UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública

LUANA ALVES DE FIGUEIREDO

**Ações e serviços disponibilizados às pessoas que vivem com
aids pela rede de atenção à saúde de Ribeirão Preto-SP: uma
análise na perspectiva dos usuários.**

Ribeirão Preto

2014

LUANA ALVES DE FIGUEIREDO

**Ações e serviços disponibilizados às pessoas que vivem com
aids pela rede de atenção à saúde de Ribeirão Preto-SP: uma
análise na perspectiva dos usuários.**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para fins de obtenção do Título de Doutor no Programa de Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Inserido na linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Aline Aparecida Monroe

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

FICHA CATALOGRÁFICA

Figueiredo, Luana A.

Ações e serviços disponibilizados às pessoas que vivem com aids pela rede de atenção à saúde de Ribeirão Preto-SP: uma análise na perspectiva dos usuários.

Ribeirão Preto, 2014. 130il.; 30cm

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.

Orientadora: Monroe, Aline Aparecida.

1. Sistemas de Informação em saúde 2. Atenção primária à saúde 3. Sistema de saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luana Alves de Figueiredo

Ações e serviços disponibilizados às pessoas que vivem com aids pela rede de atenção à saúde de Ribeirão Preto-SP: uma análise na perspectiva dos usuários.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para fins de obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À **Maria Clara**, filha do meu amor. A delicadeza da sua existência na
transformação dos sentidos da vida.
Te amo.

*“Luz do sol
Que a folha traga e traduz
Em verde novo
Em folha, em graça
Em vida, em força, em luz...”
(Caetano Veloso)*

Ao **Lucas, meu amor**, que me revela e me (re) constrói. Parceria na solitária
arte da liberdade.

*“Amo-te como um bicho, simplesmente
De um amor sem mistério e sem virtude
Com um desejo maciço e permanente
E de te amar assim, muito e amiúde
É que um dia em teu corpo de repente
Hei de morrer de amar mais do que pude”.
(Vinícius de Moraes)*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À **Profa. Dra. Ione de Carvalho Pinto**, meu sincero agradecimento por todo conhecimento compartilhado desde a graduação. Acima de tudo, muito obrigada pela confiança, pelo respeito, carinho e amizade. Sua generosidade transformou meu caminhar e tornou viável toda esta trajetória!

Ao **Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha**, que com sua humanidade apresentou-me um modo de ser-estar no mundo. Sua produção de vida me serve como exemplo. Muito obrigada.

À **Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe**, orientadora, em sentidos mais do que acadêmicos. Recebeu-me em seu grupo proporcionando-me momentos de intenso aprendizado e companheirismo. Acolhe, com ternura incomparável, meus desejos, anseios e inseguranças. Obrigada pela generosidade em dividir comigo dessa vida. Você é um presente.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sem o qual nada disso seria possível.

À minha **querida Avó, Sebastiana**, obrigada por todas as vezes que me acordou cedo para ir à escola; pelo café da manhã e pelo cobertor. O cuidado que nos dedicaste possibilitou a transformação daquilo que “já estava escrito”. Muito obrigada por cuidar de mim com todo esse maior amor. Eu te amo!

À minha **amada Mãe, Ana**, obrigada por tua mão sempre presente a me afagar. Obrigada pela paciência, dedicação, entusiasmo, por acreditares em mim e incentivares os meus sonhos! Tu és o meu exemplo, sem os teus sacrifícios nada disso seria possível. Mas principalmente mãe, obrigada pelo amor incondicional. Amo-te!

Ao meu **querido irmão e compadre, Tho**, o amor te faz presente todos os dias em meu coração!

Ao meu **amado padrasto, Marcelo, “vô Cecelo”**, por nos ensinar a confiar no amor de Deus e a sermos melhores cada dia. Cuidado e dedicação a todos nós...És um anjo! Amo-te.

Ao **meu pai, Luis**, que sua fé e sua força (re) construam novos caminhos. Amo-te.

Aos **meus tios, Vicente, José, Ana Mara, Márcia, Enir, Maria Lúcia, Lurdinha e Márcio**, meus exemplos. E meus **adoráveis primos e irmãos, Mayrinha, Rick, Igor, Glícia, Lucas e Isabelle**, e minha cunhada **Isabela**, aconchego e segurança em todas as horas da minha vida! Vocês me constituem.

Aos **meus sogros, Sérgio e Mariza**, meu **cunhado André** e minha “**Avó Benê**”, muito obrigada pelo apoio do dia a dia. A toda família “**Campos**” e “**Vinco**”, o cuidado com nossa família foi fundamental para a finalização deste trabalho.

Às minhas **amigas e irmãs, Má Cris, Thali Navarro, Thati, Elenita, Tali Bordini e Robenia**, por estarem ao meu lado desde sempre. A ausência física de vocês me faz muita falta.

Às minhas **queridas amigas e companheiras, Cátia Salomão, Larissa Nishioka, Karemme Oliveira e Leila Pereira**, por compartilharem diariamente da luta por uma saúde mais justa e digna. Nossa militância está no trabalho diário e sem a força de vocês essa rede não se construiria. Aprendo todos os dias com vocês.

Aos meus “novos” amigos, tão queridos quanto os “velhos”, **Gustavo, Alex, Emiliano, Nichollas, Dani, Rick, Gianne, Luis, Day**, por tornarem a minha vida se não mais leve, mais cômica. Amo vocês.

Ao **Vinícius David**, que com muita paciência e conhecimento me orientou tranquilamente na conclusão deste trabalho. Você fez tudo parecer mais fácil. Muito obrigada, Vini.

A minha querida **Lívia Lopes**, que com muita responsabilidade e competência vem conduzindo esse grupo e fortalecendo nossa rede. Sua doçura e humanidade são contagiantes. Muito obrigada, minha flor!

Aos meus **amigos da EERP-USP, Fabiana Zacharias, Mariana Gomide, Alexandre Bulgarelli, Andréia Guedes**, pela colaboração durante a realização deste e de outros trabalhos, e mais, por estarem sempre prontos a me ouvir e compartilhar de todo processo de construção da vida, meu sincero agradecimento.

Ao Grupo de pesquisa **GEOHAIDS**, que está se constituindo, **Mayara, Aline Andrade, Erika, Cassiara, Aline Araujo, Glaucia, Vanessa**, a convivência com vocês engrandece o nosso ambiente de trabalho. Muito obrigada pela acolhida, companhia, dedicação e carinho.

Aos integrantes do **GEOTB, Paty, Amelinha, Anne, Bia, Aline Beraldo, Rúbia, Gabi, Maria Eugenia, Tiemi, Nathalia e Prof. Ricardo**. Muito obrigada por compartilharem de seus conhecimentos comigo.

À **Enfa. Dra. Lis e Profa. Dra. Jordana** por compartilharem todo o conhecimento técnico e científico. Vocês foram fundamentais para o aprimoramento deste estudo.

À **equipe do Programa Municipal de DST/Aids e Hepatites Virais e todos os funcionários dos Ambulatórios de Referência**, em especial, **minhas queridas Shirley e Rosana**, por não medirem esforços no desafio da construção de uma política de saúde cada vez melhor. Obrigada por todas as contribuições neste estudo. Obrigada ainda por compartilhar o rico conhecimento que vivenciam diariamente.

Aos queridos **colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**, em especial aos das **Distritais de Saúde Norte e Sumarezinho**, onde posso diariamente vivenciar as vitórias e os desafios da luta por um projeto de saúde compatível com os Direitos Humanos e Constitucionais. Obrigada por me constituírem e participarem dessa dança do viver-pensar-agir. Este convívio foi fundamental na construção deste trabalho.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP** e ao **Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública**, por tornarem possível a viabilidade deste estudo. Muito obrigada.

A **todos os funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP** por todo auxílio, colaboração e prontidão para realização deste estudo. A participação de vocês é de extrema importância na conclusão deste trabalho. Obrigada ainda por todo apoio e solidariedade nestes 12 anos.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES** pelo apoio financeiro à pesquisa.

Às **peessoas que vivem com HIV/aids**, pela disposição em nos atender e serem os atores principais deste estudo. Muito obrigada pela participação de todos.

Não sei quantas almas tenho

Não sei quantas almas tenho.

Cada momento mudei.

Continuamente me estranho.

Nunca me vi nem acabei.

De tanto ser, só tenho alma.

Quem tem alma não tem calma.

Quem vê é só o que vê,

Quem sente não é quem é,

Atento ao que sou e vejo,

Torno-me eles e não eu.

Cada meu sonho ou desejo

É do que nasce e não meu.

Sou minha própria paisagem;

Assisto à minha passagem,

Diverso, móbil e só,

Não sei sentir-me onde estou.

