

## O CUIDADO À PESSOA QUE VIVE COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Aline Daiane Colaço<sup>1</sup> 

Betina Hörner Schindwein Meirelles<sup>2</sup> 

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann<sup>2</sup> 

Mariana Vieira Villarinho<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

<sup>3</sup>Secretaria Estadual da Administração de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** compreender o processo de cuidado à pessoa com HIV/aids na Atenção Primária à Saúde de uma capital do sul do Brasil.

**Método:** pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada nos Centros de Saúde desta cidade, no período de março a agosto de 2015. Participaram 16 enfermeiros através da realização de entrevistas semiestruturadas, que foram organizadas e codificadas com o auxílio do *software* QSR Nvivo®, versão 10. Após, procedeu-se a análise dos dados por meio da análise comparativa.

**Resultados:** os resultados foram descritos em duas categorias: “O encontro intersubjetivo frente à vulnerabilidade pelo HIV/aids”, e, “Acolhendo necessidades e formulando ações frente à realidade”. Através destas categorias se evidenciaram as potencialidades e fragilidades, como: acolhimento, longitudinalidade do cuidado, busca ativa, visita domiciliar, vínculo e, em contrapartida, falta de um fluxo formal de atendimento às pessoas que vivem com HIV/aids, inexistência de uma linha de cuidado em HIV/aids e atenção médico/centrada.

**Conclusão:** verificou-se a necessidade de implantar o manejo do HIV/aids na Atenção Primária, bem como superar as fragilidades nessa atenção com o auxílio da implementação de um fluxo de atendimento formal, firmando processos gerenciais e educação permanente dos profissionais. Logo, ampliando e qualificando a atenção em HIV/aids, com importantes contribuições do enfermeiro na perspectiva da integralidade do cuidado no processo de viver com HIV/aids.

**DESCRITORES:** Síndrome de imunodeficiência adquirida. Atenção primária à saúde. Assistência de enfermagem. Integralidade em saúde. Humanização da assistência.

**COMO CITAR:** Colaço AD, Meirelles BHS, Heidemann ITSB, Villarinho MV. O cuidado à pessoa que vive com HIV/AIDS na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso ANO MÊS DIA]; 28:e20170339. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0339>

# CARE FOR THE PERSON WHO LIVES WITH HIV/AIDS IN PRIMARY HEALTH CARE

## ABSTRACT

**Objective:** to understand the process of caring for the person with HIV/AIDS in the Primary Health Care of a capital in southern Brazil.

**Method:** qualitative, exploratory and descriptive research, carried out in the Health Centers of this city, from March to August 2015. Sixteen nurses participated through semi-structured interviews, which were organized and codified with the help of the software QSR Nvivo®, version 10. Afterwards, the data were analyzed through comparative analysis.

**Results:** results were described in two categories: "The inter-subjective encounter given the vulnerability to HIV/AIDS", and, "Accepting needs and formulating actions given the reality". Potentialities and weaknesses were evidenced through these categories, such as: reception, long-term care, active search, home visits, and, in return, lacking a formal flow of care for people living with HIV/AIDS, lack of HIV/AIDS line of care and medical/centered care.

**Conclusion:** the need to implement HIV/AIDS management in primary care was verified, as well as to overcome the fragilities in this care with the aid of implementing a formal care flow, establishing managerial processes and permanent education for the professionals. Then, expanding and qualifying care in HIV/AIDS, with important contributions of the nurse in the perspective of integral care in the process of living with HIV/AIDS.

**DESCRIPTORS:** Acquired immunodeficiency syndrome. Primary health care. Nursing care. Integrality in health. Humanization of assistance.

# EL CUIDADO DE PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL HIV/SIDA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

## RESUMEN

**Objetivo:** comprender el proceso de cuidado de personas con HIV/SIDA en la Atención Primaria de la Salud de una capital del sur de Brasil.

**Método:** investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, realizada en los Centros de Salud de esta ciudad, en el período de marzo a agosto de 2015. Participaron 16 enfermeros a través de la realización de entrevistas semiestructuradas, que se organizaron y agruparon con la ayuda del *software* QSR Nvivo®, versión 10. Luego se procedió al análisis de datos por medio del análisis comparativo.

**Resultados:** los resultados se describieron en dos categorías: "El encuentro intersubjetivo ante la vulnerabilidad por el HIV/SIDA", y "Recolectando las necesidades y formulando acciones ante la realidad". A través de estas categorías se pudieron evidenciar las potencialidades y debilidades, como: acogida, longitudinalidad del cuidado, búsqueda activa, visita domiciliaria, vínculo y, en contrapartida, falta de un movimiento formal de atención a las personas que conviven con el HIV/SIDA, inexistencia de una línea de cuidado del HIV/SIDA y atención médica enfocada.

**Conclusión:** se pudo comprobar la necesidad de implementar una gestión en relación al HIV/SIDA en la Atención Primaria, así como superar las debilidades en esta atención con la ayuda de la implementación de un flujo de atención formal, reafirmando los procesos gerenciales y de educación continua de los profesionales. Luego, ampliar y calificar la atención en HIV/SIDA con importantes contribuciones del enfermero en la perspectiva de la integralidad del cuidado en el proceso del convivir con el HIV/SIDA.

**DESCRIPTORES:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Atención primaria de la salud. Integralidad en salud. Humanización de la atención. Atención de enfermería.

