

PRÁTICAS E SABERES NA POLÍTICA DE HIV/AIDS NO SEMIÁRIDO DO RN: IMPLICAÇÕES NA VI REGIÃO DE SAÚDE

Sâmara Fontes Fernandes

Mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Planejamento e Dinâmicas Territoriais no Semiárido
PLANDITES/ CAMEAM/ UERN. Enfermeira. saminhafontes@hotmail.com

Themis C. M. Soares

Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN/RN).
Docente PLANDITES/ CAMEAM/ UERN. themiscris@hotmail.com

RESUMO: A Atenção Básica (AB) é o principal eixo norteador do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando prestar uma assistência à saúde no âmbito individual e coletivo, sendo reconhecida como a principal porta de entrada do sistema e o nível central de comunicação da Rede de Atenção a Saúde (BRASIL, 2012). Este estudo teve como objeto central analisar a rede de assistência as PVHA da VI região de saúde do RN. Trata-se de um estudo descritivo a partir de um estudo de caso que ocorreu na cidade de José da Penha - RN, analisando os fatores preponderantes do mesmo na Rede de Atenção a Saúde da VI Região de Saúde do Rio Grande do Norte - RN. Os profissionais de saúde, em especial da VI região, enfrentam dificuldades “técnicas” na condução do Programa Estadual de HIV/AIDS, como: manejo dos pacientes em cidades de pequeno porte, serviços de referência distantes, sucateamento dos serviços, falta de insumos, falta de qualificação profissional, preconceito, entre outros, o que compromete a qualidade da assistência e efetividade do programa. No caso em questão, percebe-se algumas dificuldades preponderantes que são cruciais na qualidade da assistência e capacidade de resolutividade da rede. Os municípios da VI Região de Saúde, localizado no Semiárido, mais especificamente, o Alto Oeste potiguar do estado do RN, são dependentes dos centros de referência localizados nas grandes cidades que ficam distantes dos municípios, as quais devem ser organizadas para garantir o acesso dos pacientes aos serviços.

PALAVRAS-CHAVES: DST/AIDS, Assistência a saúde, Política, Regionalização.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB), atualmente, é o principal eixo norteador do Sistema Único de Saúde (SUS), baseando suas ações nos princípios como a integralidade, universalidade, equidade, descentralização e participação social, buscando prestar uma assistência à saúde no âmbito individual e coletivo, sendo reconhecida como a principal porta de entrada do sistema e o nível central de comunicação da Rede de Atenção a Saúde (BRASIL, 2012).

Em sua organização, seu principal meio de atendimento configura-se na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual é responsável por atender de forma integral a sua população adstrita, abrangendo ações de prevenção, promoção e proteção da saúde, realizando

diagnóstico, tratamento e reabilitação de diversos agravos a saúde (MITRE, 2012; BRASIL, 2012).

Mas, para garantir resolutividade às demandas do sistema em seus diversos níveis de complexidade, a regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecida no artigo 198 da Constituição Federal e regulamentada pelo Decreto nº 7. 508, de 28 de junho de 2011, é a principal estratégia da política do Ministério da Saúde.

Vale salientar, que cada município é responsável pelos serviços de atenção básica, mas são dependentes de outros para os serviços de média e alta complexidade. Assim, várias cidades são aglomeradas em um colegiado municipal a partir de sua localização e características sanitárias semelhantes, caracterizando uma região de saúde, a qual responde a um único comando regional, estadual e federal, formulando uma Rede de Assistência (SANTOS, 2015).

Nesse contexto, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) surge como o principal documento que orienta a conformação das regiões de saúde nos estados da federação, o que faz da regionalização uma ferramenta de planejamento a serviço do Estado imprescindível para organizar no território a distribuição das unidades e a acessibilidade da população à rede de serviços do SUS.

De acordo com Dantas e Feitosa (2013), no Rio Grande do Norte, a partir do Plano Diretor de Regionalização implantado no ano de 2008, foram instituídas oito regiões de saúde sob este modelo que buscam dar maior resolutividade às demandas do sistema, no qual destacaremos neste estudo a VI região de saúde (VI URSAP).

