



TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO EM HIV PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA: A PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS¹

Isadora Gabriella Silva Palmieri*
Giovana Tófoli Sampaio**
Pedro Henrique Paiva Bernardo***
Gabriel Zanin Sanguino****
Gabriela Tavares Magnabosco*****

RESUMO

Objetivo: compreender a vivência de ser enfermeiro na Unidade Básica de Saúde no cuidado às pessoas vivendo com HIV, considerando os sentidos construídos no cotidiano da prática assistencial. **Método:** estudo descritivo, com abordagem fenomenológica, realizado com enfermeiros de um município do sul do Brasil, entre setembro e novembro de 2023. A análise dos discursos ocorreu baseando-se na Análise Qualitativa do Fenômeno Situado: compreensão de sentidos e aproximação, identificando as unidades de significado, que foram ao fim agrupadas em categorias. **Resultados:** Os discursos dos 13 enfermeiros revelaram quatro categorias temáticas. A primeira evidencia a tensão vivida no cuidado às pessoas com HIV. A segunda aponta a ruptura do vínculo entre UBS e usuário, marcada pelo sigilo, estigma e distanciamento protetivo. A terceira destaca a sobrecarga e a ausência de suporte como limitações. A quarta expressa o desejo por capacitação e apoio institucional evidenciando o descompasso entre as diretrizes e a realidade profissional. **Considerações finais:** Ser enfermeiro no cuidado às pessoas vivendo com HIV na UBS envolve tensões éticas, insegurança e falta de apoio, mas também desejo por vínculo e reorganização do cuidado. Os achados apontam a necessidade de políticas mais sensíveis e integradas à realidade dos serviços.

Palavras-chave: HIV. Teste de HIV. Política de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem de Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) segue sendo, mesmo após décadas de enfrentamento, um fenômeno de profunda complexidade sanitária, social e subjetiva. Em 2023, estimou-se que cerca de 39 milhões de pessoas viviam com o vírus, sendo que aproximadamente 14% desconheciam sua condição sorológica⁽¹⁾. Esse dado, por si só, revela o quanto o diagnóstico ainda escapa aos territórios da atenção cotidiana, reforçando desigualdades e dificultando o controle da transmissão⁽¹⁾. No Brasil, os números também permanecem expressivos, com mais de 43 mil novos casos notificados naquele ano, mantendo o HIV/aids como tema prioritário nas políticas de saúde⁽²⁾.

Em países com marcadas disparidades regionais, como o Brasil, o acesso ao diagnóstico e ao cuidado

ocorre de maneira desigual⁽³⁾. Frente a isso, a descentralização das ações de enfrentamento ao HIV para o âmbito da atenção básica é proposta como estratégia para ampliar o acesso e qualificar o cuidado^(3,4). No campo da gestão, essa descentralização foi operacionalizada por meio da introdução de testes rápidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), especialmente voltados à testagem no pré-natal e à atenção de usuários em busca da identificação do status sorológico⁽⁵⁾. Profissionais como enfermeiros, médicos, farmacêuticos e cirurgiões-dentistas foram habilitados a realizar, interpretar e registrar os testes rápidos para o HIV, ampliando a capacidade técnica das UBS no enfrentamento da epidemia^(4,5).

Contudo, descentralizar não significa apenas redistribuir tarefas, mas repensar o lugar do cuidado, seus sentidos e implicações éticas. Isso exige não apenas protocolos e fluxos, mas a escuta dos sujeitos

¹Manuscrito originário da tese de doutorado intitulada "Avaliação da organização dos serviços da Atenção Primária à Saúde no manejo do HIV" do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá (UEM).

*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: isaagabriella@gmail.com (<https://orcid.org/0000-0003-2542-1488>).

**Enfermeira. Residente em Gestão em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: ra120167@uem.br (<https://orcid.org/0009-0000-2848-3831>).

***Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: pedrohenriquepb@gmail.com (<https://orcid.org/0000-0002-4419-2329>).

****Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Departamento de Enfermagem. UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: gzsanguino2@uem.br (<https://orcid.org/0000-0002-3273-5496>).

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: gtmagnabosco@uem.br (<https://orcid.org/0000-0003-3318-6748>).

que experienciam cotidianamente os encontros clínicos, os dilemas morais e os limites institucionais⁽⁶⁾.

O enfermeiro, figura central da equipe da UBS, está entre os profissionais habilitados a realizar e interpretar os testes rápidos⁽⁷⁾. A atuação da enfermagem, nesse contexto, ultrapassa a técnica: envolve a escuta, o vínculo e o reconhecimento da complexidade que atravessa a vivência com o HIV⁽⁷⁾.

Contudo, descentralizar não é um processo neutro. A incorporação de novas responsabilidades ao cotidiano das UBS requer mais do que habilidades técnicas: demanda reorganizações institucionais, suporte contínuo e reflexões éticas sobre o lugar e o modo como se faz o cuidado^(6,8). No centro dessa cena, o enfermeiro se apresenta como sujeito que, para além de operar protocolos, experiencia o cuidado em sua dimensão sensível e relacional. É nesse cotidiano que ele interpreta o mundo, acolhe o outro e age – ou se retrai – diante das múltiplas demandas que envolvem o cuidado às pessoas vivendo com HIV⁽⁷⁾.

