socioprofissional dos participantes dos estudos nos dois municípios prioritários do sul do Brasil, 2020-2021.

Variáveis	Descrição	Cenário A		Cenário B	
		Primeiro Grupo Amostral (n=24) n (%)	Segundo Grupo Amostral (n=11) n (%)	Primeiro Grupo Amostral (n=12) n (%)	Segundo Grupo Amostral (n=5) n (%)
Idade	25 a 29 anos	5 (20,8)	-	1 (8,33)	-
	30 a 39 anos	10 (41,7)	5 (45,5)	5 (41,66)	1 (20)
	40 a 49 anos	8 (33,3)	3 (27,3)	6 (50)	4 (80)
	50 a 57 anos	1 (4,2)	3 (27,3)	-	-
Gênero	Feminino	23 (95,8)	10 (90,9)	10 (83,33)	3 (60)
	Masculino	1 (4,2)	1 (9,1)	2 (16,66)	2 (40)
Profissão	Enfermeiro(a)	21 (87,5)	3 (27,3)	12 (100)	-
	Auxiliar de Enfermagem	1 (4,2)	2 (18,2)	-	-
	Técnico(a) em Enfermagem	-	2 (18,2)	-	-
	Médico(a)	1 (4,2)	1 (9,1)	-	5 (100)
	Cirurgião(ã)-Dentista	1 (4,2)	-	-	-
	Assistente Social	-	1 (9,1)	-	-
	Farmacêutico(a)	-	1 (9,1)	-	-
	Psicólogo(a)	-	1 (9,1)	-	-
	Tempo de atuação	6m a 4 anos	7 (29,2)	5 (45,5)	12 (100)
5 a 9 anos	7 (29,2)	5 (45,5)	-	4 (80)	
10 a 14 anos	5 (20,8)	1 (9,1)	-	-	
15 a 19 anos	3 (12,5)	-	-	-	
20 a 24 anos	2 (8,3)	-	-	-	
Função atual	Assistência	8 (33,3)	9 (81,8)	8 (66,66)	-
	Coordenação Administrativa	16 (66,7)	1 (9,1)	2 (16,66)	-
	Residente	-	1 (9,1)	-	-
	Coordenador(a) na SMS	-	-	2 (16,66)	-
					5 (100)

n: Número absoluto; %: Percentual; SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

No estudo emergiram duas categorias e respectivas subcategorias (Quadro 1).

Quadro 1 - Categorias e subcategorias provenientes de diferentes etapas de descentralização do cuidado em HIV em dois municípios prioritários do Sul do Brasil, 2020-2021.

Categoria 1 – cenário A	Categoria 2 – cenário B
Desenvolvendo o cuidado às pessoas com HIV com protagonismo, e buscando condições para a descentralização em um cenário centralizado	Exercendo a clínica ampliada e o cuidado longitudinal às pessoas com HIV em um cenário descentralizado
Subcategorias	
Relevando benefícios, desafios, e condições para a concretização da descentralização	Descentralizando o cuidado às pessoas que vivem com HIV para os serviços de Atenção Primária à Saúde
Contando com a equipe de saúde para o atendimento das pessoas com diagnóstico de HIV	Cuidando das pessoas que vivem com HIV com o enfermeiro e o médico de família e comunidade
Revelando o protagonismo do enfermeiro por meio das inúmeras atribuições desenvolvidas na atenção às pessoas que vivem com HIV	Exercendo a clínica ampliada do enfermeiro no manejo da infecção por HIV
Enfatizando que é preciso capacitações para o manejo clínico das pessoas com HIV	Capacitando enfermeiros e médicos de família e comunidade para o manejo clínico da infecção por HIV
Percebendo a necessidade do uso de instrumentos e tecnologias para o cuidado às pessoas que vivem com HIV	Utilizando instrumentos de apoio à tomada de decisão clínica
Expressando a sobrecarga de trabalho do enfermeiro na APS	Sentindo medo de assumir novas responsabilidades

Relevando benefícios, desafios e condições para a concretização da descentralização

O avanço da descentralização é gradativo e requer apoio matricial para horizontalizar as ações nos níveis de assistência, que para os participantes, precisa considerar as capacidades dos serviços.

Eu acho que a Atenção Básica tinha que assumir isso também! Mas, nós precisamos de logística, nós precisamos de recurso humano, porque sem recursos nós vamos assumir e não vamos dar mais conta. (CA-E20)

Eu apoio a descentralização, mas também acho indispensável a melhoria, a qualificação da Atenção Básica, melhoria dos recursos, recursos humanos, espaço físico, estrutura. (CA-E13)

Contando com a equipe de saúde para o atendimento das pessoas com diagnóstico de HIV

A perspectiva de trabalho em equipe no cenário A revela o compartilhamento do cuidado

no momento do diagnóstico da infecção para o HIV, por meio da atitude do enfermeiro ao acionar outros profissionais do serviço, possibilitando ter o apoio da equipe para amparar a pessoa com resultado positivo, e a divisão de atribuições.