No que concerne à política de DST/AIDS, sabe-se que, no Brasil, tem passado por transformações ao longo dos anos, influenciadas tanto pela evolução do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto pela própria evolução da doença. Assim, a implantação de ações de prevenção nos serviços de atenção primária à saúde é diretriz nacional e se coaduna com os princípios organizativos desse nível de atenção (FERRAZ; NEMES, 2013).

Um dos papéis estratégicos de aproximação do HIV com o Sistema Único de Saúde foi a descentralização da testagem rápida não só para HIV/Aids, como também para sífilis e Hepatites Virais, como a função estratégica de empoderar as Unidades Básicas de Saúde, vindo ao encontro de uma demanda de incorporação de tecnologia em saúde na principal porta de entrada do SUS (BRASIL, 2014).

Essa proposta de descentralização da atenção ao portador do HIV pelo Ministério da Saúde visa reverter o modelo de atenção à saúde focada no especialista, e o único lugar onde isso acontece é na atenção primária à saúde, com profissionais de referência qualificados.

A partir dessas considerações, sabe-se que o Brasil tornou-se referência no tratamento e acompanhamento de pacientes com HIV/AIDS, entretanto, os serviços de saúde ainda enfrentam sérias dificuldades no manejo dos mesmos. A baixa qualificação profissional, as dificuldades de acesso aos serviços de referência, as dificuldades de abordagem dos pacientes/contatos, além dos estigmas, ainda são problemas enfrentados para uma assistência em saúde de qualidade.

Neste contexto, uma das preocupações da atualidade é a aproximação desta política setorial à macropolítica do SUS, no sentido de integrar estas políticas e integralizar à atenção a saúde. Em relação à doença em si, nestes mais de trinta anos de epidemia, a ciência em muito avançou em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, fazendo com que a Aids, seja considerada atualmente uma doença de caráter evolutivo, crônico potencialmente controlável (MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2012).

Porém, apesar dos avanços na construção de políticas públicas, diagnóstico precoce e tratamento, no entanto, culturalmente pouco se conquistou, as ideias errôneas e a falta de informação ainda permeiam na comunidade, a banalização da doença e a falta de ética ainda existem entre os profissionais de saúde e a sociedade.

Sendo assim, de acordo com as práticas e saberes indagamos: quais as repercussões na organização dos serviços da VI Região de saúde e na assistência no que tange a política de HIV/AIDS no RN?

Para que as políticas de saúde possam ser efetivadas é necessário que haja o estabelecimento de uma rede de atendimentos e pactuações entre o estado e os municípios, quanto aos serviços, haja o entendimento de se implantar uma estratégia de educação permanente para atualização dos profissionais da Atenção Básica e Serviços da Rede em HIV/Aids, pensando nas mudanças que o Ministério da Saúde propôs para a instituição de um protocolo de assistência que deverá ser implantado em toda rede de atenção à Pessoa Vivendo com HIV e Aids (PVHA).

Portanto, este estudo teve como objeto central analisar a organização dos serviços e a rede de assistência as PVHA da VI região de saúde do RN. E como objetivo específico investigar um caso que nos trouxe a essa preocupação.

Segundo Dantas e Feitosa (2013), há um descompasso entre a política de regionalização estabelecida pela Secretaria de Saúde Pública do Estado (SESAP) e a realidade da assistência nas diferentes regiões de saúde. Estes fatores interferem diretamente na forma como as políticas de saúde se territorializam, por isso o processo de regionalização não pode,

obrigatoriamente, obedecer à delimitação e hierarquização de áreas no território, mas, sim, atuar em acordos políticos embasados por informações coerentes com a dinâmica dos lugares.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo estudo de caso, que será discutido a partir de uma perspectiva histórica e olhar qualitativo. O caso considerado aconteceu no município de José da Penha - RN, analisando os fatores preponderantes do mesmo na Rede de Atenção da VI Região de Saúde do Rio Grande do Norte - RN.