Apesar da expansão das atribuições da enfermagem no cuidado às pessoas que vivem com HIV, ainda são escassas as investigações que buscam compreender como esse cuidado é vivido, sentido e interpretado pelos próprios profissionais, especialmente na ambiência das UBS. Em geral, prevalecem estudos voltados à avaliação de indicadores, estrutura dos serviços ou adesão ao tratamento, deixando em segundo plano os modos de ser e agir do sujeito que cuida.

Diante disso, reconhecendo que o cuidado não se limita à aplicação de diretrizes, mas envolve um conjunto de experiências, emoções, decisões e silêncios que atravessam o cotidiano profissional, este estudo teve como objetivo: compreender a vivência de ser enfermeiro na Unidade Básica de Saúde no cuidado às pessoas vivendo com HIV, considerando os sentidos construídos no cotidiano da prática assistencial.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, à luz do referencial fenomenológico. A fenomenologia, enquanto fundamento epistemológico, busca compreender a experiência vivida tal como é percebida pelos sujeitos, suspendendo interpretações prévias e categorias

naturalizadas. Esse movimento propõe captar os sentidos atribuídos pelos participantes ao fenômeno, conforme ele se manifesta à consciência, antes de qualquer explicação conceitual ou normativa⁽⁹⁾.

A pesquisa foi conduzida em um município da região Sul do Brasil, com aproximadamente 409 mil habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,8 e 90% de urbanização⁽¹⁰⁾. A cidade dispõe de 36 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas em cinco regiões administrativas, com diferentes níveis de estrutura e cobertura assistencial.

Participaram do estudo enfermeiros atuantes nas UBS da cidade, independentemente da conformidade assistencial: integrante da equipe de saúde da família (ESF) ou não. Os critérios de inclusão foram: graduação em enfermagem, vínculo profissional com uma UBS por pelo menos seis meses, e experiência prévia no atendimento a pessoas com diagnóstico ou suspeita de HIV, residente na área de abrangência da UBS em que atua. Adotou-se o critério mínimo de seis meses de atuação em UBS do município para favorecer a inclusão de profissionais com vivência suficiente para refletir sobre o fenômeno estudado, possibilitando uma compreensão mais profunda das situações relacionadas ao cuidado às pessoas vivendo com HIV. Não foram incluídos profissionais afastados por férias, licença e ausência no momento da coleta. A técnica de amostragem foi sistemática por conveniência, elencando participantes para o estudo até que fosse compreendida a lógica interna do objeto de estudo⁽¹¹⁾.

A coleta de dados ocorreu entre setembro e novembro de 2023. As entrevistas foram conduzidas por duas pesquisadoras conjuntamente — uma graduanda e uma doutoranda em enfermagem — ambas do sexo feminino, previamente capacitadas em pesquisa qualitativa e que não tinham qualquer tipo de relação com os possíveis participantes. Ainda, a doutoranda apresentava experiência na atuação em serviços da APS. O convite foi feito presencialmente no local de trabalho, após apresentação dos objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram individuais, realizadas em ambiente reservado e orientadas pela questão norteadora: "Conte-me como foi/é para você atender uma pessoa com diagnóstico ou suspeita de HIV na UBS em que trabalha?". Todas as entrevistas foram gravadas com equipamento digital e tiveram

duração média de 26 minutos. O roteiro foi ajustado de forma pontual ao longo da coleta, a partir de contribuições emergentes das entrevistas iniciais, respeitando a flexibilidade metodológica da abordagem qualitativa⁽¹¹⁾.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e textualizadas logo após sua realização. Cada participante foi entrevistado apenas uma vez. As transcrições não foram devolvidas para validação pelos participantes, pois a análise centrou-se nos sentidos expressos espontaneamente nas falas, sem pretensão de reconstrução posterior.

A análise e construção dos temas ocorreu de forma indutiva, baseando-se na Análise Qualitativa do Fenômeno Situado, subdividida em quatro fases principais: uma primeira leitura completa alcançando a compreensão de sentidos e gerando aproximação com o cenário dos sujeitos; a segunda etapa foi uma leitura aprofundada nos discursos, buscando identificar as unidades de sentido – com base na perspectiva do pesquisador principal – acerca do fenômeno em questão; na terceira etapa, foram separadas as unidades de significado que revelavam mais profundamente o fenômeno; ao fim, na quarta etapa, as unidades foram categorizadas e nomeadas pelos autores, de modo a compreender os significados atribuídos ao fenômeno^(12,13). A análise fenomenológica guiou a interpretação, permitindo a imersão no vivido e a articulação das categorias com os modos de ser, sentir e agir dos sujeitos no contexto investigado.