[...] identificar fatores ou situações nas quais seja necessário acionar outras especialidades, por exemplo o NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família], psicóloga, assistente social, acionar os outros atores que compõem a equipe de saúde da família e o NASF. (CA-E13)

[...] quando nós trabalhamos em equipe a gente não sobrecarrega um ao outro, divide o trabalho, divide as funções. Para mim, eu acho que a enfermagem apoia muito e é uma coisa assim de extrema valia sim, com certeza! (CA-E21)

Revelando o protagonismo do enfermeiro por meio das inúmeras atribuições desenvolvidas na atenção às pessoas que vivem com HIV

Os participantes do cenário A ilustram o protagonismo do enfermeiro na APS por meio das inúmeras atribuições que desenvolve, com destaque para os testes rápidos – considerados um marco para o trabalho do enfermeiro na APS no contexto do HIV/aids.

O que me marcou muito, eu não lembro quanto tempo faz, mas na época nós tivemos acesso aos testes rápidos de HIV/aids, o que eu acho que foi um marco muito importante quando o enfermeiro teve acesso a esses exames para realizar aos seus usuários. (CA-E12)

[...] na questão do diagnóstico, é o que mais o enfermeiro desenvolve na Atenção Básica: identificação de fatores de risco, oferta de testagem sempre que o usuário procura a Unidade de Saúde, o acolhimento, o aconselhamento sobre IST. (CA-E13)

Enfatizando que é preciso capacitações para o manejo clínico das pessoas com HIV

No cenário A, os participantes enfatizam que as capacitações são imprescindíveis para qualificar a atenção, sobretudo para o tratamento clínico do HIV. Em outras situações clínicas como a sífilis, o enfermeiro realiza o manejo clínico seguindo o protocolo instituído no município.

Então se eles [pessoas com HIV] frequentassem a Unidade de Saúde por meio da descentralização, eu acho que conseguiríamos ter um maior controle dos nossos pacientes, acompanhar eles mais de perto, porém a minha dúvida é se nós seríamos capacitados para isso, porque eu acho que nós não temos muita [...] tanto enfermeiro quanto médico, não temos muito preparo para acompanhar o paciente de HIV/aids tão de perto. [...] Eu acho que é uma estratégia bem bacana, mas teria que capacitar todo mundo bem primeiro! (CA-E19)

Percebendo a necessidade do uso de instrumentos e tecnologias para o cuidado às pessoas que vivem com HIV

O uso de tecnologias no cuidado às pessoas com HIV/aids é percebido com um aspecto

que precisa ser fortalecido no cenário A. A aderência ao uso de um protocolo em HIV favorece e subsidia parcialmente o processo de descentralização, pois é preciso considerar outros aspectos, como a organização da linha de cuidado, a integração do acesso ao registros do prontuário eletrônico entre a atenção primária e a especializada, as deficiências nos sistemas de informação que permitem a geração de relatórios parciais sobre as condições que os profissionais precisam monitorar, e a aquisição de equipamentos de informática que acompanhem as demandas dos serviços de saúde.

Eu acredito que se houvesse protocolo bem certinho, se todos falassem o mesmo idioma, por que não? Sim, mas a capacitação e o protocolo com certeza!(CA-E21)

A gente não tem a informação [da pessoa com HIV/aids] no prontuário [eletrônico], que dentre outros espaços da rede de atenção do município, a gente consegue conversar muito pelo prontuário. (CA-E6)

Expressando a sobrecarga de trabalho do enfermeiro na APS

As inquietações dos profissionais podem ser compreendidas como as incertezas e desafios que permeiam o exercício profissional. No cenário A, essas inquietações transparecem na preocupação e ansiedade frente a sobrecarga de atividades, acúmulo de funções assistenciais e gerenciais na APS, e o medo de assumir responsabilidades adicionais relacionadas ao tratamento.

[...] eu me sinto bem ansiosa é no sentido de não conseguir dar conta, ainda mais que eu sou [enfermeira] assistencial e coordenadora. (CA-E6)

[...] eu acho que nós enfermeiras ainda somos muito temerosas em relação a assumir um paciente, a maioria dos enfermeiros tem medo de fazer uma consulta de enfermagem, de fazer uma anamnese bem feita. (CA-E20)

Descentralizando o cuidado às pessoas que vivem com HIV para os serviços de APS

No cenário B, a descentralização é uma realidade e observa-se a continuidade e longitudinalidade do cuidado, mas, como factível em qualquer processo de mudança, acompanhada do desafio de educar a população para que perceba esse novo modo de gerir a sua condição.

Quando o acompanhamento do paciente com HIV foi descentralizado, quando ele saiu da Policlínica e veio para as unidades básicas, foi um salto [...]. Eu estava na unidade no processo de transição [...], [eu via] pacientes que nunca foram em consultas, que nunca fizeram exames [...]. Hoje a gente ainda tem certa dificuldade [...], mas que para mim é quase nada quando eu olho para trás e vejo o que era esse paciente há anos. (CB-E04)

Cuidando das pessoas que vivem com HIV com o enfermeiro e o médico de família e comunidade

No cenário B, revela-se o cuidado clínico compartilhado sob uma perspectiva centrada em duas profissões, ou seja, no médico de família e comunidade e no enfermeiro, com divisão de tarefas e responsabilidades, busca de ajuda nas redes de apoio, NASF e familiares, no acompanhamento das pessoas que vivem com HIV prioritariamente na APS.