Por isso, alheio, vou lendo

Como páginas, meu ser.

O que segue não prevendo,

O que passou a esquecer.

Noto à margem do que li

O que julguei que senti.

Releio e digo: “Fui eu?”

Deus sabe, porque o escreveu

(Fernando Pessoa)

RESUMO

FIGUEIREDO, L.A. **Ações e serviços disponibilizados às pessoas que vivem com aids pela rede de atenção à saúde de Ribeirão Preto-SP: uma análise na perspectiva dos usuários.** 2014. 130f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A mudança no perfil epidemiológico do HIV/aids favorece a desconstrução da ideia de morte iminente, sendo este agravo, hoje, considerado como uma doença crônica, na qual a qualidade da assistência configura-se como um importante determinante do sucesso dos programas no controle da epidemia, gerando impactos positivos nas condições de vida e de saúde dos indivíduos. Este estudo objetivou analisar a oferta das ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas que vivem com Aids (PVHA) no município de Ribeirão Preto-SP. Trata-se de um estudo exploratório, do tipo inquérito, com abordagem quantitativa. Participaram 301 PVHA em acompanhamento nos cinco Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/aids sob gestão municipal, considerando-se os seguintes critérios de inclusão: indivíduos maiores de 18 anos, com terapia antirretroviral instituída há mais de 6 meses, residentes no próprio município e não pertencentes ao sistema prisional. A coleta de dados foi realizada no período de julho/2011 a fevereiro/2012, por meio de entrevistas com apoio de um instrumento específico. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva. Quanto ao perfil dos sujeitos, identificou-se paridade entre os sexos, cor branca, envelhecimento populacional, indivíduos casados/união estável, heterossexuais, baixa escolaridade, predomínio da classe econômica C. Dentre os motivos que levaram ao diagnóstico doença, destacam-se o aparecimento de sinais e sintomas e o diagnóstico do parceiro, sendo a via sexual a principal forma de transmissão. A oferta de ações e serviços de saúde às PVHA pelos SAE do município, de modo geral, foi avaliada como regular, porém houve heterogeneidade entre os serviços. O SAE “D” foi o melhor avaliado pelas PVHA, e o SAE “C” obteve média significativamente menor do que os outros serviços. Houve predomínio de atividades clínico-biológicas, sendo os indicadores referentes ao manejo clínico da doença classificados como satisfatórios. Já a oferta de ações e serviços envolvendo outras necessidades e demandas de saúde dos usuários foram classificadas como regular e insatisfatória. O estudo apontou que a equipe especializada atende às recomendações e diretrizes clínicas para o tratamento das PVHA, contudo a dimensão do cuidar possui potencial de ampliação quando se considera os demais profissionais e recursos da rede de atenção à saúde. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, desafios são lançados à rede de atenção à saúde para a ampliação e sustentabilidade de um elenco de ações que se articulem na promoção do cuidado às PVHA, desde a prevenção, a assistência, inclusive a farmacêutica, a formação profissional, avançando, assim, na construção de um cuidado integral, integrado e resolutivo, compatível com as necessidades dos indivíduos, dada a complexidade da doença e sua configuração enquanto condição crônica.

DESCRIPTORIOS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Serviços de Saúde; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

FIGUEIREDO, L.A. Health actions and services available to people living with AIDS in the health care network of Ribeirão Preto - SP: an analysis from the perspective of users. 2014. 130f. Thesis (PhD) - Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

The changing epidemiology of HIV/AIDS allows the deconstruction of the idea of imminent death. This disease, today considered as a chronic disease, lies on the the quality of care that appears as an important determinant of the success of programs in both controlling the epidemic and generating positive impacts on health and living conditions of individuals. This study aimed to analyze the offering of actions and availability of health services in assisting people living with AIDS (PLWHA) in Ribeirão Preto - SP. This is an exploratory study of the survey type, with a quantitative approach, with 301 PLWHA monitoring the five HIV/AIDS Specialized Assistance Services (SAS) under municipal management. We considered the following inclusion criteria: patients over 18 years on antiretroviral therapy for more than six months, residing in the county and outside the prison system. Data collection was performed in February 2011 to July 2012 through interviews by applying a specific instrument. Data were analyzed using descriptive statistics. Regarding the profile of the subjects, we identified parity between sexes, white color, aging population, individuals who were married/ in common-law marriage, heterosexuals, with low education, predominance of economic class C. Among the reasons leading to disease diagnosis, we highlight the onset of signs and symptoms and the diagnosis of the partner, being the main transmission form the sexual one. The offering of actions and availability of health services to PLWHA by the SAS was evaluated as a regular, but there was heterogeneity among the services. SAS "D" was rated best by PVHA and SAS "C" achieved significantly lower rates than the other services. There was a predominance of clinical and biological activities, and the indicators for the clinical management of the disease were classified as satisfactory. In turn, range of services involving other health needs and demands of the users were classified as regular and unsatisfactory. The study found that the expert team meets clinical recommendations and guidelines for the treatment of PLWHA, however, the dimension of care has the potential for expansion when considering other professionals and resources of the health care network. Despite scientific and technological advances, challenges are thrown at health care for the expansion and sustainability of an articulated set of actions capable of promoting care for PLWHA, from prevention to care, -including pharmaceutical care – and perpassing professional training, thereby improving the development of a comprehensive, resolute and integrated care, consistent with the needs of individuals, given the complexity of the disease and its configuration as a chronic condition.

KEYWORDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Health Services; Comprehensive Health Care.

RESUMEN

FIGUEIREDO, L.A. **Acciones y servicios disponibilizados a las personas que viven con sida por la red de atención a la salud de Ribeirão Preto-SP: un análisis en la perspectiva de los usuarios. 2014.** 130f. Tesis (Doctorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

El cambio en el perfil epidemiológico del VIH/Sida favorece la desconstrucción de la idea de muerte inminente, siendo este agravo, considerado hoy, como una enfermedad crónica, donde la calidad de la asistencia se configura como un importante determinante del éxito de los programas en el control de la epidemia, generando impactos positivos en las condiciones de vida y de salud de los individuos. Este estudio tuvo como objetivo analizar el ofrecimiento de las acciones y servicios de salud en la asistencia a las personas que viven con VIH/Sida (PVVS) en Ribeirão Negro-SP. Trata de un estudio exploratório, del tipo interrogatorio, con abordaje cuantitativo. Participaron 301 PVHS en acompañamiento en los cinco Servicios de Asistencia Especializada (SAE) en VIH/Sida bajo gestión municipal, considerándose los siguientes criterios de inclusión: individuos mayores de 18 años, con terapia antirretroviral instituida hace más de 6 meses, residentes en el propio municipio y no pertenecientes al sistema prisional. La recolección de datos fue realizada en el periodo de julio/2011 a febrero/2012, por medio de entrevistas con apoyo de un instrumento específico. Los datos fueron analizados por medio de la estadística descriptiva. En cuanto al perfil de los sujetos, se identificó paridad entre los sexos, color blanco, envelhecimento poblacional, individuos casados/unión estable, heterossexuais, baja escolaridad, predominio de la clase económica C. De entre los motivos que llevaron al diagnóstico de la enfermedad, se destacan: la aparición de señales y síntomas y el diagnóstico del compañero, siendo la vía sexual la principal forma de transmisión. La oferta de acciones y servicios de salud a las PVHS por los SAE del municipio, de modo general, fue evaluada como regular, sin embargo hubo heterogeneidad entre los servicios. El SAE “D” fue el mejor evaluado por las PVHS, y el SAE “C” obtuvo media significativamente más pequeña del que los otros servicios. Hubo predominio de actividades clínico-biológicas, siendo los indicadores referentes al manejo clínico de la enfermedad fueron clasificados como satisfactorios. Ya la oferta de acciones y servicios envolviendo otras necesidades y demandas de salud de los usuarios fueron clasificadas como regular e insatisfatória. El estudio apuntó que el equipo especializado atiende a las recomendaciones y directrices clínicas para el tratamiento de las PVHS, pero la dimensión del cuidar posee potencial de ampliación cuando se considera los demás profesionales y recursos de la red de atención a la salud. A pesar de los avances científicos y tecnológicos, desafíos son lanzados a la red de atención a la salud para la ampliación y sustentabilidad de un conjunto de acciones que se articulen en la promoción del cuidado a las PVHS, desde la prevención, la asistencia, inclusive la farmacéutica, la formación profesional, avanzando, así, en la construcción de un cuidado integral, integrado y resolutivo, compatible con las necesidades de los individuos, dada la complejidad de la enfermedad y su configuración mientras condición crónica.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de la Imunodeficiência Adquirida; Servicios de Salud; Asistencia Integral a la Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Incidência de casos de aids por 100.000 habitantes no município de Ribeirão Preto no período de 1985 a 2011.....	29
Figura 2.	Regiões Distritais de Saúde em Ribeirão Preto-SP, 2009.....	50
Figura 3.	Fluxograma de acesso na rede de atenção ao Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, 2011.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição de frequência das variáveis sócio-demográficas e comportamentais das pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto – SP, 2012.....	67
Tabela 2.	Distribuição de frequência das variáveis sobre o acompanhamento do caso das pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto- SP, 2012.....	68
Tabela 3.	Distribuição de frequência das variáveis sobre o perfil clínico das pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto- SP, 2012.....	69
Tabela 4.	Distribuição de frequência das variáveis sobre o acompanhamento do caso das pessoas que viviam com aids no município de Ribeirão Preto- SP, 2011.....	70
Tabela 5.	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados à oferta de atendimentos de rotina e complementares pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos - Ribeirão Preto, SP, julho de 2011 a fevereiro de 2012.....	71
Tabela 6.	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados à oferta de atendimentos complementares pelas equipes multiprofissionais de outros serviços de saúde - Ribeirão Preto, SP, julho de 2011 a fevereiro de 2012.....	72
Tabela 7.	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados à oferta de orientações pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos - Ribeirão Preto, SP, julho de 2011 a fevereiro de 2012.....	72
Tabela 8.	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados à oferta de insumos pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos - Ribeirão Preto, SP, julho de 2011 a fevereiro de 2012.....	73
Tabela 9.	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados à oferta e solicitação de exames pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos - Ribeirão Preto, SP, julho de 2011 a fevereiro de 2012.....	73
Tabela 10.	Distribuição das médias e desvio padrão das variáveis da dimensão elenco de serviços e ações de saúde relacionado aos diferentes SAEs - Ribeirão Preto, SP, julho de 2011 a fevereiro de 2012.....	74
Tabela 11.	Distribuição das médias de oferta de ações e serviços de saúde nos cinco SAEs municipais relacionados às variáveis da dimensão elenco de serviços - Ribeirão Preto, SP, julho de 2011 a fevereiro de 2012.....	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Caracterização dos Ambulatórios de Referência em HIV/aids segundo alguns aspectos do funcionamento, Ribeirão Preto, agosto de 2011.....	54
Quadro 2.	Caracterização das equipes dos Ambulatórios de Referência em HIV/aids segundo a composição dos recursos humanos, Ribeirão Preto, agosto de 2011.....	55
Quadro 3.	Descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas envolvidas no estudo.....	60
Quadro 4.	Descrição das variáveis de oferta de ações de saúde utilizadas no estudo e da seção do instrumento de coleta de dados.....	60