De modo a proteger a identidade dos depoentes, os excertos retirados de depoimentos dos enfermeiros foram identificados com a letra 'E', seguida de um numeral referente à ordem de realização da entrevista.

O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição signatária (CAAE: 73951423.4.0000.0104), e sua condução seguiu os princípios éticos recomendados pelos Critérios Consolidados para Relatar Pesquisa Qualitativa (COREQ)⁽¹²⁾. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, à confidencialidade das informações e à participação voluntária. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram assinados antes da realização das entrevistas.

RESULTADOS

Participaram do estudo 13 enfermeiros, sendo 11

do sexo feminino, 12 consideravam-se da etnia/cor branca, e todos tinham ao menos uma pós-graduação *Lato sensu* e 1 com pós-graduação *Strito sensu*. O tempo de atuação na APS variou entre um e 30 anos, sendo que 9 tinha mais de 10 anos. Os enfermeiros que concederam a entrevista atuavam em 10 UBS distintas, sendo três na região sul da cidade e sete na região norte. Também foram obtidas três recusas.

A partir da análise emergiram quatro categorias temáticas. A seguir, apresentam-se as categorias identificadas, acompanhadas de unidades de sentido representativas das narrativas, com o objetivo de evidenciar os sentidos atribuídos pelos participantes e preservar a autenticidade das experiências vivenciadas.

Viver o cuidado em tensão: entre o saber técnico e o medo do estigma

Nesta categoria, o cuidado às pessoas que buscam pelo diagnóstico de HIV ou vivem com o vírus é experienciado pelos enfermeiros como um espaço de ampla tensão e insegurança, ressaltando a dificuldade em enunciar um diagnóstico de HIV, como uma “doença que ninguém quer ter”.

“É bem complicado atender alguém HIV positivo. Porque o HIV é uma doença que todos pensam que nunca vão ter. Quando faz o teste rápido, faz pensando que não vai dar HIV positivo.” (E1)

A fala sobre o vírus é vivida como uma fronteira ética delicada, que demanda muito mais que domínio de protocolos: requer preparo emocional, sensibilidade e acolhimento diante de uma realidade que ainda remete à exclusão e ao sofrimento. A relação de proximidade com o usuário, característica das UBS, intensifica a carga emocional, sobretudo em casos sensíveis como o de gestantes ou de pessoas que não esperavam o resultado.

“Hoje eu não sinto segurança em atender uma pessoa HIV positivo, porque necessita de conhecimento, saber sobre a transmissão, ele é ser humano, ele precisa da nossa atenção.” (E4)

Os profissionais revelam plena angústia em ter que lidar com um diagnóstico de HIV, ainda que haja um tratamento. O vínculo formado pela relação de proximidade entre o enfermeiro da APS e a população atendida gera um envolvimento emocional que torna o peso do diagnóstico ainda maior.

“Na minha carreira, o momento em que eu fiquei mais angustiada, eu estava dando uma notícia de HIV positivo, para uma pessoa que não sabia, nem foi procurar na verdade essa testagem. Foi uma gestante, por isso que foi angustiante, por pensar na gravidez, ela nunca imaginou, foi isso que ela me passou. Ao fazer o teste rápido na abertura do pré-natal eu fiz e deu HIV positivo, foi angustiante, pois envolvia somente ela, mas o bebe também, isso foi o que mais me abalou. Esse {caso me abalou} mais mesmo devido ao envolvimento emocional” (E8)

Todo o peso emocional sentido pelos profissionais da saúde é atrelado às crenças de uma doença fatal, além do medo do estigma e da rejeição social, que mobilizam um preparo emocional contínuo e baseados na ética profissional.

Quando o vínculo se desfaz: sigilo, estigma e o distanciamento no cuidado

A confidencialidade é um aspecto fundamental e um direito da pessoa, para sua proteção. No entanto, os enfermeiros vivenciam a confidencialidade do diagnóstico e cuidados relacionados ao HIV como uma barreira à continuidade do cuidado. Enquanto o cuidado na APS é caracterizado pela continuidade e longitudinalidade, quando se trata do HIV, a pessoa raramente retorna à UBS após o diagnóstico, centralizando as suas necessidades em um único serviço e perdendo o vínculo que foi formado com o paciente até ali. A ausência de integração entre UBS e serviços especializados desorganiza o processo de cuidado compartilhado, criando zonas de silêncio entre instituições. Enfermeiros relatam desconhecimento sobre o seguimento dos usuários diagnosticados com HIV, sendo informados apenas se o próprio paciente revela espontaneamente. O sistema de informação fragmentado e a exigência de ofícios e burocracias para acessar prontuários geram frustração e sentimento de impotência profissional.