A gestão do cuidado é feita [de modo] compartilhado com a equipe [...] nós médicos e enfermeiros, trabalhamos muito juntos. A gente fala que tem um trabalho ombro a ombro. A gente divide as tarefas de busca ativa, de monitoramento desses pacientes e utiliza o espaço das nossas reuniões de equipe, que são semanais, para discutir os casos mais complexos, que temos maior dificuldade, que precisamos ampliar a busca e o suporte nessa rede, seja ela familiar seja ela com outros profissionais, inclusive com os profissionais do NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família]. (CB-E04)

Eu também acho que a gente nunca está sozinha, então esse apoio entre médico e enfermeiro ajuda muito no tratamento do paciente, ele só tem a ganhar com esse atendimento. (CB-E05)

Exercendo a clínica ampliada do enfermeiro no manejo da infecção por HIV

No cenário B, o enfermeiro realiza atendimento clínico individualizado para as pessoas que vivem com HIV na consulta do enfermeiro, e para além da solicitação de teste rápido, a progressão da descentralização do modelo de cuidado marca a incorporação de novas ações.

A escuta qualificada, o olhar de cuidado, vinculação, a longitudinalidade, componentes culturais, [...] são atribuições clássicas da atenção primária e que cabe ao enfermeiro. Obviamente ele tem capacidade clínica e tem capacidade de gestão da vida, gestão clínica do caso, que é fundamental para fazer saúde, não tenho dúvida [...], e isso não sou eu quem está dizendo, isso são experiências que se tem fora, do mundo inteiro. (CB-E13)

O cuidado específico do HIV em relação a solicitação de exames, do tratamento, tem sido mais recente. Acho que nos últimos três ou quatro anos eu tenho me aproximado mais. O que eu acabava fazendo antes era diagnóstico porque a gente já fazia o teste rápido na unidade, já tinha esse trabalho de dar o diagnóstico, de fazer o rastreamento. (CB-E04)

Capacitando enfermeiros e médicos de família e comunidade para o manejo clínico da infecção por HIV

No cenário B, as capacitações sobre o manejo da infecção por HIV são periódicas, ampliaram o conhecimento sobre a clínica do enfermeiro, potencializaram a consulta do enfermeiro, integraram o programa de residência e os momentos de educação permanente da equipe. O *Practical Approach to Care Kit* (PACK) foi um instrumento utilizado para o manejo clínico do HIV e nas capacitações.

A gente fez treinamento também ano passado, antes da pandemia, a gente fez vários encontros com médicos e enfermeiros de cada unidade, na rede toda, para treinamento do uso do PACK. Eram dadas algumas situações, casos clínicos, e a gente ia discutindo o manejo que se dava naquela situação do paciente conforme o PACK. Foram encontros semanais, durante três meses, e foram muito esclarecedores. Foram trabalhados vários tipos de casos, inclusive casos de HIV, [...] para gente poder dar o manejo adequado. (CB-E01)

Utilizando instrumentos de apoio à tomada de decisão clínica

No cenário B, as tecnologias para o cuidado às pessoas que vivem com HIV mencionadas foram o PACK e os protocolos de enfermagem, que conferem segurança para a prática profissional e empoderamento para a tomada de decisão clínica.

Aqui a gente acompanha junto com o médico e tem esse empoderamento em relação ao protocolo de realmente atuar no tratamento, fazer essa escuta, acolhimento, fazer todos os cuidados, solicitar alguns exames [...] e acompanhar os cuidados com as medicações, efeitos colaterais, [...] tudo isso o protocolo nos dá muito apoio. (CB-E05)

Tem a possibilidade de discussão de caso, com [...] o médico matriciador também, e aí sim fazer o compartilhamento do cuidado e construir um plano terapêutico comum da equipe da atenção primária e da equipe especializada. (CB-E14)

Sentindo medo de assumir novas responsabilidades

No cenário B, durante o início do processo de descentralização, os enfermeiros também sentiram insegurança quando iniciaram o manejo clínico das pessoas com HIV, especialmente no momento de revelar o diagnóstico, e baixa autoestima com relação às próprias capacidades clínicas.

A gente vê ainda um certo medo mesmo [...], como foi quando a gente começou a elaborar os protocolos, quando os enfermeiros começaram a prescrever e a solicitar exames e a atuar com a ampliação da clínica. Sempre existiu esse medo [...]: e agora? agora é meu carimbo, agora a responsabilidade é minha! [...] Então a gente recentemente está saindo disso. (CB-E03)

Assim, compreende-se as melhores práticas em modelos distintos de cuidado à pessoa com HIV como um fenômeno gradativo e consistente, desenvolvido em meio a uma sucessão de diferentes momentos, que precisa considerar as perspectivas do trabalho em equipe, reconhecer o trabalho e o protagonismo do enfermeiro na atenção a essas pessoas, capacitar os profissionais para o manejo clínico, utilizar tecnologias e instrumentos que apoiem o cuidado e considerar as inquietações profissionais que permeiam todo o processo (Figura 1).