Entre os sujeitos do estudo, foram incluídos profissionais da gestão que participaram do processo de implantação e monitoramento da política de assistência do Programa Estadual em DST Aids e HV e profissionais da assistência do município supra citado. Como forma de coleta de dados, considerou-se os relatórios de gestão do período de 2013 a 2015 e experiências vivenciadas no contexto da VI Região de Saúde do Rio Grande do Norte – RN (Município/caso).

A VI Unidade Regional de Saúde Pública do RN (URSAP) é composta por 37 municípios sob sua jurisdição, está localizada no alto oeste potiguar e tem sua sede na cidade de Pau dos Ferros. Dentre eles está a cidade de José da Penha, a qual possui 6.049 habitantes, localizada no interior do estado a 421 km da capital Natal. Conta com três equipes de ESF, sendo uma na zona urbana e duas na zona rural, onde as mesmas se organizam à atender sua população adstrita. As equipes são compostas pelas categorias profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem e em saúde bucal e 5 agentes comunitários de saúde.

A Rede de Assistência à pessoa com HIV/AIDS da 6ª URSAP é organizada em quatro instâncias: 1) Atenção básica nos municípios de pequeno porte; 2) Hospital Convencional (HC) e Serviço de Referência - Pau dos Ferros - RN; 3) Hospital de Referência em doenças infectocontagiosas – Mossoró/RN (Hospital Rafael Fernandes); 4) Hospital de Referência em doenças infectocontagiosas – Natal/RN (Hospital Giselda Trigueiro).

O estudo foi dividido em dois eixos de observação: Analisamos a situação da Rede de assistência as PVHA no Rio Grande do Norte, destacando a VI região de saúde – o caso; e discutimos as práticas e saberes, identificando o papel da equipe de ESF em tal contexto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 A rede de assistência – O caso

O HIV/AIDS ainda constitui um problema de saúde pública que interfere em toda a Rede de Atenção a Saúde. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2015, no Brasil, anualmente, são notificados em média de 40,6 mil novos casos de AIDS, sendo 3,8 mil casos no Norte, 8,2 mil no Nordeste, 17 mil no Sudeste, 8,6 mil no Sul e 2,7 mil no Centro-Oeste. Enquanto que de HIV foram registrados 9.416 casos, sendo 870 casos na região Norte, 1.760 no Nordeste, 3.687 no Sudeste, 2.426 no Sul e 673 no Centro-oeste, considerando o primeiro semestre de 2015 (BRASIL, 2015).

A Rede de Atenção a Saúde (RAS) é um arranjo organizacional de ações e serviços de saúde, os quais são estruturados de forma hierárquica por níveis de complexidades crescente, baseada na ordem, no grau de importância e no uso de tecnologias duras e leves, divididas em atenção primária (atenção básica), secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade), onde cada uma tem seu papel na rede, mas que devem estar interligadas para garantir a continuidade do cuidado e dar respostas as políticas e programas da rede SUS (MENDES, 2011).

Todos os Programas Nacionais de Saúde estão inseridos na RAS, cada nível de assistência com suas competências e responsabilidades. Dentre elas, está o Programa Nacional de DST/AIDS, o mesmo busca reduzir a incidência de AIDS e outras DST's, ampliar o acesso ao diagnóstico, tratamento e a assistência, melhorar a qualidade de vida e fortalecer os serviços públicos e privados de saúde (BRASIL, 1999; BRASIL, 2006).

A luz do princípio da descentralização e regionalização, os serviços de saúde e as esferas de governo tem responsabilidades compartilhadas de modo que não haja fragmentação das políticas e sim uma reorganização e hierarquização da assistência a saúde. De modo que, as ações em saúde sejam programadas e os casos regulados aos serviços responsáveis, permeando por toda a rede com tranquilidade e resolutividade (GUERRA, 2015; FERREIRA, 2010).

As regiões de saúde não devem ser vistas apenas sob a ótica de divisão administrativa do Estado, e sim como uma forma de planejamento regional, buscando organizar e integrar ações e serviços de uma mesma região que tem características e necessidades semelhantes, buscando a integralidade da atenção e estabelecendo uma rede única de apoio de referências a serviços de outras complexidades (SANTOS, 2015; GUERRA, 2015).