## INTRODUÇÃO

Desde o aparecimento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na década de 1980, milhares de pessoas ainda são infectadas todo ano por este agente. No Brasil, desde o início da epidemia foram registrados 798.366 casos de aids, sendo esta a causa básica de 290.929 óbitos.<sup>1</sup>

Nos últimos anos, o país vem apresentando taxas de notificação de prevalência e incidência estáveis. Sendo assim, a doença assumiu características de uma condição crônica, com um controle terapêutico facilitado e mais acessível às Pessoas que Vivem com HIV/aids (PVHA).<sup>2</sup> E como tal, o cuidado em HIV/aids passou a requerer um olhar diferenciado para a questão, suscitando uma abordagem integral, de coordenação de serviços e de enfoque na Atenção Primária à Saúde (APS).<sup>3</sup>

Nesse sentido, o Ministério da Saúde do Brasil se volta para a importância e discute essa nova conjuntura. Inclusive, lançou um manual para implementação do manejo da infecção pelo HIV na APS e tem promovido a divulgação de práticas exitosas de manejo da doença no nível primário, apontando para uma mudança no modelo de atenção que, até então, é centrado nos Serviços de Atenção Especializada (SAE).<sup>4-5</sup>

Os estudos conduzidos em HIV/aids no âmbito da APS ainda são incipientes. De qualquer forma, eles já evidenciam que essa reorganização do modelo de atenção promove a ampliação do diagnóstico precoce, a melhora da acessibilidade ao tratamento, a condução de estratégias de retenção das PVHA nos serviços por meio da longitudinalidade e territorialidade, e, a integralidade no cuidado em HIV/aids.<sup>3,6-7</sup>

Embora existam significativas potencialidades que apontem para a reorganização do modelo de atenção em HIV/aids, há dificuldades tocantes na instrumentalização dessa proposta, como: o nível de formação dos profissionais no campo do HIV/aids; o risco de ruptura da confidencialidade; e, os problemas gerenciais da APS, a saber: excesso de demanda, déficit de recursos humanos e dificuldades de articulação na Rede de Atenção.<sup>2</sup>

A fim de elucidar como o cuidado às PVHA acontece na realidade da APS, em suas potencialidades e fragilidades, bem como, problematizar caminhos para uma mudança positiva, buscou-se investigar a temática a partir da ótica dos enfermeiros que atuam na rede de APS de uma capital do sul do Brasil, considerada a capital brasileira com melhor desempenho no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).<sup>8</sup>

Sendo assim, esta pesquisa teve por objetivo compreender o processo de cuidado às Pessoas que Vivem com HIV/aids, na Atenção Primária à Saúde de uma capital do sul do Brasil.

## MÉTODO

Trata-se de uma investigação de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, realizada nos Centros de Saúde de uma capital do sul do Brasil. Esta cidade é composta por uma população estimada de 477.798 habitantes, com taxa de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,847 e situação sociodemográfica semelhante a países desenvolvidos, onde o envelhecimento da população é acelerado e ocorre uma baixa taxa de fecundidade.<sup>9-10</sup>

O município conta com uma rede de APS organizada atualmente em quatro distritos sanitários: Norte, Sul, Continente e Centro. Além disso, a rede de APS conta com 49 Centros de Saúde que atuam na modalidade da Estratégia da Saúde da Família (ESF), duas Unidades de Pronto Atendimento, quatro policlínicas, um Centro de Atenção Psicossocial, dois Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e drogas (CAPSad) e um Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi).<sup>11</sup>

No que tange à atenção em HIV/aids, o município conta com dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), duas Policlínicas com atendimento especializado à PVHA e suas respectivas Unidades de Dispensadoras de Medicamentos (DUM). Além disso, todas os Centros de Saúde do município devem realizar ações de diagnóstico precoce, aconselhamento e manejo da infecção

pelo HIV/aids, de forma compartilhada com os serviços especializados.<sup>10,12</sup> Foram enfermeiros que atuavam nos cinco Centros de Saúde, estes escolhidos para esta pesquisa por serem o maior (em número de equipes da ESF) de cada distrito, dos cinco em que o município estava dividido na ocasião.

Os participantes foram selecionados levando-se em consideração os critérios de inclusão propostos para o estudo: possuir seis meses de experiência à data de coleta dos dados na atuação como enfermeiro assistencial, e/ou coordenador de Centro de Saúde ou residente de enfermagem em Saúde da Família; e, o de exclusão: enfermeiros que não estão desenvolvendo suas atividades regularmente no Centro de Saúde por um período superior a dois meses à data de coleta dos dados, em decorrência de afastamentos de qualquer natureza. Portanto, a população elegível para esse estudo foi de 25 enfermeiros. Registra-se que o projeto cumpre os preceitos éticos previstos pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram coletados no período de março a agosto de 2015 através de entrevistas semiestruturadas que abordaram questões temáticas, como: o cuidado às PVHA na APS; o matriciamento entre SAE e APS; o processo de referenciamento e contrarreferenciamento; e, a integralidade no cuidado à PVHA na APS. Utilizou-se de instrumento avaliado previamente junto a um profissional que cumpria com os critérios desta pesquisa.

Os encontros para coleta de dados se realizaram no local de trabalho dos profissionais, tiveram duração média de 30 minutos e foram gravados em áudio e posteriormente transcritos, na íntegra, no programa de edição de textos *Microsoft Word*<sup>®</sup> versão 2010.

O número de participantes foi estabelecido a partir do critério de saturação empírica. A fim de transparecer o momento de evidência da saturação das entrevistas se valeu da estratégia de tratamento dos dados que permite a constatação da saturação das fontes. Essa proposta se desenvolve através de oito passos. Durante a realização deste estudo, omitiu-se a etapa correspondente à compilação das análises individuais, uma vez que não se aplica a este estudo.<sup>13</sup>

Nessa estratégia os autores orientam que a saturação deve ser considerada somente após a consecução de três entrevistas sem evidência de novos enunciados.<sup>13</sup> Sendo assim, após a aplicação do método, evidenciou-se que a saturação de dados ocorreu na 16ª entrevista, e já com o desenvolvimento o desenvolvimento de 63 diferentes enunciados, conforme se verifica no Quadro 1.