“A UBS não tem acesso ao prontuário de quem tem HIV, tem sigilo, não tem acesso nenhum. Após o exame, se for HIV positivo, o laboratório avisa a UBS para fazer uma segunda coleta. Se na segunda coleta for HIV positivo, o paciente é encaminhado para o ambulatório especializado e a UBS não fica sabendo de mais nada.” (E5)

“A não ser que o paciente chegue e nos diga que é HIV positivo, não tem como a gente saber de nada. A gente trata ele como qualquer outro.” (E11)

O isolamento do ambulatório especializado em

HIV dificulta e até impede a comunicação entre os serviços. Desse modo o enfermeiro só fica sabendo do diagnóstico do vírus se a pessoa que vive com HIV relatar. Tal isolamento tende a impossibilitar que os enfermeiros forneçam um cuidado mais proximal e integral – conforme preceito do SUS – devido ao desconhecimento das amplas fases da vida da pessoa que vive com HIV.

“Nós sabemos as pessoas que tem HIV aqui na UBS pois alguns nos contam, ou fez o diagnóstico aqui. Mas há vários outros pacientes HIV positivo que fazem acompanhamento no ambulatório especializado e não há comunicação com a UBS. O prontuário do ambulatório especializado fica lá.” (E13)

A impossibilidade de acessar os prontuários eletrônicos de pessoas que vivem com HIV, acompanhar a adesão ou manter contato com essas pessoas que são atendidas nos serviços especializados é um ponto de frustração entre os profissionais, que se sentem isolados da rede de cuidado.

“Se o profissional de saúde da UBS tem a necessidade muito grande de informação para questão clínica da pessoa que tem HIV, tem que pedir para a coordenação do ambulatório especializado através de documentos oficiais, é bem burocrático. O profissional de saúde da UBS não tem acesso aos prontuários dessas pessoas, mas isso seria interessante aqui no sistema. A UBS poderia acessar o prontuário para saber se a pessoa o segue o acompanhamento lá, se tem continuidade, questões realmente básicas.” (E2)

Apesar do hiato entre os serviços, verifica-se entre os enfermeiros a intenção de acessar as informações dessa população para promover um cuidado contínuo e integrado. Porém, o acesso tende a ser cercado de burocracias que acabam por gerar a desistência, apesar de declarada necessidade.

Somado a isso, os próprios profissionais, diante da sobrecarga e da percepção de vulnerabilidade do paciente ao preconceito, adotam o distanciamento como uma estratégia de proteção. Encaminhar diretamente ao ambulatório é, muitas vezes, um gesto ambíguo: ao mesmo tempo em que preserva o sigilo do usuário, limita o vínculo e evita o enfrentamento do estigma no cotidiano da UBS.

“A gente atende uma demanda gigantesca aqui... se a gente se responsabilizar por isso, são eles {as pessoas que vivem com HIV} quem vão ser prejudicados.” (E7)

“As pessoas com HIV sabem que o ambulatório

especializado é um local restrito, e isso faz com que eles procurem o serviço. Pois muitas delas não querem que uma vizinha ou uma amiga saiba sobre a sua sorologia.” (E3)

Nessa esteira, relatam preocupação com os possíveis reflexos da situação para o entorno de convívio íntimo dessas pessoas, no que tange à exposição e falta de ética profissional.

“os colegas {profissionais de saúde da UBS} falam pelos corredores que fulano está com um diagnóstico HIV. Olha, isso {a descentralização} é tudo uma teoria que norteia a prática, mas não acontece porque o paciente é muito desprotegido {do sigilo}.” (E6).

O cuidado, nesse contexto, desliga-se do princípio da longitudinalidade, esvaziando a potência de acompanhamento que a UBS pode oferecer às PVHA.

Cuidar com o que se tem: a sobrecarga como obstáculo à escuta e ao vínculo

A sobrecarga de trabalho na APS foi referida como fator limitante para o cuidado. Vários enfermeiros experenciam a testagem para o HIV como um fenômeno complexo, trabalhoso, dificultoso e até mesmo burocrático, apesar de cada etapa ser altamente recomendada pelo Ministério da Saúde (MS).

“O teste rápido é muito trabalhoso, demora demais para laudar, eu não consigo atender um número de pacientes, é muito trabalhoso, aí eu não consigo atender, eu faço um paciente por hora, dá muito trabalho”(E9)

Os profissionais relataram a impossibilidade de realizar testagem sob demanda, falta de tempo para o aconselhamento adequado são indagações notadas nos discursos. O cotidiano exaustivo impõe escolhas que impactam diretamente na qualidade do cuidado.

O Enfermeiro não consegue absorver essa população, é muito complicado. O teste rápido demanda muito tempo, tem que laudar, tem que explicar, encaminhar. Eu faço o teste rápido, mas sou enfermeira assistencial, não sou enfermeira no ESF. Eu não sei quando eu terei tempo para fazer o teste rápido na UBS. Hoje está tranquilo, posso fazer o teste, mas não é sempre, há muita demanda dentro da unidade, já fazemos muitas coisas na UBS.”(E4)

A falta de incentivos financeiros no setor primário da saúde, segundo os enfermeiros, impacta diretamente na capacidade de absorver a demanda

das pessoas que vivem com HIV.