O modelo assistencial de saúde do Brasil, da maneira como vem sendo implementado a partir da chamada Reforma Sanitária, iniciada nos anos 80, contempla a assistência integral

à saúde e a unificação das ações curativas e preventivas, incluindo as ações relativas a assistência em HIV/Aids (SILVA et al, 2005).

Neste contexto, para o reconhecimento da rede de assistência em HIV/AIDS, deve-se partir de uma região de saúde específica, já que para cada região a rede pode assumir características e fluxos diferenciados, com serviços de referência diferentes e fluxograma específico, interferindo na qualidade da assistência.

No que concerne aos serviços de assistência especializada em HIV/Aids (SAE), sua implantação no em vários Estados brasileiros, foi incentivada pelo Ministério da Saúde e sua Coordenação Nacional de DST e Aids, a partir de 1994. Seu objetivo é o de oferecer ao paciente e portador do HIV/aids uma assistência diferenciada, realizada por equipe multidisciplinar capacitada para atender esses casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2002).

Nesse cenário, a Estratégia de Saúde de Família (ESF) assume o papel central de toda a RAS, sendo responsável por ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Além disso, a ESF deve ser capaz de diagnosticar precocemente doenças e situações de risco, realizar os encaminhamentos necessários para os serviços de média e alta complexidade, otimizando a assistência e garantindo a continuidade do cuidado (OLIVEIRA et al, 2009).

Arelada a esta realidade, temos o conhecimento que, no que diz respeito a esta política específica, enfrenta-se uma série de dificuldades relacionadas ao Programa Estadual DST/AIDS, especificamente na VI região de saúde/RN. No percurso do apoio a reestruturação de redes regionalizadas de atenção às DST/AIDS e HV no SUS/RN, considera-se que o ponto de interesse era promover mudanças nos processos de trabalho, no modo de fazer, na comunicação entre pares, uma vez que a regionalização da atenção foi a forma política encontrada para tentar prover à população do acesso ao cuidado em saúde com o mínimo de qualidade e resolutividade.

Porém, embora definido um plano de ação e uma agenda prioritária para dar andamento às demandas da região, as metas foram alcançadas no Estado e muito discretamente na VI região de saúde, não causando os impactos previstos na política. Ocorreram aumento no número de casos de HIV/AIDS, além da ESF não trabalhar de modo “adequado” com os sujeitos, priorizando apenas algumas de suas funções.

Além disso, os profissionais de saúde, em especial da VI região, enfrentam dificuldades “técnicas” na condução do programa, como: manejo dos pacientes em cidades de pequeno porte, serviços de referência distantes, sucateamento dos serviços, falta de insumos, falta de qualificação profissional, entre outros, o que compromete a qualidade da assistência e

efetividade do programa, indo de encontro ao que o Programa Nacional de DST/AIDS preconiza, que é a redução da incidência dos casos e a garantia de uma assistência de qualidade.

No caso em questão, percebe-se algumas dificuldades preponderantes que são cruciais na qualidade da assistência e capacidade de resolutividade da rede. Logo, em meados de 2015, começou-se a diagnosticar alguns casos de HIV/AIDS, tanto na zona urbana quanto na rural do município de José da Penha-RN, pertencente a VI região.

A partir de alguns casos diagnosticados e encaminhados ao serviço de referência na II região (Mossoró), foi realizada a investigação para conhecer as parceiras de tais sujeitos, já que todos os casos eram do sexo masculino. Durante a busca ativa de todos os possíveis casos para aconselhamento e teste rápido, enfrentou-se grande resistência de alguns sujeitos, no entanto, foi possível a identificação de uma parceira em comum com todos os homens diagnosticados.

Maria (pseudônimo) uma mulher solitária, 50 anos, não têm filhos e nem marido, mora sozinha em um ambiente vulnerável, não trabalha, analfabeta, é alcoólatra e fumante. Muito agressiva e pouco receptiva aos profissionais de saúde, realizou a coleta sanguínea para a primeira amostra do exame sorológico de HIV, entretanto, não forneceu informações sobre sua vida pessoal.