**Quadro 1** – Distribuição da frequência dos enunciados nas entrevistas realizadas. Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

<b>Ordem da entrevista</b>	<b>Novos enunciados</b>	<b>Enunciados reproduzidos</b>
1ª entrevista	29	0
2ª entrevista	5	24
3ª entrevista	7	31
4ª entrevista	1	27
5ª entrevista	11	29
6ª entrevista	3	31
7ª entrevista	2	27
8ª entrevista	0	25
9ª entrevista	0	38
10ª entrevista	2	27
11ª entrevista	2	30
12ª entrevista	0	38
13ª entrevista	1	32
14ª entrevista	0	26
15ª entrevista	0	23
16ª entrevista	0	16
<b>Total de enunciados novos e reproduzidos</b>	<b>63</b>	<b>424</b>

Para organização e codificação dos dados analisados foi utilizado o *software* de análise de dados qualitativos e mistos QSR Nvivo®, versão 10. Já para a análise dos dados coletados se aplicou a análise comparativa. Esse método sugere a condução de comparações não só de incidentes com a finalidade de classificá-los, mas comparações teóricas que visam estimular a reflexão sobre as propriedades e dimensões dos significados.<sup>14</sup>

Os participantes e suas falas foram identificados ao final de cada trecho correspondente com a letra “E” (entrevistado), seguido do número da ordem da entrevista, preservando assim, a confidencialidade dos participantes.

Como limitações, pontua-se a impossibilidade de realizar uma exploração em campo de toda a população elegível para o estudo, devido à exiguidade de tempo para a execução do mesmo. Além disso, cita-se também a não abordagem da perspectiva das PVHA, uma vez que, na inexistência de uma rede de atenção estruturada e do sigilo acerca dessa população, se tornou inviável a execução desta vertente.

## RESULTADOS

Dos 16 participantes desta pesquisa, dois atuavam como enfermeiros coordenadores do Centro de Saúde, uma como residente de enfermagem e os demais como enfermeiros assistenciais da ESF. O Quadro 2 traz outras informações referentes à caracterização dos entrevistados, como idade, sexo, tempo de atuação no cargo e o maior grau de formação complementar.

A análise das entrevistas realizadas originou duas categorias principais com suas respectivas unidades temáticas, que serão apresentadas a seguir: “O encontro intersubjetivo frente à vulnerabilidade pelo HIV/aids”, e, “Acolhendo necessidades e formulando ações frente à realidade”.

### O encontro intersubjetivo frente à vulnerabilidade pelo HIV/aids

A chegada das PVHAS na APS acontece de duas formas, seja buscando o diagnóstico e a atenção específica à infecção pelo HIV/aids, seja quando o diagnóstico já é conhecido pelo indivíduo e a sua procura pelo Centro de Saúde não tem relação direta com o quadro de infecção, mas sim,

**Quadro 2** – Caracterização dos participantes da pesquisa. Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Identificação	Sexo	Idade	Atuação no cargo	Especialização	Mestrado
E1	F	24 anos	1 ano	Não	Não
E2	F	54 anos	14 anos	Sim	Não
E3	F	31 anos	2 anos	Sim	Sim
E4	F	31 anos	1 ano	Sim	Sim
E5	F	41 anos	10 anos	Sim	Não
E6	F	31 anos	1 ano	Sim	Não
E7	F	35 anos	7 anos	Sim	Não
E8	M	43 anos	5 anos	Sim	Não
E9	F	43 anos	6 anos	Sim	Não
E10	F	24 anos	6 meses	Sim	Não
E11	M	27 anos	3 anos	Sim	Não
E12	F	52 anos	10 anos	Sim	Sim
E13	F	33 anos	1 ano	Sim	Não
E14	F	44 anos	13 anos	Sim	Não
E15	F	32 anos	3 anos	Não	Não
E16	F	32 anos	7 meses	Não	Não

outras necessidades em saúde: *as pessoas, elas chegam até a unidade de duas maneiras, assim: para o diagnóstico ou com o diagnóstico* (E03).

Destaca-se no discurso dos profissionais a característica da atenção em HIV/aids na APS, que se desenvolve por meio da demanda espontânea, e não através de ações programáticas que poderiam garantir o oferecimento de ações e serviços em saúde voltados para o adequado manejo das questões que envolvem o viver com HIV/aids.

AAPS pode ser um agente potencializador do diagnóstico precoce, uma vez que sua competência igualmente, é a realização de testes rápidos para a detecção de HIV, na perspectiva de ampliar o acesso ao diagnóstico. Por conseguinte, o diagnóstico precoce propicia também o tratamento no início da doença, essencial para o controle da infecção e para a promoção da qualidade de vida. Assim, faz-se necessário um projeto ampliado que dê suporte à qualificação do cuidado às PVHA na APS.

Na atenção em HIV/aids, a chegada do indivíduo para o diagnóstico ainda gera bastante ansiedade nos profissionais: *nem sempre é fácil dar uma má notícia. Ser o carregador de uma má notícia é cruel, às vezes. Então, eu tenho que estar bem* (E05).

Durante as entrevistas foi possível evidenciar que os enfermeiros percebem o momento da revelação do diagnóstico como uma ocasião geradora de grande ansiedade para ambos os sujeitos (profissional e PVHA), o que permite inferir que tal perspectiva tenha relação direta com o estigma que a doença ainda provoca e a necessidade de preparo do profissional para agir nesse momento.