LISTA DE APÊNDICES E ANEXO

Apêndice I	Questionário.....	118
Apêndice II	Carta de solicitação de parecer do questionário.....	122
Apêndice III	Instrumento de apreciação de conteúdo do questionário.....	123
Apêndice IV	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	127
Apêndice V	Instrumento - Escala Likert.....	128
Anexo I	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.....	130

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CTA	Centros de Triagem e Aconselhamento
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose de Ribeirão Preto
GEOHids	Grupo de Estudos Operacionais em HIV/AIDS
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ILTB	Infecção latente da Tuberculose
LILACS	Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde
LGBT	Lésbicas gays bissexuais e transgêneros
NGA-59	Ambulatório Regional de Especialidades
ONG	Organizações não governamentais
PN-DST/aids	Programa Nacional de DST/aids
PubMed	Public/Medline ou Publisher Medline
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/AIDS
RAS	Redes de atenção à saúde
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica
SAE	Serviços Ambulatoriais Especializados
SINAN	Sistema de informação de Agravos de Notificação
SMS/RP	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
SUS	Sistema Único de Saúde

TARV	Terapia Antirretroviral Combinada
TB	Tuberculose
UBDS	Unidades Básicas Distritais de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDI	Usuários de drogas injetáveis
UETDI	Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/aids
USP	Universidade de São Paulo
HTLV	Vírus T-linfotrópico humano

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Condições crônicas - se iniciam e evoluem lentamente. Apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, não há padrões regulares ou previsíveis e podem estar associadas a um volume maior de sintomas e à perda de capacidade funcional. É importante considerar que as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização e, nesses momentos, devem ser enfrentadas pelo sistema de atenção à saúde, na mesma lógica - episódica e reativa das condições agudas, incluindo o manejo no campo das redes de atenção às urgências e às emergências. O adequado manejo às condições crônicas exige cuidado integral e efetivo, visto que o almeja-se o controle da doença e não a cura (MENDES, 2012).

Condições agudas - geralmente se iniciam repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem aos tratamentos específicos, como medicamentoso ou as cirurgias (MENDES, 2012).

Aids - O Dicionário da Língua Portuguesa, de Antonio Houaiss, marca a palavra aids em letras minúsculas, considerando-a, portanto, um substantivo feminino. A Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CN-DST/AIDS) adotou a forma substantiva com grafia minúscula. A grafia maiúscula, AIDS, é utilizada quando a palavra faz parte de uma sigla. Ex: CN-DST/AIDS. Aids aparece em início de parágrafos ou em títulos onde as outras palavras são marcadas com as iniciais maiúsculas. Neste trabalho, as diferentes formas de escrever a palavra aids seguiram esta orientação (SOUZA, 2008).

Cuidado - a lógica do cuidado prestado deve sempre conter a proposta de uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento, seja ele de natureza bio-psico-social tanto individual como coletivo, ou o alcance de um bem estar comum, resultando em um projeto de co-responsabilidades entre os sujeitos onde as diversas subjetividades sejam de fato consideradas no processo de interação. As dimensões fundamentais do cuidado são: 1. voltar-se à presença do outro, ou seja, atentarmos para o envolvimento dos sujeitos na formulação e execução das intervenções de saúde; 2. Otimizar a interação, através de da

dinâmica da comunicação e “ausculta sensível”, efetivada através do acolhimento e práticas humanizadas; 3. Enriquecer horizontes para um cuidar efetivo, através da superação do modelo biomédico e do jargão sanitário rumo à interdisciplinaridade e intersectorialidade, propiciando um intenso protagonismo comunitário na definição de estratégias e ações de saúde (AYRES, 2004).

Integralidade – dimensão “elenco de serviços” implica no estabelecimento de “arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite. Isso inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários” (STARFIELD, 2002).

APS – deve ser capaz de elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, assim como ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes níveis de atenção, por meio de encaminhamentos sempre que necessário, atuando como um centro de comunicação e coordenador do cuidado dos usuários em qualquer ponto de atenção através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. (MENDES, 2009, 2010; 2011).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	23
1 DELINIAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO.....	26
1.1 A Magnitude da Epidemia do HIV/aids.....	26
1.2 A organização da assistência às pessoas que vivem com HIV/aids: impactos e desafios das Políticas Públicas.....	32
1.3 Oferta de ações e serviços de saúde em HIV/aids: estado da arte.....	39
2 QUADRO TEÓRICO.....	43
3 OBJETIVOS	48
3.1 Objetivo Geral	48
3.2 Objetivos Específicos.....	48
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	50
4.1 Tipo do estudo.....	50
4.2 Cenário de estudo.....	50
4.2.1 Atenção ao HIV/aids no município de Ribeirão Preto.....	52
4.3 População de estudo e amostra.....	56
4.3.1 Cálculo e seleção da amostra do estudo.....	57
4.4 Instrumento de coleta de dados.....	57
4.4.1 Variáveis envolvidas no estudo.....	59
4.5 Procedimento de coleta de dados.....	61
4.6 Análise dos dados.....	62
4.7 Aspectos Éticos.....	63
4.8 Limitações do estudo.....	64
5 RESULTADOS.....	66
5.1 Perfil sociodemográfico das PVHA.....	66
5.2 Perfil clínico e acompanhamento do caso.....	68
5.3 Oferta de ações e serviços de saúde às PVHA no município de Ribeirão Preto.....	71
5.3.1 Oferta de ações e serviços de saúde às PVHA nos diferentes SAEs.....	74
6 DISCUSSÃO.....	80
6.1 Caracterização das PVHA nos SAEs: o contexto social e o impacto na assistência.....	80

6.2 A composição dos SAEs: desafios para o cuidado e o trabalho em equipe.	85
6.3 Integralidade do cuidado e integração da rede: desafios na oferta de ações e serviços de saúde às PVHA.....	91
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICES.....	117
ANEXO.....	129

APRESENTAÇÃO

O presente estudo está inserido no Projeto Regular FAPESP, intitulado: **“Assistência às pessoas que vivem com Aids no município de Ribeirão Preto-SP: análise da oferta e integração de ações e serviços de saúde”** (Processo nº 2010/17607-7), desenvolvido pelo GEOHids e pertencente à linha de pesquisa “Práticas, Saberes e Políticas de Saúde” do Programa de Pós Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

Meu interesse pela Saúde Pública esteve presente desde a realização do curso de Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP de 2002 a 2006, na qual tive a oportunidade de me inserir como aluna de Iniciação Científica e, posteriormente, Mestrado pelo Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública sob orientação da Profa. Dra. Ione de Carvalho Pinto. Os projetos de pesquisa desenvolvidos pertenciam ao projeto “Os Sistemas de informação em atenção primária à saúde como instrumentos de gestão da estratégia saúde da família” que tinha como objetivo estudar o desenvolvimento e implantação de sistemas de informação em saúde, bem como seu uso no apoio a tomada de decisão e avaliação em saúde e enfermagem.