Em diálogo com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área, descobriu-se que anos atrás, a mesma vivia como conjugue de um irmão, o qual tinha sido diagnosticado com AIDS e por muitos anos foi resistente a essa situação. Após o resultado do exame sorológico para HIV positivo, realizou-se diversas visitas domiciliares para repetir a segunda coleta da sorologia, realizar consulta compartilhada entre Médico e Enfermeiro e marcação de outros exames.

O “boato” se espalhou e muitos eram os homens que buscavam o serviço de saúde para realizar o teste rápido, entretanto, sabia-se que ainda existiam muitos outros que também tiveram relações sexuais com Maria e não procuraram o serviço.

É importante salientar que para o encaminhamento da paciente para o serviço de referência, que se localiza em Mossoró ou Natal, é necessário que o paciente leve todos os exames realizados, além da contagem dos linfócitos T-CD4+ e a Carga viral, entretanto, estes só são realizados uma vez por mês na cidade de Pau dos Ferros - RN. Realizou-se o agendamento dos mesmos por inúmeras vezes e Maria não comparecia, negava-se a receber a equipe, mudando-se para outro território.

Maria foi internada no Hospital Regional de Pau dos Ferros com uma crise hipertensiva, sendo transferida para o HRF em Mossoró, onde a mesma ficou internada por 90 dias. Durante este período, iniciou o tratamento para a HIV/AIDS, estava entrando em Insuficiência Cardíaca com severa cardiomegalia, na qual realizou Cateterismo de urgência. A mesma foi acompanhada pelo irmão o qual manteve contato direto com a equipe de saúde.

A paciente recebeu alta hospitalar e foi orientada a retornos mensais ao Hospital de Referência, podendo receber os medicamentos no SAE em Pau dos Ferros – RN. Retornou ao município, procurou a unidade de saúde e garantiu que estava realizando o tratamento corretamente, já que estava sob cuidados do irmão.

O município é responsável pela abordagem inicial do paciente, diagnóstico, encaminhamentos e acompanhamentos, entretanto, a distância entre os municípios e as referências consiste em uma barreira de acesso aos pacientes aderirem e continuarem o tratamento. A medicação disponibilizada no SAE é um fator positivo, porém, o mesmo encontra-se inativo, com equipe insipiente.

A Rede de assistência da VI Região de Saúde não possui fluxograma definido e é comprometida decorrente da distância de seus municípios de referência (cidades polo), dificultando o acesso ao serviço, adesão ao tratamento e eficiência do mesmo. Não atingindo todos os objetivos do Programa Nacional devido aos entraves encontrados na região. Promover a adesão dos municípios ao Plano de Enfrentamento às DST/AIDS em cada região de saúde deverá ser uma meta prioritária da gestão estadual.

3.2 Práticas e saberes

Uma das várias funções da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é atender portadores de HIV/AIDS e outras DST's, possibilitando acolhimento adequado, diagnóstico precoce, aconselhamento para realização de testes, tratamento, educação em saúde para promoção e prevenção e encaminhamento para outros níveis de atenção (BRASIL, 2006). Sendo os principais profissionais capazes de identificar a população mais vulnerável e realizar a manutenção da rede de referência e contra-referência.

Uma boa assistência pode melhorar, em muito, a qualidade de vida das pessoas com HIV. A assistência de qualidade também envolve o apoio prático, emocional e espiritual às pessoas HIV-positivas, assim como àquelas que as cuidam, suas famílias, comunidade. A complexidade exigida no atendimento aos indivíduos soropositivos para o HIV requer a

articulação dos vários serviços do SUS no desenvolvimento de um trabalho integrado por um sistema de referência e contra-referência (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2002).

No que diz respeito ao caso, sabe-se que a equipe da ESF de José da Penha/RN enfrenta grandes dificuldades no manejo desses pacientes, o sucateamento dos serviços de saúde impedem que os profissionais prestem uma assistência de qualidade, já que os mesmos não tem capacitação suficiente, trabalham com números reduzidos de profissionais e insuficiência de recursos, não conseguem e/ou reconhecem a importância das questões éticas que permeiam este contexto, não conseguindo preservar o paciente.