O diagnóstico da soropositividade para o HIV é encarado como uma “sentença letal”, um momento de fragilização do usuário diante do impacto do diagnóstico. *Ainda têm muito estigma e preconceito: “eu tenho HIV, eu vou morrer?”. É taxado de morte. E aí isso gera muito medo nas pessoas* (E01).

Portanto, é comum o relato de medo e o desejo de manutenção do sigilo quanto ao diagnóstico. E esse sigilo leva muitas vezes o usuário a não buscar atendimento no Centro de Saúde mais próximo de sua casa: *então, têm muitos pacientes que não preferem vir na unidade de saúde, que preferem ir no infecto, que é mais longe da casa* (E06).

É de suma importância que o profissional adote uma atitude acolhedora diante do indivíduo, que demonstre empatia pelo sujeito e que estabeleça vínculo: *eu sei que eu vou dar uma má notícia que realmente vai mudar a vida daquela pessoa* (E05). *Então, ele precisa se sentir acolhido quando ele chegar na unidade. [...] Ele precisa ter o vínculo com a equipe* (E06).

Como ponto de partida para a implantação de um manejo eficaz das questões inerentes ao HIV/aids na APS, ressalta-se a importância do estabelecimento de um vínculo de confiança entre profissionais e usuários, que se intensifica, principalmente, no momento da revelação do diagnóstico.

Evidencia-se, diante disso, que o encontro entre profissional e PVHA é difícil para ambos, seja pelo impacto da doença ou pela própria capacidade pessoal/profissional de estabelecer uma comunicação terapêutica nessa situação. Portanto, a promoção de uma relação próxima e de confiança é essencial para a superação das fragilidades no processo de cuidar.

## **Acolhendo necessidades e formulando ações frente à realidade**

O discurso mais presente nas falas dos entrevistados foi a inexistência de um fluxo formal para o acompanhamento das PVHA na APS. *Não existe assim, um fluxo formal* (E12). *Cada caso é um caso. Não tem um cuidado específico. É centrado na pessoa mesmo* (E07).

Apesar da inexistência de um fluxo formal para o acompanhamento, a atuação dos profissionais demonstra um perfil de engajamento e proximidade com as PVHA, por meio das tecnologias de trabalho da APS. *Eu faço esse acompanhamento mais de perto, eu corro atrás... Eu marco retorno na unidade, faço visita domiciliar, ligo pra pessoa, peço auxílio dos demais membros, como os técnicos, enfim...* (E02).

Para instrumentalizar a pessoa assistida no seu autocuidado, os profissionais lançam mão das tecnologias de cuidado presentes na APS, como: a longitudinalidade, o vínculo, a consulta individual, a visita domiciliar (como estratégia de conhecimento da realidade do outro e a aproximação entre serviço de saúde e usuário), a busca ativa e a atenção multiprofissional.

Os profissionais da APS superam as dificuldades de não possuírem um fluxo formal de atendimento em HIV/aids ainda estabelecido, através da mobilização em prol e para a efetivação de um cuidado comprometido e resolutivo, fazendo uso das ferramentas que o seu processo de trabalho propicia.

Quanto às características dessa atenção, os enfermeiros destacaram as ações para sensibilização, orientações acerca da doença e seu enfrentamento, bem como acompanhamento da adesão terapêutica. *A gente faz esse trabalho mais no sentido de sensibilizar, orientar sobre a prevenção da contaminação, da vida em sociedade, de como encarar isso* (E02). *Assim, o que a gente faz mais é ver se o paciente aderiu ao tratamento* (E15).

Percebe-se no discurso dos enfermeiros um entrelaçamento das palavras “sensibilização” e “abordagem centrada na pessoa”, utilizando ambas as expressões para caracterizar um cuidado que vai muito além das ações de educação em saúde. Isto é, uma atenção singularizada e orientada para as questões biomédicas, psicossociais e culturais, além de uma atenção comprometida com aquele que a procura, com vínculo e corresponsabilização pelo cuidado.

Apesar das potencialidades presentes no processo de trabalho na APS, até então explicitadas, os enfermeiros relatam que o cuidado em HIV/aids se caracteriza ainda por uma atenção médico/centrada, com pouco reconhecimento do papel do enfermeiro: *passa mais pelo atendimento médico* (E09). *Existe o protocolo do Ministério sobre doença sexualmente transmissível, mas assim, eu não vejo muito a participação do enfermeiro, nem na realidade que a gente vivencia aqui* (E11).

Embora o enfermeiro seja o agente catalizador de uma atenção multiprofissional nos Centros de Saúde, bem como, tenha garantido seu espaço na condução de ações de diagnóstico do HIV, aconselhamento, acompanhamento, promoção e monitoramento da adesão à TARV, os entrevistados referem que se trata de uma atuação de baixa visibilidade, ou mais, de desconhecimento do real papel do enfermeiro frente às questões relacionadas ao HIV/aids.

Em suma, estes dados apontam que, embora existam protocolos e diretrizes ministeriais para atenção em HIV/aids na APS, inexistem um fluxo e uma sistematização do atendimento, levando o profissional a atender às necessidades/queixas/problema e desenvolver o seu cuidado com o que tem disponível, buscando garantir um cuidado de qualidade.

## DISCUSSÃO

O acesso das PVHA aos Centros de Saúde caracteriza um fluxo de atendimentos voltado à demanda espontânea, e não em ações programáticas que busquem ofertar e garantir serviços e ações em saúde, as quais propiciem um manejo adequado às necessidades individuais de cada PVHA.

Além disso, essa característica (demanda espontânea) pouco contribui para as atividades de sensibilização da comunidade, no tocante à prevenção do HIV/AIDS, ao diagnóstico precoce, ao estabelecimento de vínculo e empatia entre os profissionais do Centro de Saúde e a PVHA, à continuidade do cuidado e à promoção da adesão à TARV.