“Descentralização para ficar desse jeito, é colocar o paciente em um sofrimento mental horrível, não funciona, é cruel. Não temos ginecologista fixo, temos um ginecologista que vem nas terças-feiras para atender só as gestantes de médio risco. Quem atende é clínico geral da minha equipe. O psicólogo, está com uma fila de mais de 80 pacientes. O município não investe em contratação de profissionais.” (E6).

Ademais, os enfermeiros sentem falta de um protocolo, fluxo ou modelo de oferta de ações, elaborado pela gestão municipal para padronização do cuidado.

“às vezes muda protocolo e a UBS nem fica sabendo. Eles (gestão) poderiam fazer um protocolo para o município todo e disponibilizar. Os que eu tenho aqui são muito antigos, a maioria deles já tem 10 anos.” (E12).

Esperar não basta: desejo por capacitação, apoio e reorganização do cuidado

Os enfermeiros revelam, em suas falas, um sentimento recorrente de despreparo e desamparo institucional diante das exigências do cuidado às pessoas vivendo com HIV na APS.

“{a gestão} precisaria desenvolver treinamentos contínuos, atualizações contínuas envolvendo todos os setores. O HIV costuma ser sempre um tabu, tanto para quem lida como os profissionais da saúde, quanto para a população.” (E13)

O que se evidencia nas narrativas é uma lacuna estrutural entre a política pública e o cotidiano da prática, em que a responsabilidade pelo cuidado é atribuída aos profissionais, mas sem que lhes sejam garantidas as condições adequadas para sua efetivação.

“Eu fiz a capacitação de teste rápido em outra regional de saúde, há muitos anos. Quando eu vim para cá, como eu já tinha uma capacitação, disseram que não precisava fazer, que era uma vez só. Mas eu acho que deveria ter uma atualização, dos tratamentos, das abordagens, novas abordagens, talvez sobre a legislação. Porque a gente vai entrando na rotina e perdendo a mão.” (E1)

A experiência profissional é marcada por insegurança técnica, ausência de protocolos atualizados e escassez de espaços formativos que os orientem quanto às diretrizes vigentes e às práticas clínicas mais apropriadas.

“Eu acho que poderia melhorar, eles deveriam trabalhar mais com os profissionais que estão à frente {assistência}, porque quem está dentro da secretaria de saúde não tem a visão que eu tenho quando estou trabalhando. A pessoa {da gestão} já fez uma capacitação sobre o assunto do HIV, porque vai repassar para a secretaria? Tem que vir para os funcionários que estão na ponta, e isso é bem pouco.”(E8)

A reivindicação por protocolos padronizados e fluxos integrados reflete a necessidade de transformar a APS em um espaço legítimo, seguro e preparado para acompanhar longitudinalmente as pessoas com HIV, rompendo com o isolamento técnico e simbólico vivido pelos profissionais.

DISCUSSÃO

A escuta dos enfermeiros revelou dimensões silenciosas do cuidado que, muitas vezes, permanecem ocultas sob as normativas assistenciais. Suas vozes ecoam incertezas, receios e limites vividos na concretude da prática, revelando um cenário no qual a descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV não se configura como mera política técnica, mas como um movimento que tensiona subjetividades, estruturas e modos de cuidar.

A introdução da testagem rápida para o HIV na APS tem sido um marco importante na oportunidade do diagnóstico⁽¹⁴⁾. Considerando a capilaridade que a APS tem como princípio básico, acredita-se que a descentralização da atenção ao HIV, para além da oferta do teste rápido sob demanda, seja favorável à qualificação da atenção às pessoas que vivem com HIV, no que tange à facilidade para o monitoramento do tratamento, integralidade na atenção às demandas, bem como, implementação de estratégias de prevenção da transmissão⁽¹⁵⁾.

No entanto, a proposta de descentralização, embora ancorada na ampliação do acesso e na capilaridade da APS, impõe desafios que ultrapassam a operacionalização do teste rápido. Exige redesenho institucional, pactuação entre serviços, reorganização do tempo e do trabalho, e sobretudo, escuta qualificada. A aproximação entre profissional e usuário, desejada como elemento ético do cuidado, pode paradoxalmente revelar-se fonte de constrangimento, insegurança e até de retraimento, diante do estigma ainda presente em

torno do HIV^(14,15,6).

Estudos publicados apontam as estratégias utilizadas para implementar a descentralização do cuidado com intuito de operacionalizar e favorecer a reorganização da assistência às pessoas que vivem com HIV⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Demonstram que o cuidado descentralizado aproxima os profissionais e as pessoas que vivem com HIV e desenvolvem rotinas estratégicas para sistematizar o cuidado e acompanhamento, não somente entre o enfermeiro, mas a equipe multidisciplinar da APS⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Os achados deste estudo dialogam com a literatura nacional e internacional ao evidenciar que o sucesso da descentralização não reside na simples transferência de responsabilidades, mas na construção de vínculos institucionais sustentáveis e no fortalecimento da autonomia ética e técnica dos profissionais da APS.