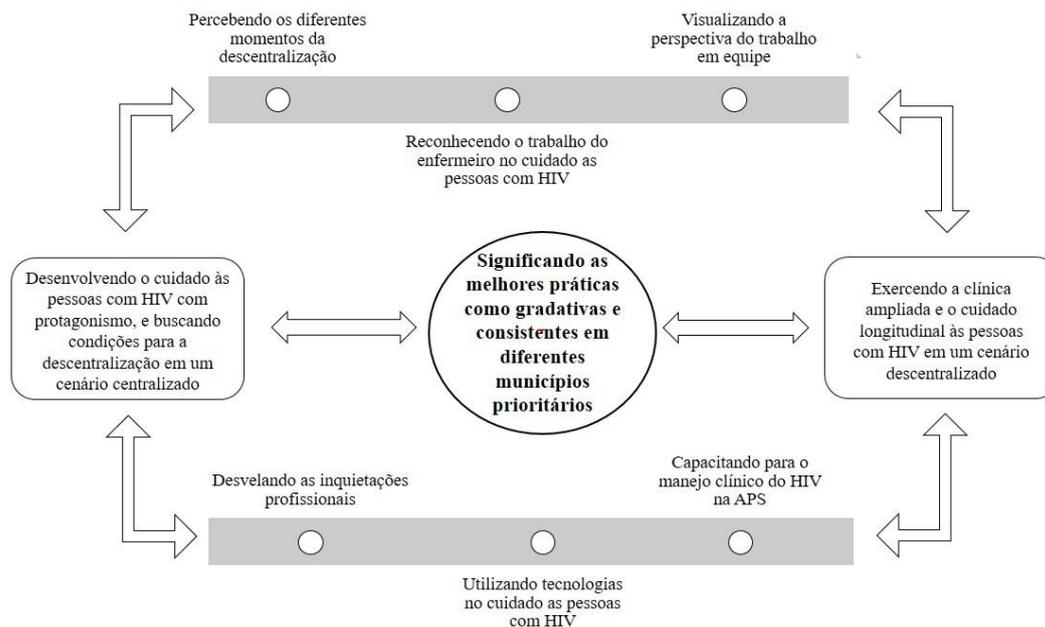


Figura 1 - Diagrama representativo do fenômeno das melhores práticas em diferentes municípios prioritários no cuidado à pessoa com HIV.

Discussão

Os cenários A e B apresentam diferentes modelos de cuidado às pessoas que vivem com HIV na APS. No modelo centralizado, as melhores práticas se concentram na testagem, no diagnóstico precoce, no cuidado com protagonismo do enfermeiro, na busca por condições para a descentralização, mas a pessoa com HIV ainda é encaminhada para o Serviço de Atendimento Especializado. Porém, no modelo descentralizado as melhores práticas se direcionam para a clínica ampliada, o cuidado longitudinal e as capacitações para o manejo clínico do HIV.

Cabe mencionar que o cenário B também desenvolvia um modelo de cuidado centralizado no passado e, para que a descentralização pudesse ser uma realidade atualmente, foi preciso a implementação de ações gradativas, organização da linha de cuidado com estrutura física e apoio logístico, diálogo entre profissionais, coordenadores e usuários, capacitações, adoção de tecnologias e respeito às preferências das pessoas que vivem com HIV. O cenário A possui um modelo de cuidado centralizado, mas desenvolve ações na APS que revelam um movimento inicial de descentralização.

Assim, embora os cenários apresentem dois modelos diferentes de cuidado, foram observadas as melhores práticas sob à ótica da descentralização, vislumbrando-se diferentes momentos de implementação, demonstrando avanços e desafios presentes em ambos os

cenários. O posicionamento do olhar a partir do cenário A em direção ao cenário B confere uma ideia de que a descentralização é possível, mas, evidentemente, requer ações concretas e gradativas que a viabilizem. Enquanto o olhar em direção oposta, ou seja, a partir do cenário B em direção ao cenário A, possibilita visualizar os avanços e pontos que ainda podem ser mais desenvolvidos.

No cenário B, observa-se que a descentralização proporciona o fortalecimento do vínculo com as pessoas na APS, a continuidade e a longitudinalidade do cuidado; e no cenário A destaca-se a importância de respeitar a decisão das pessoas sobre o local onde querem ser atendidas, considerando aspectos como a vergonha e o preconceito ainda inerentes ao diagnóstico do HIV.