A falta de ações programáticas para a atenção em HIV/aids na APS tem relação direta ao fato de que, no Brasil, o cuidado à PVHA ainda permanece majoritariamente centralizado no SAE, portanto, as ações clínicas e os vínculos e empatia das PVHA estão associados às equipes do serviço secundário, e não à equipe da APS. Além disso, a lógica de atuação nesta é ainda muito voltada para os programas ministeriais, como: Hiperdia, Puericultura e Atenção à Saúde da Mulher. Aliado a isso, a APS não assumiu oficialmente um fluxo de atendimento às demandas da infecção

pelo HIV, contribuindo assim, para o não reconhecimento desse espaço com um receptor para as procuras relacionadas à infecção.

Entretanto, é essencial que a APS passe a ser encarada como um serviço responsável também pela atenção em HIV/aids, uma vez que, como principal porta de entrada do sistema de saúde, é o local onde ocorre o primeiro contato do usuário com o sistema, possuindo aspectos de acessibilidade geográfica, muitas vezes superior ao que os SAE podem oferecer. Portanto, é essencial que a APS aprimore seus mecanismos de acessibilidade organizacional, possibilitando a capacidade de produzir serviços e de responder às demandas de vida e saúde das PVHAS. Além disso, não deve se restringir sua ação ao espaço físico dos Centros de Saúde, mas ser capaz de identificar e intervir nos obstáculos que dificultam ou facilitam o acesso da população a estes ambientes.<sup>15</sup>

Deve-se, todavia, considerar a perspectiva da coordenação do cuidado e articulação dos serviços a fim de aprimorar a acessibilidade do indivíduo aos diversos espaços de produção de saúde, de modo que todos estejam voltados ao alcance de um objetivo comum, que é responder às necessidades de saúde da pessoa de forma integrada, por meio de uma rede de serviços eficiente.<sup>15</sup> E esse tópico ganha especial atenção no cuidado em HIV/aids, pois se vive ainda um modelo de transição onde, na maioria das cidades brasileiras, a atenção em HIV/aids se concentra nos SAE, componente da média complexidade em saúde. Além do fato de que, por se tratar de uma doença crônica com uma terapêutica complexa e contínua, invariavelmente este usuário necessitará, em algum momento de sua vida, acessar diferentes profissionais e suas respectivas especialidades, bem como, diferentes locais de prestação de serviços de saúde.

Desde o surgimento da epidemia da aids ocorreu uma forte associação da doença aos ditos grupos de risco (usuários de drogas injetáveis, homossexuais e profissionais do sexo) e aos comportamentos desviantes, como a promiscuidade.<sup>16</sup> Além disso, o medo do contágio, associado ao desconhecimento dos mecanismos de transmissão do vírus suscitavam e ainda suscitam forte discriminação, o que desafia o cotidiano das PVHA.<sup>17</sup>

Portanto, o momento do diagnóstico é encarado como uma experiência de grande incerteza e insegurança pelo porvir, até mesmo de grande trauma.<sup>18-19</sup> Embora a infecção pelo HIV/aids, quando bem gerenciada, apresente ótimas perspectivas de qualidade de vida e muitos anos de sobrevida, diferente do que aconteceu no início da epidemia, permanece um diagnóstico irreversível e estigmatizante.<sup>20</sup> Os profissionais se percebem vulneráveis diante dessa situação e expressam a necessidade de preparo emocional para conduzir o momento da revelação da soropositividade, ou ainda, da revelação da má notícia. Isto é, os profissionais se sentem inaptos e/ou despreparados para a condução deste momento porque identificam sua vulnerabilidade emocional e técnica diante da situação.

A revelação do diagnóstico positivo para o HIV é considerado uma comunicação de más notícias, uma vez que se caracteriza por uma ação geradora de *stress* e ansiedade para os sujeitos envolvidos, sejam eles pacientes, familiares e profissionais. Sua revelação, no entanto, embora seja uma tarefa complexa e difícil, reduz a incerteza e constitui-se em ajuda fundamental para a aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento.<sup>21</sup> Um profissional preparado para o momento da má notícia é capaz de exprimir uma atitude acolhedora. Acolhimento esse, essencial para a construção de um cuidado integral e para concretização de relações humanizadoras entre os sujeitos envolvidos no processo.<sup>22</sup> Igualmente, é necessário que as instituições de formação fomentem as competências comunicacionais em saúde através de ferramentas educacionais.

Outro atributo da APS que se destaca a partir da reflexão do discurso dos profissionais é a longitudinalidade do cuidado. Essa ferramenta compreende uma fonte regular de prestação e serviços de saúde, acompanhando o indivíduo no seu processo de vida, onde profissional e usuário são capazes de manter uma relação de empatia e cujo vínculo permanece, com vistas ao reconhecimento preciso



dos aspectos de vida que interferem na condição de saúde do indivíduo.<sup>15</sup> Sendo assim, é necessário que a equipe de saúde da APS compartilhe do cuidado a PVHA tendo o SAE como referência para atenção às questões mais complexas que envolvem a infecção pelo HIV e sua terapêutica.