A escolha por esta linha de pesquisa se deu pelo fato de acreditar que o aprimoramento das práticas de saúde, assistência e gerenciamento, se faz também por meio de instrumentos de monitoramento, planejamento e avaliação em saúde, e que os Sistemas de Informação fazem parte deste processo, sendo um instrumento de trabalho do enfermeiro assistencial e gestor.

Durante este período, fui enfermeira voluntária em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto, o CSE-Sumarezinho, vinculado à FMRP-USP. Esta experiência me manteve próxima ao serviço, a realidade de trabalho vivenciada pelos profissionais de saúde, seus conflitos, desafios e alegrias (experimentadas) vivenciadas fora dos muros da Universidade.

Após o mestrado me inseri diretamente na assistência por meio de concurso público, assumindo o cargo de enfermeira nesta mesma Unidade de Saúde, o que me manteve próxima à academia, e, acreditando que o desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão não deve estar dissociado da pesquisa, meio pelo qual comprovamos e desenvolvemos práticas de assistência e políticas públicas relacionadas à saúde e promovemos a divulgação das mesmas, iniciei o curso

Doutorado em Saúde Pública também pelo Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, sob orientação da Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto.

Esta nova experiência profissional me aproximou da temática do HIV/aids enquanto uma condição crônica e infecciosa no sistema de saúde brasileiro, foco este que está sendo abordado pelo Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids (GEOHids), liderado pela Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe, e que, com a convivência constante em decorrência das orientações dos alunos de graduação em enfermagem, em estágios no serviço, trouxe a oportunidade para direcionar a pesquisa do Doutorado para a referida temática. A parceria no desenvolvimento de trabalhos e projetos de pesquisa entre as Profas. Ione Cravalho e Aline Monroe oportunizou a mudança de orientação para o desenvolvimento do presente trabalho, tendo como um dos produtos o fortalecimento da parceria entre as mesmas.

Tal temática resultou na elaboração da presente pesquisa, a qual pretende contribuir com a produção de conhecimentos e a formulação de políticas públicas relacionada à oferta da assistência no que se refere às ações e serviços de saúde prestados para a adequada assistência às pessoas que vivem com HIV/aids em Ribeirão Preto.

1 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1 A Magnitude da Epidemia do HIV/aids

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é uma doença crônica, infecciosa, causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que se caracteriza pela progressiva destruição do sistema imunológico humano. A evolução natural da infecção pelo HIV dá-se por intensa e contínua replicação viral que, em sua forma mais grave, se manifesta pelo surgimento de diversas infecções oportunistas, que podem levar o infectado à morte (SOUZA, 2008).

A Aids foi descoberta no início da década de 1980 e, ainda hoje, é considerada como um dos mais sérios problemas de saúde pública, representando um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende de vários fatores, dentre eles, do comportamento humano individual e coletivo, bem como das injustiças econômicas e sociais.

Destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela magnitude e extensão dos danos causados às populações e, desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral (BRITO, 2000).

Os primeiros casos da Aids ocorreram nos Estados Unidos da América em 1978, a partir da identificação de um número elevado de indivíduos adultos do sexo masculino, homossexuais, que apresentavam comprometimento do sistema imunológico com consequentes infecções oportunistas, tratando-se de uma doença provavelmente infecciosa e transmissível. A partir daí, verificou-se uma rápida disseminação para os demais países (RIBEIRÃO PRETO, 2012a).

No Brasil, o primeiro caso de Aids foi notificado retrospectivamente no Estado de São Paulo como tendo ocorrido em 1980. Desde os primeiros casos até a atualidade o número de doentes tem aumentado notavelmente e importantes mudanças vêm ocorrendo no perfil epidemiológico.

No cenário mundial, estima-se que 35,3 milhões de pessoas vivam com HIV, sendo 30,7 milhões de adultos, 16,7 milhões de mulheres e 3,4 milhões de menores de 15 anos. Em 2012, houve 2,3 milhões de novas infecções por HIV, o que corresponde a uma queda 20% em comparação ao ano de 2001. No ano de 2012, novas infecções por HIV em crianças foram reduzidas a 260 mil, verificando redução de 52% desde 2001 (UNAIDS & WHO, 2012).

O número de óbitos por causas relacionadas com a Aids começou a declinar em meados dos anos 2000 no cenário mundial, muito em decorrência da introdução de terapia antirretroviral combinada (TARV) na década de 1990. Em 2011, 1,7 milhões de pessoas morreram de causas relacionadas com a Aids em todo o mundo. Isso representa uma queda de 24% na mortalidade relacionada com este agravo em comparação com 2005, quando 2,3 milhões óbitos foram notificados (UNAIDS & WHO, 2012).

No Brasil, estima-se que aproximadamente 718 mil indivíduos vivam com o HIV/aids, o que representa uma taxa de prevalência de 0,4% na população em geral, dos quais em torno de 80% (574 mil) tenham sido diagnosticados. Nos últimos 10 anos, a taxa de detecção de Aids no Brasil sofreu uma elevação de cerca de 2%, com diferenças significativas entre as regiões, observando-se uma diminuição de 18,6% na taxa de detecção na Região Sudeste e 0,3% na Sul, enquanto nas demais regiões observa-se um aumento, sendo de 92,7% na Região Norte, 62,6% na Nordeste e 6,0% na Centro-Oeste (BRASIL, 2013a).

No ano de 2012, foram notificados 39.185 casos de Aids no Brasil. Este valor vem mantendo-se estável nos últimos 5 anos. A taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. Em menores de cinco anos, indicador utilizado no Brasil para monitorar a transmissão vertical do HIV, a taxa de detecção foi de 3,4/100.000 habitantes, o que corresponde a uma redução de 35,8% em relação a 2003 (BRASIL, 2013a).

Existem mais casos desta doença no sexo masculino (385.818) do que no feminino (207.080), com uma razão de sexos de 1,7 casos em homens para cada caso em mulheres. Desde o início da epidemia, a razão entre os sexos tem apresentado variações graduais ao longo do tempo, em 2005 atingiu seu menor valor (1,4) e desde então tem apresentado aumento (BRASIL, 2013a). Destaca-se que tal informação diz respeito apenas aos casos de Aids e não à infecção pelo HIV, portanto, não expressam a magnitude da epidemia. Calcula-se que, para cada caso de Aids, em média, existam três pessoas infectadas pelo HIV (NICHATA, 2010).

Ressalta-se que, nos moldes de outros países, desde 1996, o Brasil vem apresentando uma redução da mortalidade por Aids, principalmente no sexo masculino, entretanto, esta tendência não é observada para todas as regiões. Em 2012, a taxa de mortalidade padronizada do Brasil foi de 5,5 óbitos/100.000 habitantes. Do total de óbitos por Aids ocorridos no Brasil até 2012, 190.215 (71,6%) ocorreram entre homens e 75.371 (28,4%) entre mulheres (BRASIL, 2013a).

No estado de São Paulo, onde se concentra a maior parte da epidemia nacional, (33% dos casos do país), foram registrados 228.698 casos de Aids até junho de 2013, e 103.267 óbitos. Estima-se em aproximadamente 132.000 o número de portadores do HIV com idade entre 15 e 49 anos no estado, com uma queda na taxa de incidência, que em 1998 era de 35 por 100 mil habitantes, chegando a 20,8 em 2011(SÃO PAULO, 2013).

São registrados 23 novos casos de Aids nos serviços do Estado, todos os dias, ainda que houve uma redução de 40,5%, em 2011 comparado a 1998, quando eram registrados mais de 35 novos casos por dia. De cada 100 mil habitantes do estado de São Paulo, em 1991, 13 a 14 morreram tendo a Aids como principal causa de morte. Em 2012 atingiu-se o inédito patamar de 6,6 mortes por 100 mil habitantes. Em 2012 morreram 2.767 pessoas – 1.856 homens e 911 mulheres por Aids, mantendo a tendência consistente de queda iniciada em 1996 (SÃO PAULO, 2013).