Destaca-se que, embora percorrer longas distâncias em busca de assistência e medicamentos possa ser uma barreira para a pessoa, o estigma do HIV pode influenciar a sua decisão em manter essas viagens diante do receio de divulgação do seu estado sorológico nas redondezas da sua casa. Apesar desse limite, a descentralização do cuidado aumenta o acesso à TARV; seu processo e compartilhamento do cuidado com as pessoas vivendo com HIV passa por uma fase de transição da assistência que deve considerar as preferências das pessoas, seja atrelada a esse estigma, ou mesmo pela familiaridade com o espaço onde o tratamento foi iniciado.¹⁶ Entretanto, mesmo no modelo centralizado, diante da maior participação da APS no diagnóstico do HIV, tem-se a oportunidade de estabelecimento de vínculos importantes, e de promover esse cuidado na APS.

Estudo realizado em Florianópolis, em meio ao processo de descentralização em 2017, revelou o momento em que os profissionais da APS estavam atuando mais intensamente na fase de diagnóstico do HIV, sendo que ao mesmo tempo, estava sendo desenvolvido um projeto piloto em algumas unidades de saúde em cada distrito do município em busca de organizar e alinhar a melhor forma de acesso e gestão do cuidado às pessoas com HIV/aids. Os participantes do estudo entendem a necessidade da descentralização do cuidado como fundamental para ampliação de acesso e melhoria da adesão à TARV.¹⁷

A busca pela descentralização segue as recomendações legais,¹⁸⁻¹⁹ para que o cuidado às pessoas que vivem com HIV seja desenvolvido por toda a rede de atenção à saúde, coordenado pela APS, ordenadora do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os participantes do cenário A consideram a perspectiva de trabalho em equipe multiprofissional, com a integração dos profissionais que atuam no NASF, como o psicólogo ou o

assistente social, para o momento de revelar o diagnóstico para a pessoa. No cenário B, esse e outros aspectos clínicos estão centrados no enfermeiro e no médico, que, em decorrência das capacitações, estão mais preparados para esta função. Destaca-se a importância da educação permanente, porque mesmo os participantes do cenário B, tinham medos em assumir responsabilidades no início do processo de descentralização do cuidado.

Entretanto, ratifica-se que o NASF é considerado como um apoio da ESF, pois atua em conjunto como equipe multiprofissional fortalecendo a articulação e qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), contribuindo na organização em saúde, coordenação e continuidade do cuidado, desenvolvendo assim um trabalho compartilhado.²⁰ A transição para um cuidado descentralizado deve assumir a tendência de que as equipes de saúde da família acolham e atendam às pessoas que vivem com HIV, reconhecendo as suas necessidades, direcionando-as quando necessário e aproveitando os demais recursos e serviços disponíveis na rede, como o NASF.¹⁷

O trabalho do enfermeiro no cuidado às pessoas com HIV evidencia avanços no que se refere às questões assistenciais no cenário A, como a realização dos testes rápidos, solicitação de exames laboratoriais e a entrega do resultado dos exames. Contudo, o tratamento e o acompanhamento ainda não são uma realidade na APS. No cenário B, ocorre a integração do manejo clínico na consulta do enfermeiro, o que confere a esse profissional uma posição de referência dentro da equipe.

O enfermeiro na APS desempenha papel fundamental para o controle das IST, incluindo HIV, já que costuma estar inserido na primeira escuta à pessoa. A ampliação das atribuições do enfermeiro, possibilitando que ele realize diagnóstico e tratamento do HIV e demais ISTs, amplia o acesso e fornece atendimento mais rápido ao cidadão.²¹

Os enfermeiros atuam no tratamento de várias doenças infecciosas, e quando especializados em cuidados com HIV, contribuem para uma melhor adesão das pessoas ao tratamento, uma vez que gerenciam de modo eficaz o atendimento, os cuidados e orientações que auxiliam a pessoa para o autocuidado.²² O fortalecimento do processo de descentralização na rede de atenção à saúde envolve a atuação ativa do enfermeiro na execução de ações individuais e coletivas, e no cuidado prestado às pessoas que vivem com HIV.²³

A experiência de descentralização do cuidado de pessoas vivendo com HIV para a APS no Rio de Janeiro, por exemplo, resultou no avanço da implantação de testes rápidos nas unidades de

saúde, porém acompanhada de dificuldades dos profissionais para realizar o aconselhamento e revelar o diagnóstico. Outros aspectos observados incluíram a ampliação do número de pessoas que vivem com HIV acompanhadas na APS; ainda que de modo heterogêneo essa população vem buscando com maior frequência os centros de saúde. Entre os problemas estão a dificuldade de acesso na APS, e o cuidado das pessoas que vivem com HIV centralizado no médico de família, o que deve ser discutido em termos de alcance e limites no cuidado com base na integralidade. O trabalho em equipe multiprofissional pode ampliar a capacidade de compreensão e análise dos problemas das pessoas e de organização dos serviços de saúde.³