Como parte ainda da longitudinalidade, o acolhimento é citado como uma ferramenta essencial para o estabelecimento do vínculo entre profissional, serviço de saúde e usuário, facilitando assim o estabelecimento de uma relação de continuidade entre os agentes. Vale salientar que o mesmo não significa um único momento ou uma estratégia isolada, ou seja, a ação de recepção ao usuário na sua chegada ao Centro de Saúde.<sup>15</sup> O acolhimento é uma atitude que ocorre em todo e qualquer contato entre profissional e usuário, e como tal promove o estabelecimento de uma relação de confiança entre seus personagens, onde as PVHA parecem lidar melhor com o sofrimento psíquico do diagnóstico, expressam seus sentimentos e angústias, superam dificuldades de revelação do diagnóstico, e mostram-se abertas às ações de informação em saúde.<sup>23</sup> Portanto, infere-se que o acolhimento do indivíduo pode-se refletir na aceitação da nova condição, na adesão ao tratamento e na prevenção da transmissão do HIV.

A atenção integral das pessoas com HIV/aids na APS deve promover, sobretudo, o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário, bem como, a corresponsabilização através da escuta e análise (cuidar não tecnológico).

A relação de empatia e confiança estabelecida entre profissional e usuário tem se mostrado como uma ferramenta importante na abordagem das questões de confidencialidade, privacidade e sigilo do diagnóstico do HIV/aids. Sendo o acolhimento um momento ímpar para a definição do manuseio das informações privadas, em pactuação entre sujeito assistido e profissional da saúde.<sup>24</sup>

O sigilo se torna um tópico de extrema importância no campo do HIV/aids, principalmente quando sob a ótica do cuidado na APS, porque interfere diretamente na atenção longitudinal conduzida pelas profissionais da ESF e reduz a busca dos usuários por outros serviços de saúde distante da sua residência, devido ao medo da quebra do sigilo.<sup>24</sup>

Neste sentido, um estudo conduzido com profissionais de saúde no âmbito da APS mostrou que tanto o sigilo quanto a confidencialidade ganham novos contornos quando se trata de uma equipe multiprofissional, principalmente por incluir Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que além de atuarem nos serviços de saúde também são moradores do local onde residem as PVHA atendidas.<sup>25</sup> Mesmo passado mais de 15 anos desde a realização desse estudo, as questões referentes ao sigilo do diagnóstico ainda são tabus a serem trabalhados por profissionais e usuários a fim de que a APS seja reconhecida como um espaço acolhedor, resolutivo e eficiente para encaminhar as questões relacionadas ao viver com HIV/aids.

Portanto, é indispensável que os profissionais abordem a dinâmica de trabalho na APS junto às PVHA atendidas por aquela equipe e explicitem a relevância da revelação do diagnóstico para os demais profissionais que os acompanham, mas sempre com respeito à autonomia de decisão do usuário e firmando pactos de confidencialidade.

Outro fator de destaque nas falas dos enfermeiros foi a importância da abordagem centrada na pessoa e nas suas necessidades, onde demonstram negar a sumarização do encontro entre sujeitos (profissional e PVHA) a uma tecnologia de cuidado (a consulta) com objetivos claros e ações pré-determinadas, o que caracteriza um dos sentidos da integralidade.<sup>26</sup>

A integralidade do cuidado prevê, dentre suas proposições, a redefinição do modo de cuidar, em que se prioriza o estabelecimento do vínculo, do acolhimento e da autonomia dos sujeitos, valorizando suas singularidades e subjetividades, e, sobretudo, construindo possibilidades de cuidado centrado no usuário e suas necessidades. Exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, ainda hoje caracterizados pela descontinuidade assistencial.<sup>15</sup>

Outro ponto de destaque na fala dos enfermeiros é a palavra “sensibilização”. A sensibilização é entendida como uma estratégia de comunicação que envolve a informação e orientação em saúde relacionada à complexidade e à especificidade de cada caso, ou seja, que envolve o encontro intersubjetivo e o relacionamento interpessoal entre dois sujeitos. Dessa forma, os conhecimentos do campo específico do HIV/aids e os conteúdos trabalhados em um atendimento são apenas um guia para a ação, flexíveis a cada contexto de vida em que são aplicados.<sup>27</sup> Então, a sensibilização é um instrumento de ajuda/proveito/utilidade para a PVHA, ou ainda, é o modo de fornecer ferramentas para que o outro (o usuário) possa se ajudar.

Outro ponto de discussão diz respeito à atuação do enfermeiro quanto à atenção em HIV/aids, na perspectiva da APS. A representação social do papel da enfermagem nas ações de saúde é codificada através do trabalho técnico operacional (por meio da execução de procedimentos e técnicas), o trabalho humanístico, e, o trabalho gerencial.<sup>28</sup> Sendo que este último, muitas vezes, prevalece sobre as demais ações no processo de trabalho do enfermeiro.

Ainda, tendo-se em vista esses três significados dados ao trabalho da enfermagem, destaca-se a perspectiva subjetiva da atuação do enfermeiro nas questões da infecção pelo HIV, uma vez que se insere no acolhimento do usuário, na escuta qualificada, na empatia e no vínculo. Isso porque, mesmo se tratando de uma patologia que possui terapêutica biomédica viável, ainda não há cura, bem como, demanda grande mobilização de aspectos afetivos e emocionais, uma vez que o seu diagnóstico repercute sensivelmente em questões de estigma e preconceito.<sup>28</sup>

Viver sob um paradigma cultural medicalizante e altamente tecnológico faz com que os próprios enfermeiros percebam o cuidar tecnológico (ou o trabalho técnico operacional) como seu objeto de trabalho e não mais a complexidade do processo de viver humano (o trabalho humanístico).<sup>29</sup> Além disso, a enfermagem tem baixa visibilidade profissional, pouco reconhecimento da sua cientificidade e autonomia, e sua imagem está altamente atrelada à sua trajetória histórica.<sup>30</sup> Em consequência, os próprios enfermeiros tendem a reproduzir uma visão do senso coletivo, de que o seu trabalho é considerado invisível, como foi evidenciado nas falas.