O município de Ribeirão Preto acumulou 5.637 casos notificados de Aids até o ano de 2011 (RIBEIRÃO PRETO, 2012b) e ocupava o 13º lugar no Estado de São Paulo em incidência (SÃO PAULO, 2011) com 35,6 casos por 100.000 habitantes em 2009 (RIBEIRÃO PRETO, 2012b). Vale destacar que o município apresentava um aumento na taxa de incidência em uma velocidade de 10,2 casos de Aids por 100.000 habitantes ao ano no período de 1985 a 1997, sendo que, desde então, vem apresentando redução na taxa de incidência em uma velocidade de 6,2 casos de Aids por 100.000 habitantes ao ano (RIBEIRÃO PRETO, 2012b), conforme Figura 1.

Figura 1. Incidência de casos de Aids por 100.000 habitantes no município de Ribeirão Preto no período de 1985 a 2011.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS/RP) – Vigilância Epidemiológica.

Nota-se crescente aumento da sobrevida, redução da incidência de doenças oportunistas e queda das internações hospitalares dos portadores de HIV/aids no Brasil. Os avanços tecnológicos e o melhor conhecimento da etiopatogenia do agravo permitiram o desenvolvimento de novas propostas de intervenções diagnósticas, profiláticas e terapêuticas (BRITO, 2000). A disponibilidade universal e gratuita de terapias antirretrovirais na rede pública de serviços de saúde causou um impacto notável nos indicadores de morbimortalidade (CONTI, et. al, 2000).

Como resultado deste avanço tecnológico e das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV no país revela epidemia de múltiplas dimensões que vem, ao longo do tempo, sofrendo transformações significativas.

Segundo Seffner (2006), historicamente, o curso da epidemia no país pode ser dividido em três grandes fases. A primeira fase foi caracterizada pela transmissão principalmente em homossexuais, com um nível de escolaridade alto, onde perpassava o conceito de "grupo de risco" que foi amplamente difundido através da mídia, restringindo o olhar apenas ao infectado, impedindo a adoção de ações mais amplas no campo da saúde (SEFFNER, 2006).

A característica principal do modelo de saúde adotado nesta fase é o olhar para a doença apenas como fruto do comportamento individual, o que faz com que a Aids seja tratada como algo episódico e distante, associada à promiscuidade, drogas e homossexualidade (SEFFNER, 2006).

Em uma segunda fase, observa-se o incremento da transmissão em usuários de drogas injetáveis (UDI) e uma maior disseminação entre as pessoas que têm prática heterossexual, perpassando o conceito de "comportamento de risco" ou práticas de risco. Nesta fase, as estatísticas começaram a mostrar que o agravo não acometia somente indivíduos dos grupos de risco tradicionais, mas atingia a todos que adotavam comportamentos de risco, como manter relações sexuais sem o uso do preservativo, compartilhar seringas, receber transfusão de sangue não testado, dentre outras. Assim, as estratégias de redução de risco foram voltadas para a difusão de informações, controle dos bancos de sangue e estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis. Esse modelo tende a retirar o estigma dos grupos nos quais a epidemia foi inicialmente detectada, mas demonstra uma tendência à culpabilização individual (SEFFNER, 2006).

Na terceira fase, acentua-se uma maior disseminação entre os heterossexuais, principalmente mulheres, com um aumento percentual entre as pessoas de baixa escolaridade e a interiorização para municípios de médio e pequeno porte, ampliando assim, o olhar sobre a exposição ao vírus e inaugurando o conceito de *vulnerabilidade* nas ações de promoção e prevenção da transmissão do vírus (SEFFNER, 2006).

Em outra perspectiva, tem-se a análise de vulnerabilidade que, conforme Ayres, (2003), "envolve a avaliação de três eixos interligados: componente individual ou pessoal, componente social e componente programático ou institucional".

No plano pessoal, a vulnerabilidade depende do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e, também, das possibilidades efetivas de transformar suas práticas (AYRES, 2003).

A vulnerabilidade social pode ser entendida como um espelho das condições de bem-estar social, as quais envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão (AYRES, 2003).

No plano institucional, a vulnerabilidade pode ser avaliada a partir de aspectos como: compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema; ações efetivamente propostas e implantadas por essas autoridades; coalizão interinstitucional e intersetorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho etc.) para a ação; planejamento e gerenciamento dessas ações; financiamento adequado e estável dos programas; continuidade dos programas; avaliação e retroalimentação dos programas; sintonia entre programas institucionalizados e aspirações da sociedade; vínculos entre as instituições e a sociedade civil organizada, etc. (AYRES, 2003).

Os desafios apontados nesta fase demandam novas respostas, tanto do governo como da sociedade civil, que vão desde a reconceitualização da epidemia até a modalidade de enfrentamento de sua expansão social.

De epidemia inicialmente restrita a alguns círculos cosmopolitas das denominadas metrópoles nacionais e marcadamente masculina, depara-se, hoje, com quadro marcado pelos processos da heterossexualização, da feminização, da interiorização e da pauperização, atingindo cada vez mais pessoas que têm muitos de seus direitos restringidos (BRITO, 2000).

Desta forma, é importante refletir sobre a formulação e implementação das políticas públicas, levando em conta a realidade deste novo perfil epidemiológico, com a concepção de novas estratégias de intersecção de ações para a prevenção e a assistência, bem como o estabelecimento de mecanismos de apoio que visem à redução da vulnerabilidade da população ao HIV/aids e garantam os direitos de todas as pessoas infectadas pelo vírus.

Ainda, a compreensão da dinâmica de doenças como o HIV/aids supera a mera apreensão de suas taxas epidemiológicas, uma vez que inclui também a compreensão das relações e condições de vida que ocorrem em determinado território em situação de vulnerabilidades diversas (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). Nesse sentido, conceber as novas tendências que vêm apresentando a epidemia do HIV/aids no Brasil, as quais caracterizam transformações no perfil das pessoas contaminadas e que, aliadas ao impacto do Programa Brasileiro de DST/aids frente à política de acesso universal e gratuito à TARV, resultam no desenvolvimento de um perfil crônico-degenerativo assumido pela doença, fato que impõe a necessidade de desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias, as quais superam o jargão sanitário, envolvendo aspectos políticos, sociais, econômicos, antropológicos, científicos, dentre outros.

1.2 A organização da assistência às pessoas que vivem com HIV/aids: impactos e desafios das Políticas Públicas.

A reforma sanitária e seu papel no estabelecimento de uma ordem social democrática contribuiu para transformar a política de saúde e inaugurar um novo contexto institucional, tornando o acesso à saúde “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado no Brasil em 1988 com a promulgação da nova Constituição Federal, institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes (BRASIL, 1988). Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, bem como da rede assistencial, dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência (BRASIL, 2004).

No contexto da reforma sanitária brasileira, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 1988). Aqui, a integralidade se refere, sobretudo, à abrangência dessas respostas governamentais, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais (FRANCO, 2004).

Franco (2004) ainda discute outros dois conjuntos de sentidos, um relativo aos aspectos da organização dos serviços de saúde e outro voltado para atributos das práticas de saúde. Pode haver algum grau de integralidade quando uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender da melhor forma possível as necessidades de saúde trazidas por cada indivíduo (CECÍLIO, 2001). Porém, a linha de cuidado pensada de forma plena atravessa inúmeros níveis de serviços de saúde. Uma unidade de saúde pode ser vista como um componente fundamental da integralidade do cuidado, pensada de forma ampliada, como uma estação na rede que cada indivíduo percorre para obter o cuidado de que necessita (CECÍLIO & MERRY, 2003).

Deste modo, uma equipe que atende na perspectiva da integralidade deve ser capaz de identificar o agravo que causa o sofrimento manifestado, dar resposta imediata à dor e reconhecer a necessidade de outras intervenções relacionadas à promoção de saúde e a prevenção das doenças (MATTOS, 2004).

Segundo Starfield (2002),

não deve ser esperado que nenhum tipo de profissional lide sozinho com todas as necessidades na população. Ao invés disso, a integralidade requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários para os problemas que ocorrem com frequência suficiente para que os profissionais mantenham sua competência. As 'necessidades' podem ser sintomas, disfunções, desconfortos ou enfermidades; também podem ser intervenções preventivas indicadas ou até mesmo intervenções para promoção da saúde.

A questão política relevante para a integralidade, neste caso, está embasada na decisão de quais serviços pertencem, adequadamente, a um ou outro local dentro da rede assistencial, cabendo ao profissional a responsabilidade de reconhecer as necessidades de atenção à saúde e providenciar ou coordenar a prestação de serviços a serem disponibilizados em outros locais (STARFIELD, 2002).

O conceito de integralidade remete, aqui, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência entre os atores e as organizações, em face da constatação de que nem um nem outro dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ, 2004).