Porém, para os enfermeiros deste estudo, o processo de descentralização do cuidado ao HIV ainda é uma temática muito recente e, por vezes, até desconhecida. Verificou-se a falta de capacitações e a dificuldade em acompanhar as recomendações e atualizações vigentes relacionadas ao HIV pelos enfermeiros da UBS. O cuidado integral, nesse contexto, emerge como um ideal que exige condições de existência. A sobrecarga, a ausência de capacitações regulares, a falta de fluxos bem definidos e a desconexão com os serviços especializados tornam o exercício desse cuidado mais retórico do que efetivo^(19,20).

Os profissionais expressam desejo por uma rede integrada, por protocolos acessíveis, por espaços de formação contínua e, principalmente, por apoio compartilhado. Porém, a sobrecarga de trabalho somada à ausência de capacitações e apoio dos serviços especializados impactam no processo de descentralização^(14,15). As diversas responsabilidades dos enfermeiros na APS são consideradas obstáculos que tensionam o processo de descentralização, influenciando na manutenção de uma lógica de cuidado ao HIV estritamente especializado.

É papel dos profissionais de saúde realizar orientações básicas sobre o tratamento do HIV, em consonância com suas particularidades e necessidades, com o intuito de diminuir os anseios e as inseguranças que possam surgir durante esse período. Contudo, é comum que profissionais de saúde repassem essa responsabilidade diretamente ao serviço especializado^(15,18). Não se trata de recusa

ao cuidado, mas de deslocamento do cuidado: do território da proximidade para o abrigo da especialidade. As falas indicam que o afastamento não é negligência, mas proteção – do paciente, do profissional, e do próprio vínculo que poderia ser comprometido por falhas na estrutura, no sigilo e no suporte clínico.

A lacuna no conhecimento sobre o HIV entre os profissionais de saúde pode contribuir com a não responsabilização pelo atendimento à essa população na APS, resultando em diagnósticos tardios, atraso no início do tratamento, na progressão da infecção para a doença aids, e na manutenção da transmissão coletiva do vírus^(3,6,19,20).

Ainda, os enfermeiros consideraram a localização geográfica dos serviços da APS um fator que pode prejudicar a atenção. A vivência do estigma, tanto real quanto presumido, atravessa os discursos e tensiona as possibilidades de acompanhamento longitudinal das PVHA. O cuidado ético requer mais do que conhecimento técnico – exige posicionamento sensível diante da alteridade e das vulnerabilidades sociais^(19,20,22,23). A APS, como espaço de convivência comunitária, precisa estar preparada não apenas com insumos e fluxos, mas com escuta, ética e compromisso^(18,21).

Dessa forma, compreende-se que a descentralização do cuidado ao HIV deve ser continuamente debatida, reformulada e construída coletivamente. Os profissionais não se colocam em oposição à política, mas à ausência de condições que sustentem sua implementação. Por isso, é necessário que o planejamento institucional leve em conta os modos de ser, sentir e agir daqueles que vivem o cuidado em sua prática. Não se trata apenas de ampliar o acesso, mas de garantir que o encontro entre profissional e usuário seja legítimo, protegido e comprometido com a dignidade humana^(19,20,23).

Por isso, é necessário que o planejamento institucional leve em conta os modos de ser, sentir e agir daqueles que vivem o cuidado em sua prática. Não se trata apenas de ampliar o acesso, mas de garantir que o encontro entre profissional e usuário seja legítimo, protegido e comprometido com a dignidade humana

Limitações do estudo

Este estudo lança luz sobre experiências singulares de enfermeiros que atuam nas UBS, mas reconhece, como limitação, o recorte profissional

adotado. Ao privilegiar a escuta dos enfermeiros, restringe-se à multiplicidade de olhares e saberes que também atravessam o cuidado às pessoas vivendo com HIV. A prática interprofissional, característica essencial do cuidado na APS, convoca outros sujeitos – médicos, agentes comunitários, farmacêuticos, psicólogos – cujas vivências poderiam enriquecer a compreensão do fenômeno investigado. Assim, compreende-se que a ampliação das vozes escutadas é um caminho possível e necessário para aprofundar a tessitura do cuidado compartilhado.

Contribuições para a prática

Ao revelar os sentidos vividos pelos enfermeiros na condução do cuidado às PVHA, este estudo oferece subsídios concretos à gestão do SUS para o (re)pensar de estratégias que promovam não apenas a descentralização técnica do cuidado, mas sua viabilidade ética, afetiva e institucional. Os achados indicam que o fortalecimento da escuta, a valorização das singularidades locais e a construção de arranjos intersetoriais são caminhos potentes para garantir a continuidade, a confidencialidade e a integralidade da atenção.

Mais do que reforçar a importância da descentralização como diretriz, este estudo convida a prática a se humanizar. Sugere que as ações de capacitação não devem ser pontuais ou impositivas, mas contínuas, dialógicas e contextualizadas. Reafirma-se que o cuidado ético, especialmente diante do estigma que ainda recai sobre o HIV, exige presença, empatia e articulação em rede.