A atuação do enfermeiro relacionada ao HIV/aids tem baixa visibilidade, destacando-se o desconhecimento do seu real papel frente a esta questão, ainda que o enfermeiro assuma espaço na condução de ações de diagnóstico do HIV, aconselhamento, acompanhamento, promoção e monitoramento da adesão à TARV.²⁴ Assim, é possível perceber a necessidade de ampliação da atuação do enfermeiro no cuidado às pessoas que vivem com HIV, que ainda é centrada na figura do médico em muitos municípios, permanecendo o enfermeiro à frente nas ações envolvendo o diagnóstico, mas não realizando o acompanhamento e seguimento do usuário. Deve-se considerar que as conquistas no campo da saúde global nas respostas à pandemia do HIV/aids não teriam sido alcançadas sem a participação ativa dos enfermeiros.²⁵

No presente estudo, destaca-se que as capacitações e os momentos de educação permanente em saúde voltados ao HIV são considerados primordiais para a qualidade do cuidado, atualização e habilidade profissional, especialmente para o manejo clínico, e precisam ser periódicas. A Educação Permanente em Saúde (EPS), é uma política de saúde que busca nortear o aperfeiçoamento das suas práticas profissionais e organização do trabalho, com base nas necessidades locais, desenvolvendo habilidades e competências, fortalecendo o trabalho profissional e qualificando o serviço de saúde.²⁶⁻²⁸ O desenvolvimento de ações de EPS com os trabalhadores da saúde precisa ser reflexivo, participativo e contínuo.²⁸

As tecnologias no cuidado às pessoas com HIV foram compreendidas como os protocolos que subsidiam a atuação profissional, o uso de instrumentos como o PACK no cenário B, necessidade de integração dos registros clínicos constantes no prontuário eletrônico, sistemas de informação capazes de fornecer relatórios que contribuam para o monitoramento dos casos, e uma linha de cuidado organizada. Os protocolos clínicos constituem importantes ferramentas no cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids, contribuem na orientação do manejo clínico,

estabelecendo os critérios de encaminhamento quando necessário.³

O uso de tecnologias como e-mail e *WhatsApp*® para o matriciamento e discussão de casos, e a implementação do PACK em Florianópolis, foram importantes para a descentralização da atenção às pessoas que vivem com HIV. O PACK é uma ferramenta de apoio e um guia para médicos e enfermeiros da APS que busca facilitar a tradução do conhecimento científico para a prática clínica.^{1,12}

As incertezas e desafios revelam a preocupação dos profissionais acerca das suas atribuições somadas ao manejo clínico das pessoas que vivem com HIV/aids. Questões como o tempo necessário para desenvolver o cuidado em HIV, seja para a pessoa que busca um teste rápido, a pessoa que vive com HIV, ou mesmo o profissional que passou por um acidente de trabalho, e o medo de assumir novas responsabilidades, estão presentes nos depoimentos dos profissionais. Estudo desenvolvido na Tailândia identificou que para os profissionais, a mudança de tarefas pode ser um desafio para a descentralização,²⁹ o que deve ser gerenciado a partir dos recursos, adaptados às capacidades dos serviços.

Ainda que a recomendação seja de desenvolver um cuidado compartilhado entre APS e atenção especializada, e esta atue como apoio matricial para a APS,⁶ as tensões envolvendo um cuidado compartilhado entre APS e atenção especializada, o medo da exposição e do estigma, ou mesmo a gestão do sigilo e a revelação do diagnóstico são problemas que precisam ser enfrentados, tendo em vista que o diagnóstico e o acompanhamento de pessoas com HIV na APS ainda são processos recentes e pouco estudados. Os desafios são de ordem moral, ética, técnica, organizacional interna e externa, e política.^{2-3,30}

O estudo possui algumas limitações, como a coleta de dados ter sido realizada por diferentes pesquisadores em cada cenário, uma vez que na TFDC os dados são cocriados por pesquisadores e participantes. Deste modo, acredita-se que a coleta de dados conjunta pelas pesquisadoras poderia ter desencadeado novas hipóteses. A fim de minimizar esta limitação, as pesquisadoras realizaram análise conjunta dos dados, com elaboração de diagramas e memorandos, no decorrer da coleta de dados, considerando que na TFDC a coleta e a análise são feitas concomitantemente.

Outra limitação foi a realização da coleta de dados durante o período de pandemia da COVID-19, que inviabilizou a coleta de dados presencial devido ao distanciamento social imposto, e houve paralisação de algumas atividades realizadas pelos profissionais de saúde, além da

sobrecarga de trabalho, o que pode ter interferido nos dados coletados.

Dentre as contribuições do estudo, compreende-se que a descentralização do cuidado precisa ser organizada em direção à construção de um cuidado compartilhado entre diferentes pontos da rede de atenção à saúde para às pessoas que vivem com HIV, e deve ocorrer de maneira gradual, com diálogo, organização da linha de cuidado, estrutura física, apoio logístico, respeito à dignidade e às preferências das pessoas, e a consciência de que o estigma e o preconceito precisam ser trabalhados, tanto entre as pessoas que vivem com HIV quanto entre os profissionais de saúde, estendendo-se para toda a sociedade.