Dessa forma, percebe-se que há também uma necessidade de inserção profissional em um processo contínuo de ensino-aprendizagem, para assim qualificar a prática profissional e (re) direcionar os conhecimentos construídos a sua aplicabilidade no âmbito do trabalho (ANDRADE, et al, 2016; CECCIM, 2005).

De maneira transversal as dificuldades de logísticas enfrentadas pelos profissionais nos serviços de saúde, há também as questões pessoais dos trabalhadores, que devem deixar de lado todas as suas crenças, estigmas e preconceitos para realizar uma assistência de qualidade, entretanto, sabe-se que é muito difícil a separação da habilidade técnica da subjetividade do indivíduo, já que ambas são intrínsecas a identidade do ser (MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2009).

Outro aspecto que é interessante ressaltar é a racionalidade clínica que guia os profissionais de saúde, oriunda de estudos do normal e do patológico, onde se estabelece médias e padrões de comportamento, os quais são esperados e almejados para a manutenção da saúde dos indivíduos. Generalizando as pessoas, criando padrões e contribuindo com a desvalorização social daqueles que não se encaixem no modelo dominante, fortalecendo os estigmas e o preconceito (CANGUILHEM, 2009).

As relações estabelecidas com os usuários também interferem na qualidade da assistência prestada, o percurso que esta assume é dependente de diversos fatores, principalmente, da conduta e do manejo que os profissionais de saúde assumem frente o adoecimento e tratamento do outro, o suporte psicológico e o estabelecimento de vínculo e confiança contribuem para o enfrentamento do HIV/AIDS de forma mais saudável (MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2009).

Entretanto, ainda temos uma população que ainda tem ideias errôneas sobre a doença e um olhar preconceituoso com os pacientes infectados. O estigma da AIDS despersonaliza e descaracteriza o indivíduo, o qual necessita de uma atenção integral, não se remetendo apenas ao lado biológico, mas também as questões afetivas e sociais, pois as dificuldades e o

preconceito enfrentados pelo paciente são inúmeros. Por isso, a equipe de saúde muitas vezes é considerada como a referência e apoio destes usuários (GOFFMAN, 1891; RIBEIRO, 2005).

Por isso é importante reconhecer as necessidades do paciente, dar autonomia e espaço para o diálogo, além de valorizar seus saberes prévios, buscando a superação do biologicismo e do autoritarismo do “doutor”, buscando construir métodos educativos horizontais que ajudam na discussão de novos saberes e supera incompreensões e mal-entendidos existentes na sociedade e em sua relação com os serviços de saúde (FALKENBERG et al, 2014; VASCONCELOS, 2004).

Neste contexto, os profissionais de saúde assumem um papel fundamental no cuidado a estes pacientes, desconstruindo crenças e estigmas, fortalecendo vínculos, admitindo o papel de condutor do processo de saúde-doença daquele sujeito não desconsiderando os saberes do mesmo, contribuindo assim com um modelo de saúde mais inclusivo e holístico, capaz de quebrar tabus e construir novas crenças, menos marginalizantes (PEREIRA et al, 2015).

Assim, garantir uma atenção a saúde de maneira integral é uma tarefa difícil e dependente de vários fatores diferentes, como: a organização da rede de saúde, a qualificação profissional, a racionalidade clínica, as subjetividades dos sujeitos envolvidos, a intersetorialidade das ações necessárias, os diversos interesses dos sujeitos, entre outros. Contexto este que é potencializado em casos de grande complexidade, como os de HIV/AIDS, que além de envolvê-los ainda enfrenta uma grande carga de preconceitos, marginalizando esta classe da sociedade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico mais acessível e prático do HIV/AIDS na atenção básica, facilitou a abordagem precoce dos pacientes e subsidia o cuidado dos mesmos, entretanto, na prática encontra profissionais despreparados para encarar a nova situação em saúde, que usa de sua racionalidade clínica para manter a distância dos usuários e justificar a falta de empenho na resolução dos problemas, refletindo diretamente na qualidade da assistência.