Portanto, ao tornar visíveis os desafios e potências vividos no cotidiano dos serviços, esta pesquisa se propõe a contribuir para a construção de políticas públicas sensíveis ao vivido, que considerem os profissionais como sujeitos ativos no processo de transformação da atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência dos enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde revela um cuidado que se constrói entre presenças e ausências, saberes e incertezas, compromissos e silêncios. Ser enfermeiro no contexto da descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV é experienciar, muitas vezes, o peso da responsabilidade sem o amparo das condições

institucionais necessárias. É atuar em um terreno ético e afetivo, onde o estigma social ainda habita as entrelinhas dos encontros e onde o despreparo, mais do que uma falha individual, se expressa como sintoma de um cuidado ainda em estruturação.

Os sentidos construídos no cotidiano dos enfermeiros apontam que o cuidar, nesse cenário, é atravessado por inseguranças, lacunas formativas e dificuldades organizacionais — mas também por desejo de fazer diferente, de acompanhar com escuta, de acolher com presença. Assim, os achados deste estudo não apenas descrevem obstáculos, mas enunciam algumas necessidades eminentes: a de se construir uma rede que reconheça os profissionais da UBS como sujeitos implicados, e não apenas executores; a de promover formações que considerem o vivido, e não apenas o prescrito; e a de

elaborar estratégias e políticas que considerem e integrem cuidado técnico e sensibilidade humana.

Portanto, os resultados afirmam que ser enfermeiro no cuidado de pessoas que vivem com HIV no espaço da UBS, é experienciar tensões cotidianas que revelam tanto as fragilidades da política quanto a potência dos vínculos. Trata-se de um cuidado que pede tempo, espaço, escuta e compromisso compartilhado. Que exige não apenas capacitações e fluxos, mas também ética, confiança e coragem para sustentar o encontro com o outro em sua vulnerabilidade. Que essa escuta do vivido possa, então, sustentar processos de gestão mais sensíveis, políticas mais enraizadas na realidade dos serviços e práticas mais alinhadas com a dignidade de quem cuida e de quem é cuidado.

TRANSFER OF HIV CARE TO PRIMARY CARE: NURSES' PERSPECTIVE

ABSTRACT

Objective: to understand the experience of being a nurse in the Basic Health Unit in caring for people living with HIV, considering the senses built into the daily practice of care. **Method:** a descriptive study, with phenomenological approach, conducted with nurses from a municipality in southern Brazil, between September and November 2023. The analysis of the discourses was based on the Qualitative Analysis of the Situated Phenomenon: understanding of meanings and approximation, identifying the units of meaning, which were grouped in categories. **Results:** The speeches of the 13 nurses revealed four thematic categories. The first shows the tension experienced in caring for people with HIV. The second points to the rupture of the bond between BHU and user, marked by secrecy, stigma and protective distance. The third highlights overload and lack of support as limitations. The fourth expresses the desire for training and institutional support, highlighting the mismatch between guidelines and professional reality. **Final thoughts:** Being a nurse in the care of people living with HIV at BHU involves ethical tensions, insecurity and lack of support, but also desire for bonding and reorganization of care. The findings point to the need for policies that are more sensitive and integrated with the reality of services.

Keywords: HIV. HIV testing. Health Policy. Primary Health Care. Public Health Nursing.

TRANSFERENCIA DEL CUIDADO EN VIH PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA: LA PERSPECTIVA DE ENFERMEROS

RESUMEN

Objetivo: comprender la experiencia de ser enfermero en la Unidad Básica de Salud en el cuidado a las personas que viven con VIH, considerando los sentidos construidos en la cotidianidad de la práctica asistencial. **Método:** estudio descriptivo, con enfoque fenomenológico, realizado con enfermeros de un municipio del sur de Brasil, entre septiembre y noviembre de 2023. El análisis de los discursos se realizó basándose en el Análisis Cualitativo del Fenómeno Situado: comprensión de sentidos y aproximación, identificando las unidades de significado, que al final fueron agrupadas en categorías. **Resultados:** los discursos de los 13 enfermeros revelaron cuatro categorías temáticas. La primera evidencia la tensión vivida en el cuidado a las personas con VIH. La segunda señala la ruptura del vínculo entre UBS y usuario, caracterizada por el sigilo, estigma y distanciamiento protector. La tercera destaca la sobrecarga y la ausencia de soporte como limitaciones. La cuarta expresa el deseo de capacitación y apoyo institucional, evidenciando el desajuste entre las directrices y la realidad profesional. **Consideraciones finales:** ser enfermero en el cuidado de las personas que viven con VIH en la UBS implica tensiones éticas, inseguridad y falta de apoyo, pero también deseo por vínculo y reorganización del cuidado. Los hallazgos señalan la necesidad de políticas más sensibles e integradas a la realidad de los servicios.