Conclusão

O estudo apresenta melhores práticas em dois municípios prioritários com diferentes modelos de cuidado às pessoas que vivem com HIV. Contudo, o cenário hoje descentralizado também já atuou na perspectiva do modelo centralizado de cuidado, e em dado momento iniciou a transição. Isso permite compreender que implementar a descentralização da atenção às pessoas que vivem com HIV significa percorrer processos gradativos e consistentes, que vão sendo ampliados à medida que os profissionais de saúde e os cidadãos têm seus lugares de fala respeitados e todas as condições, desafios e benefícios decorrentes da descentralização sejam considerados na organização da linha de cuidado.

O cenário onde a descentralização foi instituída apresentou avanços nas práticas desenvolvidas na APS, com destaque para a ampliação da clínica do enfermeiro e médico de família e comunidade no manejo da infecção pelo HIV, com maior vinculação das pessoas que vivem com HIV, longitudinalidade do cuidado e a integralidade das práticas desenvolvidas pela equipe de saúde.

No cenário de cuidado centralizado, o serviço especializado concentra o manejo clínico da infecção, e a equipe de saúde da família realiza as ações de prevenção e promoção da saúde, acolhimento, diagnóstico, aconselhamento e encaminhamento, comprometendo o vínculo e a longitudinalidade entre as pessoas que vivem com HIV e os profissionais que atuam na Atenção Primária.

As hipóteses levantadas podem ser consideradas parcialmente aceitas, pois, ainda que exista um modelo de cuidado instituído em cada contexto, alguns profissionais no contexto centralizado, mesmo sem ter as condições que eles consideram primordiais para a descentralização do cuidado, buscam e desenvolvem meios para acompanhar a pessoa que vive

com HIV na Atenção Primária, demonstrando que a necessidade de descentralização é sentida e surge em meio ao contato entre profissional e pessoa com HIV, apesar das inquietações profissionais.

Por fim, a construção de um cuidado compartilhado entre profissionais, diferentes serviços e pessoas que vivem com HIV/aids, que supere a dicotomia entre o cuidado centralizado e o descentralizado, constitui um desafio atualmente, e requer superar o estigma e o preconceito que envolvem essa condição crônica de modo a reconstruir práticas de saúde ainda melhores.

Referências

1. Pinto VM, Capeletti NM. Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: A experiência do município de Florianópolis/SC. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019 Mar; 14(41):1710. doi: 10.5712/rbmfc14(41)1710
2. Melo EA, Maksud I, Agostini R. Cuidado, HIV/aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42:e151. doi: 10.26633/RPSP.2018.15
3. Melo EA, Agostini R, Damião JJ, Filgueiras SL, Maksud I. Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*. 2021; 37(12):e00344120. doi: 10.1590/0102-311X00344120
4. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré natal para gestantes e suas parcerias sexuais. [Internet]. 2012 [acesso 2023 jun 18]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html
5. Caixeta ER, Coimbra MAR, Gomes NS, Santana LC, Delfino FAP, Ferreira LA. Percepção dos enfermeiros quanto ao acolhimento às pessoas que realizam o teste rápido de HIV. *Rev enferm UERJ*. 2021 Jan; 29:1. doi: 10.12957/reuerj.2021.61479
6. Pinho CM, Dourado CARO, Lima MCL, Maia TS, Silva JFAS, Silva EL. Avaliação das medidas de controle do HIV na Atenção Básica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020; 12(8):1-14. doi: 10.25248/reas.e3462.2020
7. Guedes HCS, Silva Júnior JNB, Silva GNS, Trigueiro DRSG, Nogueira JA, Barreto AJR. Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV. *Escola Anna Nery*. 2021; 25(1). doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0386
8. Campos JRN, Costa SS, Costa IS, Jaldin AEM, Uchoa DS, Batista WS, et al. Políticas públicas para o enfrentamento do HIV / AIDS em países com sistema universal e gratuito de saúde: uma análise segundo a UNAIDS. *Research, Society and Development*. 2021; 10(2):e37310212574. doi: 10.33448/rsd-v10i2.12574
9. Unaid. Estatísticas. 2022. [Internet]. 2022 [acesso 2023 jun 18]. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>
10. Marques SC, Oliveira DC, Cecílio HPM, Silva CP, Sampaio LA, Silva VXP. Qualidade de vida e HIV/AIDS: revisão integrativa. *Rev Enferm UERJ*. 2020; 28:e39144. doi: 10.12957/reuerj.2020.39144
11. Damião J de J, Agostini R, Maksud I, Filgueiras S, Rocha F, Maia AC, et al.. Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades?.