Nesta perspectiva, defende-se o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde que se façam necessários, o que, numa rede assistencial, pode assumir a forma da defesa ao acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Outra coisa, igualmente importante, é defender que em qualquer nível haja uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde (FRANCO, 2004).

A evolução das políticas de saúde em relação à HIV/aids no Brasil caracterizou-se por fases distintas considerando-se o desenvolvimento dos conhecimentos científicos em relação à doença, a participação de diferentes segmentos sociais e institucionais na construção das respostas à epidemia e as articulações que permearam o espaço de organização dessas ações oficiais (MARQUES, 2002).

Teixeira (1997) explica esses eventos da seguinte maneira: em primeiro lugar, a demanda foi gerada por pessoas que tinham como prática social a luta pelos direitos de um setor marginalizado e minoritário da população, no caso os homossexuais; segundo, a coordenação das ações coube a um grupo acostumado a lidar com outra enfermidade historicamente vinculada ao contágio, ao estigma e à discriminação que sempre caracterizaram os portadores de hanseníase; e em terceiro, o cenário político vigente, que coincidiu com o primeiro governo do estado eleito democraticamente após o golpe militar de 1964 e se caracterizou por um movimento de caráter sanitarista e progressista.

Grangeiro (et al., 2009) defende que foram a abertura política, após o fim do regime militar, e o consequente movimento de redemocratização que tornaram possível, por parte do governo, a tradução das demandas apresentadas pela sociedade em políticas de saúde. Ele defende ainda que foi o ativismo da sociedade civil que manteve e vem mantendo o combate ao HIV/aids como uma das prioridades das políticas de saúde do governo brasileiro.

O primeiro programa de combate à doença no Brasil foi estruturado em São Paulo, em 1984 com a criação do Programa Estadual de Aids de São Paulo, e posteriormente, do Programa Nacional de DST e Aids. O Grupo de Apoio e Prevenção a Aids (GAPA) foi a primeira Organização não Governamental (ONG) brasileira criada, em 1985, para promover a luta contra a doença (TEIXEIRA, 1997). O Brasil iniciou, em 1991, o processo para aquisição e distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais a todos os cidadãos brasileiros, independente do seu status econômico, desde que devidamente notificado o agravo, tendo efeito também na subnotificação (PARKER, 2000). Em 1993, inicia-se a produção interna da zidovudina (AZT), e em 1996, com a instituição da Terapia Combinada, observa-se uma grande mudança na história da epidemia causando um forte impacto na assistência, onde, no início da década de 90, a média de sobrevida de uma pessoa diagnosticada com Aids era de apenas 5 meses (FONSECA, 2005), passando no ano de 2000 para 58 meses e em 2007 para 9 anos (BRASIL, 2012).

No início dos anos 90 foram definidas diretrizes para a organização da assistência às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), podendo ser descritas a instalação de Serviços Ambulatoriais Especializados (SAEs), que se configuraram enquanto espaço privilegiado para esta assistência no sistema de saúde. O SAE tem por objetivo prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de equipe multidisciplinar fundamentando-se na utilização de protocolos clínicos e terapêuticos (BRASIL, 2014). Estes serviços desenvolvem ações de assistência, prevenção e tratamento e destacam-se por possuir diferentes configurações institucionais, sendo eles ambulatório geral ou de especialidades, hospitais, unidades básicas, postos de saúde, policlínicas e SAE. Podem ser administrados de diversas formas, por municípios, estados, União, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais e se dividem em diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2014).

Dentre as atividades propostas aos SAEs estão a oferta de atividades voltadas para a adesão ao tratamento e para o manejo de eventos adversos; o planejamento familiar incluindo estratégias de redução de risco para transmissão sexual e vertical do HIV no planejamento da reprodução, garantindo o direito sexual e reprodutivo das PVHA; a indicação de profilaxias primárias e secundárias para infecções oportunistas (IO) e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST); Prevenção e abordagem dos eventos adversos à TARV; Diagnóstico e manejo das comorbidades e infecções oportunistas; Diagnóstico e manejo das coinfeções (Hepatites Virais-HV, vírus T-linfotrópico humano-HTLV, entre outros); Diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento da coinfeção HIV/TB (ativa/Infecção latente-ILTB); Realização de Prova Tuberculínica¹ (PT); Acompanhamento psicológico, social e de enfermagem; Prevenção e tratamento das afecções odontológicas por meio de parcerias ou profissionais de outros serviços (BRASIL, 2013b).

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/aids (PN-DST/aids), produz normas gerais para os serviços e é responsável pela provisão de suprimentos estratégicos, como antirretrovirais e testes de carga viral e de contagem de linfócitos T-CD4+. Exceto por esses recursos, a estrutura dos serviços depende das características regionais/locais do programa e do sistema de saúde.

Assim, ao portador de HIV/aids que recebe o diagnóstico, é oferecido de forma contínua, um tratamento com condutas clínicas e terapêuticas consideradas seguras e eficazes à luz do conhecimento científico atual (SOUZA, 2008).

Apesar do tratamento e o acompanhamento das PVHA ocorrer predominantemente nos serviços de saúde especializados, situados em nível secundário, a atenção básica constitui-se como um elemento fundamental na constituição das redes para a prevenção e adequado manejo do agravo nos diversos contextos sanitários.

¹ Desde Julho de 2014 há dificuldades na aquisição do Derivado Protéico Purificado – PPD pelo Ministério da Saúde para PT. Assim, recomenda-se um acompanhamento clínico rigoroso das PVHA no que tange a investigação da tuberculose ativa. Descartando-se a TB ativa, recomenda-se tratamento da infecção latente para toda PVHA que apresente um ou mais dos critérios: risco epidemiológico acrescido; LT-CD4+ < 350cel/mm³; pacientes sem TARV ou em TARV com carga viral detectável. Recomenda-se ainda individualizar a decisão de iniciar o tratamento da ILTB sem a PT, considerando-se riscos e benefícios da estratégia.

Coerentes com a lógica dos princípios básicos do SUS, os serviços de Atenção Básica (AB) devem ser estruturados para possibilitar o acolhimento, o diagnóstico precoce, a assistência oportuna e o encaminhamento dos portadores de HIV/aids, bem como de outras DST, hepatites virais e HTLV às unidades de referência quando necessário (BRASIL, 2006b). As possibilidades de atuação no âmbito dos serviços de Atenção Básica para a prevenção e o manejo de condições crônicas como o HIV/aids, incluem:

- Atividades educativas para promoção à saúde e prevenção;
- Aconselhamento para os testes diagnósticos, bem como para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência;
- Diagnóstico precoce da infecção pelo HIV;
- Encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto;
- Prevenção da transmissão vertical do HIV;
- Identificação e manejo adequado dos indivíduos em uso indevido de drogas (BRASIL, 2006b).

No município do Ribeirão Preto, o Programa Municipal de DST/aids e Hepatites Virais tem como missão diminuir a vulnerabilidade da população em adquirir DSTs e HIV/aids; melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas e reduzir o preconceito, a discriminação e os demais impactos sociais negativos desses agravos, através de políticas públicas pautadas pela ética e compromisso com a promoção da saúde e da cidadania, em consonância com os princípios do SUS, sendo um de seus objetivos ampliar o acesso e melhorar a qualidade de diagnóstico, tratamento e assistência a população (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

A atenção às PVHA em Ribeirão Preto ocorre prioritariamente em nível secundário e terciário. Em relação ao nível secundário, são cinco ambulatórios de referência em HIV/aids distribuídos nos cinco distritos de saúde do município (em três Centros de Referência em DST/aids e dois ambulatórios de especialidades) os quais operam com equipes especializadas, disponibilizando serviços como Assistência Domiciliar Terapêutica (SAD) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) (RIBEIRÃO PRETO, 2011b).

Porém, a atenção integral ao portador de HIV/aids necessita não apenas da implementação de ações de prevenção e assistência, mas também do fortalecimento da integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde existentes no município, cuja resolubilidade varia de acordo com os recursos financeiros, técnicos, humanos e de infra-estrutura do serviço (BRASIL, 2006b).

É fundamental que a organização da rede de atenção à saúde favoreça o acesso, responda às necessidades e demandas populacionais e que os profissionais incorporem em seu processo de trabalho a preocupação com a identificação dos grupos de indivíduos em situação de vulnerabilidade, ofertando-lhes atendimento humanizado e resolutivo. Adicionalmente, o desenvolvimento de ações na comunidade é necessário com a finalidade de promover o aumento da percepção de risco sobre o HIV/aids, dentre outros agravos, além de estimular permanentemente a adoção de práticas seguras para a saúde (BRASIL, 2006b).