Algumas regiões do país, mais especificamente, VI Região de Saúde/RN, são dependentes dos centros de referência localizados nas grandes cidades, as quais devem ser organizadas para garantir o acesso dos pacientes aos serviços em sua região. A Rede de Atenção é complexa, devido não existir uma organização da linha do cuidado ao agravo, não garantindo que o paciente permeie por ela com tranquilidade e resolutividade.

Outrossim, a estigmatização e marginalização destes pacientes ainda exerce muito poder na sociedade atual, atrapalhando o processo de aceitação e tratamento dos mesmos, os quais também se sentem “diferentes” e “discriminados”. Além de contribuir com a disseminação de informações erradas e fortalecimento do preconceito, o que compromete a adesão dos pacientes ao tratamento e sua relação com os serviços de saúde.

Os grandes desafios do enfrentamento do HIV/AIDS perpassam o limite de atuação dos serviços de saúde, sendo necessário o estabelecimento de parcerias e um serviço intersetorial, que conte com trabalhadores capacitados e conscientes do seu papel. A complexidade envolvendo o caso em questão desafiou toda a equipe de saúde, a qual foi envolvida e sensibilizada com o problema, buscando de todas as formas a resolução do caso.

Sugere-se sensibilizar a gestão municipal a aderir as pactuações municipais, de modo a melhorar a perspectiva de assistência na Atenção Básica principalmente para os municípios que recebem recurso do incentivo.

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. S. de et al. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Caderno de boas práticas em HIV/Aids na atenção básica**. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____.Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos síntese dos principais resultados**. Brasília: MS; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em:
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n.16, p.161-177, 2005.

DANTAS, A.; FEITOSA, L. da C. A efetividade do plano diretor de regionalização do sus no rio grande do norte. **Revista da ANPEGE**, v. 9, n. 11, p. 21-26, 2013.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FERRAZ, D. A. de S.; NEMES, M. I. B. Cogestão e prevenção das DST/Aids na atenção primária: contribuições desde o referencial dos direitos humanos e da vulnerabilidade. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 735-749, 2013.

FERREIRA, J.B.B. et al. The regulatory complex for healthcare from the perspective of its operational players. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.33, p.345-58, abr./jun. 2010.

GUERRA, D. M. Descentralização e regionalização da assistência à saúde do Estado de São Paulo: uma análise do índice de dependência. 2015 Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ed. 1891.

OLIVEIRA, R. G. et al. Organização da atenção. In: O. R. G. de (Org.) **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I.; ANDRADE, S. R. Políticas voltadas às DSTs/AIDS e sua integração político-assistencial no contexto do SUS: um estudo sobre o município de Florianópolis-SC. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 639-647, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 17, n.8, p: 2071 - 2085, 2012.

MONTEIRO, J. F. A.; FIGUEIREDO, M. A. C. Vivência profissional: subsídios à atuação em HIV/AIDS. **Paideia**. v. 19, n. 42, 2009.

PEREIRA, F. W. et al. Transformação das práticas profissionais de cuidado diante da AIDS: representações sociais dos profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 04, 2015.

RIBEIRO, C.G.; CASTANHA, A.R.; COUTINHO, M.P.L.; SALDANHA, A.A.W. A AIDS e suas contradições: representações sociais de seu atendimento e tratamento pelos profissionais e pacientes. **DST – J bras Doenças Sex Transm**. v. 17, n.2, p. 127-132, 2005.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. F. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc.**, v.24, n.2, 2015.

SILVA, L. M. S. et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. **Epidemiologia e serviços de Saúde**, v. 14, n. 2, p. 97-104, 2005.

SOUZA, A. B. G.; CHAVES, L. D.; SILVA, M.C. M. **Enfermagem em clínica médica e cirúrgica**. 1ed, v. 04. São Paulo: Martinari, 2015.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: De uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativas das políticas de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 01, p. 67-83, 2004.