- Saúde debate [Internet]. 2022Jan;46(132):163–74. doi: 10.1590/0103-1104202213211
12. Celuppi IC, Meirelles BHS, Lanzoni GM, Geremia DS, Metelski FK. Gestão no cuidado às pessoas com HIV na Atenção Primária à Saúde em tempos do novo coronavírus. *Revista de Saúde Pública*. 2022; 56:13. doi: 10.11606/s1518-8787.2022056003876
 13. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: Guia prático para análise qualitativa. Traduzido por Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
 14. Metelski FK, Santos JLG, Cechinel-Peiter C, Fabrizio GC, Schmitt MD, Heilemann M. Constructivist Grounded Theory: characteristics and operational aspects for nursing research. *Rev Esc Enferm USP*. 2021; 55:e03776. doi: 10.1590/S1980-220X2020051103776
 15. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011 Fev; 27(2):389-394. doi: 10.1590/S0102-311X2011000200020
 16. Fonner VA, Geurkink D, Chiwanga F, Amiri I, Likindikoki S. Long-Distance Travel for HIV-Related Care-Burden or Choice? A Mixed Methods Study in Tanzania. *AIDS Behav*. 2021; 25:2071-83. doi: 10.1007/s10461-020-03136-1
 17. Coelho B, Meirelles BHS. Care sharing for people with HIV/AIDS: a look targeted at young adults. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019; 72(5):1341-1348. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0248
 18. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica. Brasília, DF; 2014. [Internet]. 2014 [acesso 2023 jun 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_boas_praticas_hiv_aids_atencao_basica.pdf
 19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Cinco passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [Internet]. 2017 [acesso 2023 jun 18]. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>
 20. Melo A, Barbosa TM. Activities of the family health support core: the understanding of the family health strategy professionals of a municipality of Santa Catarina. *Tempus*. 2018; 11(2):25-39. Disponível em: 10.18569/tempus.v10i4.2286
 21. Prefeitura de Florianópolis (BR). Saúde. Pack Brasil Adulto: Versão Florianópolis. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2020. Título original: Practical Approach to Care Kit - PACK Global Adult. [Internet]. 2020 [acesso 2023 jun 18]. Disponível em: <https://knowledgetranslation.co.za/download/15025/>
 22. Wu X. Promoting nursing development towards health for all: overview and prospect of nursing development in China. *International Journal of Nursing Sciences*. 2023; 10(1):1-4. doi: 10.1016/j.ijjns.2022.12.011
 23. Lima MCL, Pinho CM, Silva MAS, Dourado CAR de O, Brandão BMGM, Andrade MS. Percepção dos enfermeiros acerca do processo de descentralização do atendimento ao HIV/Aids: testagem rápida. *Esc Anna Nery*. 2021;25(4):e20200428. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0428
 24. Colaço AD, Meirelles BHS, Heidemann ITSB, Vilarinho MV. Care for the person who lives with HIV/aids in primary health care. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2019; 28:e20170339. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2017-0339
 25. Guilamo-Ramos V, Thimm-Kaiser M, Benzekri A, Hidalgo A, Lanier Y, Tlou S, et al. Nurses at the frontline of public health emergency preparedness and response: lessons learned from the HIV/AIDS pandemic and emerging infectious disease outbreaks. *The Lancet Infectious Diseases*. 2021;

21(10):e326-e333. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30983-X

26. Gonçalves GF, Cordeiro BC, Dias MM, Messias CM. Permanent education in patient assistance with HIV: an integrating review. *Research, Society and Development*. 2020; 9(3):e70932426. doi: 10.33448/rsd-v9i3.2426
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [Internet]. 2018 [acesso 2023 jun 18]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
28. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM da. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*. 2019; 43(120):223-239. doi: 10.1590/0103-1104201912017
29. Lujintanon S, Amatavete S, Sungsing T, Seekaew P, Peelay J, Mingkwanrungruang P, et al. Client and provider preferences for HIV care: Implications for implementing differentiated service delivery in Thailand. *J Intern AIDS Society*. 2021; 24(4):e25693. doi: 10.1002/jia2.25693
30. Kleinubing RE, Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC. Construção de uma linha de cuidado para atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV. *Escola Anna Nery*. 2021; 25(5):e20210033. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0033

Fomento: Bolsa de Doutorado do Programa UNIEDU/FUMDES Pós-Graduação; Bolsa de Doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES/PROEX; O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Contribuições de autoria

1 – Fernanda Karla Metelski

Autor correspondente

Enfermeira, Doutora em Enfermagem - fernanda.metelski@gmail.com

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

2 – Ianka Cristina Celuppi

Enfermeira, Mestre em Enfermagem - iankacristinaceluppi@gmail.com

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

3 – Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Enfermeira, Doutora em Enfermagem - betina.hsm@ufsc.br

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

4 – Bruna Coelho

Enfermeira, Mestre em Enfermagem - bruninhahcoelho@gmail.com

Revisão e aprovação da versão final.

5 – Marcelle Miranda da Silva

Enfermeira, Doutora em Enfermagem - marcellemsufrj@gmail.com

Revisão e aprovação da versão final.

6 – Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu

Enfermeiro, Doutor em Educação - wjabreu@esenf.pt

Revisão e aprovação da versão final.

Editora Científica Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editora Associada: Aline Cammarano Ribeiro

Como citar este artigo

Metelski FK, Celuppi IC, Meirelles BHS, Coelho B, Silva MM, Abreu WJCP. Best practices in the care provided to people living with HIV in different care models. Rev. Enferm. UFSM. 2023 [Access on: Year Month Day]; vol.13, e34:1-22. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769284152>