A partir destes conceitos, é possível perceber a importância do princípio da integralidade nas políticas de saúde, nos serviços e nas práticas assistenciais, pois a sua garantia se apresenta como um dos atributos para a transformação do modelo assistencial.

Nesse sentido, conceber as transformações sociais e as novas tendências que vêm apresentando a epidemia do HIV/aids no Brasil (SANTOS et. al., 2002; CAMARGO & BERTOLDO, 2006; PINTO et. al., 2007; POTTES et. al., 2007; SOUZA & LEITE, 2008), atreladas ao desenvolvimento do perfil crônico-degenerativo assumido pela doença, cada vez mais, impõe desafios aos serviços de saúde em busca do manejo adequado deste agravo.

1.3 Oferta de ações e serviços de saúde em HIV/aids: estado da arte

Realizou-se busca bibliográfica no período de novembro/2013 a março/2014 nas bases de dados “*Literatura Latino Americano em Ciências de Saúde*” (LILACS) e “*Publisher Medline*” (Pubmed), por meio da combinação de descritores (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) “*Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*” e “*terapia antirretroviral de alta atividade*” com os descritores “*serviços de saúde*”, “*assistência integral à saúde*”, “*acesso aos serviços de saúde*” e “*avaliação em saúde*”. Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão do material bibliográfico: artigo completo publicado entre os anos de 2009 e 2014; periódicos nacionais e internacionais; idiomas português, inglês e espanhol; menção nos resumos da assistência prestada pelos serviços de saúde no manejo do HIV/aids.

Foram identificados 47 artigos científicos, dos quais 42 foram selecionados e categorizados de acordo com os principais resultados e contribuições, a saber: *Diferentes perfis de vulnerabilidade individual e social relacionadas à exposição e adoecimento* (NYIRENDA et al, 2012; LINLEY et al, 2012; BROOKS et al, 2012; HENRY, 2009; MAYER et al, 2012; ADANS et al, 2011; CAMARGO et al, 2012; TAQUETTE et al, 2011; TAQUETTE 2013; VERAS et al 2011; MELENDEZ et al, 2009, LOPES et al, 2011; GASPAR et al, 2011); *prevenção em HIV/aids: estratégias dos serviços e conhecimento social* (FERRAZ et al, 2009; ZAMBENEDETTI, 2012; FARR et al, 2009; TITUS et al, 2009; KENNY et al, 2012; DAVIS et al, 2012; MOURA et al, 2013; TORRES et al, 2011; MONFORTE et al, 2013); *impacto das políticas de combate ao HIV/aids no Brasil e no mundo* (GRANGEIRO et al, 2009b; HORWOOD et al, 2010; NYIRENDA et al, 2012; FERRAZ et al, 2009; JOHNSON et al, 2013; KUOKAWA et al, 2013; ZAMBENEDETTI, 2012; ZHOU et al, 2011); *avaliação da assistência às PVHA – organização dos serviços, acesso à TARV e adesão ao tratamento* (NEMES et al, 2013; SILVA et al, 2009; LAGO et al, 2009; FERNANDES et al, 2009; NEMES et al, 2009; CARACIOLO et al, 2009; ZAMBENEDETTI et al, 2013; BARBOSA et al, 2009; OLIVEIRA, 2009; REGO et al, 2010); e *desafios relacionados ao preparo e qualificação dos recursos humanos em saúde para a assistência ao HIV/aids* (ERHABOR et al, 2012; REIS & GIR, 2009; SMITH & MBAKWEM, 2010; SARNA & KELLERMAN, 2010; BRASILEIRO et al, 2011).

Os materiais selecionados apontam que apesar dos avanços da resposta brasileira à epidemia do HIV/aids (VERAS et al, 2011; GRANGEIRO et al, 2009b) ainda há muito por ser feito em busca de uma assistência pautada na integralidade do cuidado, com vistas à prevenção, promoção da saúde, tratamento e recuperação. À parte do sucesso com a introdução da TARV, brasileiros continuaram a morrer de Aids e muitas das causas subjacentes a essa mortalidade são preveníveis (VERAS et al, 2011). Neste estudo, a categoria de exposição UDI apresentou maior chance de óbito.

Oliveira (2009) refere que ainda hoje são apresentadas limitações da operacionalização das políticas de acesso universal, com descontinuidade do cuidado e capacidade limitada de adequação às especificidades dos usuários. Dificuldades em manter uma estrutura mínima de recursos humanos e materiais, simplificação da organização dos processos de trabalho, gerenciamento sem projeto técnico e trabalho centrado no profissional médico também foram relatados como aspectos que dificultam o cuidado (NEMES et al, 2013; FERRAZ & NEMES, 2009).

Serviços de prevenção e diagnóstico como os CTAs ainda estão predominantemente implantados em regiões em que a epidemia é relevante, porém foi identificado que em 85,3% dos municípios brasileiros com alta incidência de HIV não existia tal serviço, estando também associado à menor estrutura de saúde e piores indicadores sociais (GRANGEIRO et al, 2009b). A abrangência da rede é reduzida, minimizando a contribuição desses serviços na oferta do diagnóstico do HIV no Brasil (GRANGEIRO et al, 2009b). Para Fernandes (2009b), facilitar o acesso dos pacientes com resultado positivo aos serviços de referência pode contribuir para a redução do número de pacientes que iniciam tardiamente a TARV.

Também foi identificada a necessidade do direcionamento das Políticas Públicas às populações mais vulneráveis (BARBOSA & FACCHINI, 2009; TAQUETTE et al, 2013; MOURA et al, 2013) com investimento em serviços de saúde sexual e reprodutiva em áreas mais pobres e ações de promoção de saúde direcionadas aos rapazes homossexuais e às adolescentes (TAQUETTE, 2011), além, de serviços que trabalhem também os direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva de gênero (SAMPAIO et al, 2011).

As desigualdades regionais são gritantes e a velocidade de crescimento do número de novos casos é mais expressiva nas regiões Norte e Nordeste, entre mulheres e entre aqueles com menores condições sociais. Homossexuais, usuários de drogas, travestis, presidiários e profissionais do sexo enfrentam um risco significativamente maior de se infectar do que a população em geral (GRANGEIRO et al, 2009a). Os impactos negativos quer seja físico, social ou emocional da infecção pelo HIV revelaram a necessidade dos serviços de saúde estarem preparados para oferecer assistência integral às pessoas com HIV/aids, valorizando os fatores psicossociais (CASTRIGHINI et al, 2013; GASPAR et al, 2011, SILVA et al, 2010).

Um aspecto positivo no cuidado às PVHA é apresentado por Brasileiro (2011), identificando que intervenções de enfermagem durante a terapia resultou em assistência eficaz à maioria dos pacientes pesquisados. Tais resultados mostraram que houve alteração positiva da maioria dos diagnósticos de enfermagem, tais como mucosa oral prejudicada, risco de solidão, déficit de lazer, déficit de autocuidado e ansiedade (BRASILEIRO et al, 2011).

Desta forma, os materiais selecionados mostram a complexidade e os desafios que envolvem a abordagem ao HIV/aids em diversos contextos sanitários, uma vez que a assistência às PVHA transcende fatores biológicos e clínicos, agregando elementos sociais e, sobretudo, culturais em função de valores e preconceitos já enraizados na população como um todo. Tal complexidade se depara com as debilidades estruturais dos serviços de saúde, pautadas no predomínio de uma assistência fragmentada, no enfoque biologicista e médico centrado, além do despreparo dos diversos profissionais de saúde para a incorporação de responsabilidades relacionadas à prevenção e controle da doença.

De modo geral, os estudos analisados apontam a existência de lacunas na produção do conhecimento científico em relação à oferta de ações e serviços de saúde às PVHA na perspectiva da integralidade, reiterando, nesse sentido, a importância do desenvolvimento do presente estudo, o qual possibilitará identificar os desafios que permeiam esta oferta, levando-se em consideração a transcendência, a complexidade e as transformações sócio-sanitárias do agravo, bem como a sinergia entre a proposição de políticas públicas e a capacidade estrutural e organizacional do sistema de saúde.

2 QUADRO TEÓRICO

A mudança no perfil epidemiológico do HIV/aids favorece a desconstrução da ideia de morte iminente, sendo este agravo, hoje, considerado como uma doença crônica, onde a qualidade da assistência configura-se como um importante determinante do sucesso dos programas, contribuindo para o controle da epidemia e gerando impactos positivos na qualidade de vida e reduzindo a mortalidade dos indivíduos (SCHAURICH, 2006).

Deve-se lembrar de que o caráter de doença crônica da infecção do HIV/aids, aliado à queda da frequência de internações dos pacientes, deslocou a importância do atendimento hospitalar, espaço privilegiado de assistência ao paciente HIV/aids na primeira década da epidemia, para os atendimentos ambulatoriais (FONSECA, 2005).