Palabras clave: VIH. Prueba de VIH. Política de Salud. Atención Primaria de Salud. Enfermería en Salud Pública.

REFERÊNCIAS

1. The urgency of now: AIDS at a crossroads. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2024. https://crossroads.unaids.org/wp-content/uploads/2024/09/GAU-2024-Full-report_En.pdf [acesso em 16 maio 2025]
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV e Aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/view [acesso em 16 maio 2025]
3. Antonini M, Gerin L, Melo ES, Pontes PS, Arantes LMN, Ferreira GRON, Reis RK. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV em um município paulista. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31:e20200579. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0579>
4. Ministério da Saúde (BR). 5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica: guia para gestores. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica> [acesso em 16 maio 2025]
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e medidas terapêuticas para manejo da infecção do HIV em adultos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos> [acesso em 16 maio 2025]
6. Lima MCL, Silva MAS, Pinho CM, Silva SRC, Lima NKG, Silva JC, et al. Estigma e preconceito no atendimento às pessoas vivendo com HIV. *Rev. Eletr. Acervo Saúde.* 2025;25(5):e19789. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/19789> [acesso em 14 julho 2025]
7. Toso BRGO, Fungueto L, Maraschin MS, Tonini NS. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde debate* [Internet]. 2021;45(130):666–80. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113008>
8. Melo EA, Agostini R, Damião J de J, Filgueiras SL, Maksud I. Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021;37(12):e00344120. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00344120>
9. Henriques CM da G, Botelho MAR, Catarino H da CP. A fenomenologia como método aplicado à ciência de enfermagem: estudo de investigação. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021;26(2):511–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41042020>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades, Brasil, Paraná. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/> [acesso em 16 maio 2025]
11. Minayo MC de S, Guerriero ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014Apr;19(4):1103–12. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.18912013>
12. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta paul enferm* [Internet]. 2021;34:eAPE02631. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
13. Im D, Pyo J, Lee H, Jung H, Ock M. Qualitative Research in Healthcare: Data Analysis. *J Prev Med Public Health.* 2023;56(2):100–110. <https://doi.org/10.3961/jpmph.22.471>
14. Henriques CMG, Botelho MAR, Catarino HCP. A fenomenologia como método aplicado à ciência de enfermagem: estudo de investigação. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021;26(2):511–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41042020>
15. Rocha F, Melo R, Agostini R, Maia AC, Maksud I. A interface entre atenção primária e especializada em cenário de descentralização de cuidados em HIV/Aids. *Saúde Debate.* 2022;46(spe7):19–30. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E701>
16. Goldstein D, Salvatore M, Ferris R, Phelps BR, Minior T. Integrating global HIV services with primary health care: a key step in sustainable HIV epidemic control. *The Lancet Global Health.* 2023;11(7):e1120–1124. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00156-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00156-0)
17. Celuppi IC, Meirelles BHS. Management in the care of people living with HIV in primary health care. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31:e20220161. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0161en>
18. Jones MD, Dyer K, Nedell ER, Fletcher MR, Grimsley Ackerley C, Hussen SA, et al. One size does not fit all: Preferences for HIV care delivery among out-of-care people living with HIV in the Southeastern United States. *PLoS ONE.* 2023;18(1): e0276852. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276852>
19. Gomes GG, Melo EA. A regulação do acesso à atenção especializada pela Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro: coordenação ou competição? *Physis.* 2023;33:e33012. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333012>
20. Ngcobo S, Scheepers S, Mbatha N, Grobler E, Rossouw T. Roles, Barriers, and Recommendations for Community Health Workers Providing Community-Based HIV Care in Sub-Saharan Africa: A Review. *AIDS Patient Care and STDs* 2022;36(4) <https://doi.org/10.1089/apc.2022.0020>
21. Mshweshwe-Pakela N, Mabuto T, Ntombela N, Hlongwane M, Kubeka G, Kerrigan DL, et al. Facilitators and barriers to implementing provider-initiated HIV counselling and testing at the clinic-level in Ekurhuleni District, South Africa. *Implement Sci Commun.* 2022;3(1):19. <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00269-3>
22. Lima MCL, Pinho CM, Silva MAS, Dourado CARO, Silva MAS, Andrade MS. Aspectos diagnósticos e capacitações em serviço na descentralização do atendimento às pessoas vivendo com HIV. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e20210065. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0065>
23. Quadros JS, Polletti GC, Kleinubing RE, Langendorf TF, Padoin SMM. Invisibilidade de operadores sociais na rede de apoio de puérperas no contexto do HIV. *Ciênc. cuid. saúde* [Internet]. 2024 [citado 14º de julho de 2025];230. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v23i0.66039>

Endereço para correspondência: Isadora Gabriella Silva Palmieri. Rua Nardina Rodrigues Johansen, 405. Maringá/PR. +5544999170116, isaagabriella@gmail.com.

Data de recebimento: 02/07/2024

Data de aprovação: 13/07/2025

Apoio financeiro:

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.