Frente a isso, assume-se que é de grande importância que se promova a compreensão do trabalho da enfermagem como uma atividade de simultânea assimilação. Isto é, que a atuação do enfermeiro no campo de HIV/aids se concretize através da compreensão de que ele lida com a dor, o sofrimento, a vida e a morte do ser humano, e que portanto, as tecnologias de cuidado existem em razão deste, o humano, e não devem suprimir nem sobrepujar a perspectiva subjetiva da atuação do enfermeiro.<sup>28-29</sup> Logo, o enfermeiro é sim um agente transformador e imprescindível ao cuidado, que usa a cientificidade na sua prática cotidiana e que deve desenvolver sua autoridade profissional de forma autônoma.

Outro fator a ser analisado é que o desconhecimento do papel do enfermeiro, citado pelos entrevistados, pode ainda estar relacionado ao conhecimento técnico que estes detêm acerca do HIV/aids e a terapêutica envolvida no processo. Portanto, ações que busquem promover a formação desses profissionais para atuar no cuidado em HIV/aids e na reflexão acerca das propriedades que constroem essa atenção podem contribuir para a visibilidade do papel da enfermagem e, até mesmo, para a motivação profissional dos enfermeiros.

## CONCLUSÃO

Diante do objetivo proposto para o estudo, compreender o processo de cuidado em HIV/aids na APS, este estudo revelou que os enfermeiros que atuam nos Centros de Saúde se sentem despreparados para a abordagem da PVHA e suas questões de vida e saúde, principalmente no que diz respeito ao momento da revelação do diagnóstico. Ou seja, percebem um cuidado desenvolvido na perspectiva médico/centrada, associado ao fato de que caracterizam suas ações como de baixa

visibilidade. Portanto, este dado alerta para a importância da reflexão acerca da formação dos enfermeiros e as estratégias de educação continuada que busquem preparar este profissional de forma adequada para que possa usufruir de todas as possibilidades de cuidado em HIV/aids, e por consequência, propiciando um cuidado mais seguro e de qualidade.

Outro item a ser destacado refere-se a implementação de fluxos de atendimento em HIV/aids na APS. A APS não assumiu ainda oficialmente um fluxo de atenção e manejo das questões da infecção pelo HIV, de forma que o cuidado ainda permanece centrado nos serviços de média complexidade, o que contribui para o não reconhecimento dos Centros de Saúde como um ambiente receptor às necessidades de cuidado das PVHA. Essa evidência vai de encontro a tendência atual do Ministério da Saúde do Brasil, que busca implementar Linhas de Cuidado nos mais diversos campos de atenção em saúde.

Além disso, é necessário ressaltar que as fragilidades destacadas ao longo do texto evidenciam que não se trata de uma problemática exclusiva à atenção em HIV/aids na perspectiva da APS, mais sim concernente a outras áreas programáticas, como o Hiperdia, a Atenção a Saúde da Mulher e da Criança, entre outros programas. Logo, entende-se que desde a ampliação e reformulação da APS ainda enfrentamos obstáculos que prejudicam a implantação da Política Nacional da Atenção Básica em sua totalidade, gerando impacto direto na qualidade dos serviços prestados, no processo de trabalho e motivação dos profissionais da APS, e consequentemente, no status de saúde da população atendida.

Sugere-se que novas pesquisas possam ser conduzidas, problematizando a questão da implementação do manejo da aids centrado na APS, uma vez que tal perspectiva ainda é representada de forma incipiente na literatura, além disso, buscar a perspectiva das PVHA acerca do manejo da infecção pelo HIV/aids na APS e a reflexão e publicidade de práticas exitosas no cuidado em HIV/aids neste nível de atenção.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV-Aids. Brasília (BR): MS; 2015.
2. López AO, Asencio JMM, Díaz CR, Cárdenas EMP, Rodríguez MJG, De la Sierra RP. Incremento de la participación de Atención Primaria en la asistencia al virus de la inmunodeficiencia humana: opinan los profesionales de las unidades hospitalarias. *Aten Primaria* [Internet]. 2014 Abr [acesso 2015 Dez 17];46(4):204-13. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.09.006>
3. Organização Mundial da Saúde. HIV Programme: Achieving our goals. Operational plan 2014-2015. Paris: OMS; 2014.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica. Brasília (BR): MS;2014.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Cinco passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica. Brasília (BR): MS;2014.
6. Zambenedetti G, da Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 02];26(3):785-806. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000300005>
7. Higa DH, Marks G, Crepaz N, Liao A, Lyles CM. Interventions to Improve Retention in HIV Primary Care: A Systematic Review of U.S. Studies. *Curr HIV/AIDS Rep* [Internet]. 2012 Set [acesso 2015 Fev 20]; 9(4):313-25. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007/s11904-012-0136-6>

8. Prefeitura Municipal de Florianópolis [Internet]. Capital é a melhor do país em atenção básica à saúde: Ministério da Saúde certifica 90% das equipes de Saúde da Família como acima ou muito acima da média no PMAQ. Florianópolis (SC): PMF; 2014 [acesso 2015 Out 22]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina&noti=12986>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades: Santa Catarina, Florianópolis [Internet]; 2017 [acesso 2017 Ago 29]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=420540&search=santa-catarina|florianopolis|infograficos:-historico>
10. Colaço AD. A integralidade no cuidado à pessoa com HIV/aids na Atenção Básica à Saúde: a percepção dos enfermeiros [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2016.
11. Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Divisão dos Distritos Sanitários por Centros de Saúde no Município de Florianópolis; 2013 [acesso 2017 Ago 29]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>
12. Prefeitura Municipal de Florianópolis – PMF. Perfil epidemiológico da aids em Florianópolis: analisando a epidemia até o ano de 2010 [Internet]. 2012 Set [acesso 2017 Ago 29]. Disponível em: [http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05\\_12\\_2012\\_10.56.17.511309a742d7242fe1b2ce1aee1a5f0e.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_12_2012_10.56.17.511309a742d7242fe1b2ce1aee1a5f0e.pdf)
13. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saude Publica* [Internet]. 2011 Fev [acesso 2014 Jun 06]; 7(2):388-94. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
14. Corbin J, Strauss AB. *Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Califórnia, US: SAGE; 2015.
15. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 Set [acesso 2017 Ago 31];66(esp):158-64. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
16. Villarinho MV, Padilha MI. Sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente à epidemia da aids (1986-2006). *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Mai 09]; 25(1):327-45. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000010013>
17. Antunes L, Camargo VB, Bousfield ABS. Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicol. teor. prá* [Internet]. 2014 Set-Dez [acesso 2017 Set 02];16(3):43-57. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n3p43-57>
18. Maliska ICA, Padilha MI, Andrade SR. AIDS e as primeiras respostas voltadas para a epidemia: contribuições dos profissionais de saúde. *Rev. Enferm. Uerj* [Internet]. 2015 Jan [acesso 2015 Out 29]; 23(1):15-20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.4295>
19. Renestol HMF, Falbo AR, Souza E, Vasconcelos MG. Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Set 02];48(1):36-42. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048003186>
20. Zambenedetti G, da Silva RAN. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. *Estudos de Psicologia* [Internet]. 2015 Out-Dez [acesso 2017 Set 02];20(4):229-40. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20150024>
21. Massignani LRM, Rabuske MM, Backes MS, Crepaldi MA. Comunicação de diagnóstico de soropositividade HIV e aids por profissionais de saúde. *Psicol. Argum.* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Set 02];32(79):65-75. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7213/psicol..argum.32.s02.AO06>

22. Paschoal EP, Espírito Santo CC, Gomes AMT, dos Santos EI, de Oliveira DC, de Pontes APM. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Esc. Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2014 Jan-Mar [acesso 2017 Set 02]; 18(1):32-40. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140005>
23. Moreno DMFC, REIS AOA. Revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento: a versão do usuário. *Temas Psicol* [Internet]. 2013 Dez [acesso 2015 Ago 22]; 21(3):591-609. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE01PT>
24. Junges JR, Recktenwald M, Herbert NDR, Moretti AW, Tomasini F, Pereira BNK. Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde: revisão. *Rev. bioét* [Internet]. 2015 [acesso 2015 Nov 02]; 23(1):200-6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231060>
25. de Mello AFT, Nichiata LYI. A Abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/ Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Saude soc* [Internet]. 2008 [acesso 2017 Ago 31]; 17(2):140-52. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200014>
26. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: de Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. 4a. ed ed. Rio de Janeiro (BR): IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2006.
27. Pupo LR, Ayres JRCM. Contribuições e limites do uso da abordagem centrada na pessoa para a fundamentação teórica do aconselhamento em DST/Aids. *Temas Psicol* [Internet]. 2013 [acesso 2014 Set 10]; 21(3):1089-106. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.9788/tp2013.3-ee16pt>
28. Gomes AMT, Thiengo PCS, Anunciação CT, Oliveira DC, Kestenberg CCF. Representações sociais das atividades da enfermagem junto aos pacientes soropositivos: caracterizando ações e atores sociais. *Rev eletr enferm* [Internet]. 2010 [acesso 2014 Dez 12]; 13(1):16-23. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8712>
29. Pereira CDFD, Pinto DPSR, Tourinho FSV, Santos VEP. Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial. *Rev Bras Inovação Tecnológica em Saúde* [Internet]. 2012 [acesso 2016 Abr 20]:29-37. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/3331/2727>
30. Martins MJR, Fernandes SJD. A visibilidade da enfermagem, dando voz à profissão: revisão integrative. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2014 Jul [acesso 2017 Set 02]; 8(suppl.1):2422-33. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5205/reuol.5927-50900-1-SM.0807supl201430>

## **NOTAS**

### **ORIGEM DO ARTIGO**

Artigo extraído da dissertação - A integralidade no cuidado à pessoa com HIV/ais na Atenção Básica à Saúde: a percepção os enfermeiros, apresentada ao Programa de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, em 2016.

### **CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA**

Concepção do estudo: Colaço AD, Meirelles BHS.

Coleta de dados: Colaço AD.

Análise e interpretação dos dados: Colaço AD, Meirelles BHS, Heidemann ITSB, Villarinho MV.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Colaço AD, Meirelles BHS, Heidemann ITSB, Villarinho MV.

Revisão e aprovação final da versão final: Colaço AD, Meirelles BHS, Heidemann ITSB, Villarinho MV.

### **APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n. 41516114.1.0000.0115.

### **CONFLITO DE INTERESSES**

Não há conflito de interesses.

### **HISTÓRICO**

Recebido: 09 de maio de 2017

Aprovado: 26 de setembro de 2017

### **AUTOR CORRESPONDENTE**

Aline Daiane Colaço

aline.colaco216@gmail.com

**ERRATA:  
O CUIDADO À PESSOA QUE VIVE COM HIV/AIDS  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

No artigo “O CUIDADO À PESSOA QUE VIVE COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, com número de DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0339>, publicado no periódico Texto & Contexto - Enfermagem volume 28, elocation e20170339:

**Onde se lia:**

Mariana Vieira Vilarinho

**Leia-se:**

Mariana Vieira Villarinho

**Onde se lia:**

Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

**Leia-se:**

Secretaria Estadual da Administração de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.