Para Fonseca (2005), os resultados positivos na qualidade de vida de indivíduos vivendo com HIV/aids dependem de uma rede de serviços diversificada, de diferentes complexidades, que visam a promoção da saúde por meio, sobretudo, do cuidado clínico articulado ao suporte diagnóstico, reforçando aqui que os cuidados clínicos estão para além da assistência médica que privilegia o controle do desenvolvimento do HIV no organismo. Esta perspectiva pressupõe a incorporação de outros atendimentos capazes de apreender as necessidades de saúde de cada indivíduo, como por exemplo, o suporte psicológico através de atendimentos e grupos de apoio.

Para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática de necessidades mais silenciosas, e menos vinculadas à experiência individual do sofrimento (MATTOS, 2004). Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer ações voltadas também para a prevenção.

Deve haver, segundo Mendes (2010), em qualquer tempo e em qualquer sociedade, uma coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde; “uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma com que o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente” (MENDES, 2010).

No modelo assistencial vigente, estruturado na clínica flexneriana², a modelagem dos serviços de saúde opera com processos de trabalho centrados no saber e na pessoa do médico (NOGUEIRA, 1994; FRANCO, 2007), sendo o fluxo assistencial de um serviço de saúde ainda voltado para a consulta médica, favorecendo uma assistência descontínua e a ausência de integração entre os diferentes pontos de atenção, privilegiando o atendimento aos eventos agudos e episódicos das doenças (MENDES, 2002). O processo de trabalho neste caso carece de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde.

A necessidade de mudança dos sistemas de atenção à saúde, para que se possa responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas, levou ao desenvolvimento de diferentes modelos de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Segundo Mendes (2010), há modelos de atenção à saúde que norteiam a organização e oferta de ações e serviços de saúde para as condições agudas e crônicas. As condições agudas e os eventos agudos decorrentes de condições crônicas agudizadas exigem, para o seu manejo adequado, a implantação de modelos de atenção à saúde que, em geral, expressam-se num tipo de classificação de riscos. Isso se deve a que, nas condições agudas, a variável-chave para a organização das redes de atenção às urgências e às emergências é o tempo-resposta em relação ao risco.

Por outro lado, o modelo de atenção à saúde voltado para as condições crônicas, sugerido por Mendes (2010), está ancorado na perspectiva da constituição das redes de atenção à saúde (RAS), que são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns e por ações cooperativas e interdependentes, que permitem a oferta de atenção contínua e integral à determinada população.

² O chamado modelo flexneriano refere-se ao modelo de ensino médico implementado a partir do Relatório Flexner (EUA-1910), que sugeria uma formação que tivesse como eixo “a necessidade de enlaçar o ensino com a investigação nas ciências biomédicas”, decorrendo disso um modelo de prática médica centrada no corpo anátomofisiológico e tendo como principal referência o hospital (Nogueira, 1994, p.92-3).

Nesta proposta, encontram-se os ambulatorios de referênciã para tratamento e acompanhamento das PVHA. Em que pese estarem estruturados no nível secundário de atenção, configuram-se como uma porta de entrada ao sistema de saúde; responsabilizam-se pelo cuidado definitivo de alguns casos classificados por meio de diretrizes clínicas e contam com o apoio dos demais componentes da estrutura operacional das Redes de Atenção (MENDES, 2011) para possibilitar a oferta de ações específicas e sistemáticas de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde das pessoas atendidas (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

No Brasil, a proposta de constituição de RAS foi incorporada oficialmente ao SUS por dois instrumentos jurídicos, a saber: a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2011a), que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 2011b). Na Portaria Ministerial, a RAS é definida "como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado". No Decreto Presidencial explicita-se que "a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde" (MENDES, 2012).

Deste modo, o conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face à constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ, 2004).

Essas dimensões da integração correspondem, na tipologia proposta por Mendes (2011) à gestão da clínica³ e aos pontos de atenção⁴ em que a oferta e a utilização de serviços são feitas pelo “conjunto dos pontos de atenção à saúde que se articulam, pela via das tecnologias de gestão da clínica, numa rede capaz de prestar atenção contínua a uma população adscrita” (MENDES, 2011).

Desta forma, parte-se da concepção de que o HIV/aids, apesar de ser uma doença infecciosa e transmissível, é caracterizada pela OMS (2003, 2005) e por Mendes (2002, 2010) como uma condição crônica em função de sua persistência no tempo, necessitando de uma rede de atenção à saúde integrada e capaz de proporcionar um certo nível de cuidados permanentes e sustentáveis, mediante a utilização de estratégias para sua prevenção e manejo, o qual, no presente estudo, transcende a dimensão de manuseio, uma vez que, do ponto de vista sistêmico, engloba conhecimentos e habilidades técnicas, gerenciais e políticas necessárias para transformar as principais demandas populacionais em ações e serviços coerentes, otimizados e resolutivos.

Neste contexto, urge a necessidade de fortalecimento da rede de atenção à saúde e seus profissionais, não apenas para o manejo da “doença”, que já é complexa do ponto de vista biológico, mas, sobretudo, na perspectiva do cuidado prestado aos indivíduos acometidos pelo agravo e suas necessidades que emergem no processo de atenção, ou seja, na interface usuário-profissional.

³ Representa um componente fundamental das Redes de Atenção à Saúde e pode ser definida como a atenção certa, no lugar certo e no tempo certo. Para tal, as Redes de Atenção à Saúde devem se apropriar de uma série de tecnologias, dentre elas, a gestão da patologia e a gestão do caso. Implica a estratificação dos riscos de cada condição de saúde, independentemente de mudança do ponto de atenção (MENDES, 2011).

⁴ O conceito de pontos de atenção à saúde é central para as Redes de Atenção à saúde e refere-se ao local onde se presta assistência, o qual se insere em uma rede de pontos diferenciados que formam um contínuo de atenção. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2011).

3.1 Objetivo Geral

Analisar a oferta de ações e serviços de saúde na assistência às pessoas que vivem com Aids em acompanhamento nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) do município de Ribeirão Preto, São Paulo.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos indivíduos em acompanhamento nos SAEs do Programa de DST/aids.
- Analisar a composição dos SAEs e sua relação com a oferta de ações e serviços de saúde para a assistência às pessoas que vivem com Aids.
- Analisar as ações e serviços de saúde ofertados aos indivíduos em acompanhamento nos SAEs de referência do Programa de DST/HIV/aids.
- Analisar o desempenho dos SAEs segundo a oferta das ações e serviços de saúde na assistência às pessoas que vivem com Aids.

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, tipo inquérito, realizado a partir da abordagem quantitativa. Insere-se no Projeto Regular FAPESP, intitulado: “Assistência às pessoas que vivem com Aids no município de Ribeirão Preto-SP: análise da oferta e integração de ações e serviços de saúde” (Processo nº 2010/17607-7, vigência - 04/2011 a 03/2013), vinculado à linha de pesquisa “Práticas, Saberes e Políticas de Saúde” do Programa de Pós Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

4.2 Cenário de estudo

O município de Ribeirão Preto situa-se no nordeste do Estado de São Paulo e possuía em 2009 uma população estimada de 563.107 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2009). O município enquadra-se no grupo daqueles que apresentam bons níveis de indicadores sociais e econômicos. A *atenção à saúde* no município está organizada em cinco Distritos Sanitários: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central (Figura 2).

Figura 2. Regiões Distritais de Saúde em Ribeirão Preto-SP, 2009.

A rede municipal de atenção à saúde é composta pela seguinte estrutura: cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS); quarenta e uma Unidades tradicionais de Saúde, sendo 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 13 Unidades de Saúde da Família (USF); um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59); dois Ambulatórios de Moléstias Infecto-contagiosas; cinco Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) para DST'S/HIV/aids e Hepatites Virais; um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas, um Ambulatório de Saúde do Trabalhador; dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e três ambulatórios de Saúde Mental. Além de contar com um Hospital Universitário – HCFMRP-USP (Unidade Emergência e Campus) e nove hospitais conveniados ao SUS (RIBEIRÃO PRETO, 2009), cujo fluxograma de acesso aos diversos pontos de atenção à saúde está apresentado na Figura 3.

Figura 3. Fluxograma de acesso na rede de atenção ao Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, 2012 (*Adaptado*).

Fonte: RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento, 2012.

A atenção às pessoas que vivem com HIV/aids é prestada nos cinco ambulatorios que compõem o Programa Municipal de DST/aids, em nível secundário, distribuídos nos cinco distritos de saúde do município, os quais operam com equipes especializadas e realizam, dentre outras atribuições, o Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica (SAD). (RIBEIRÃO PRETO, 2012a).

4.2.1 Atenção ao HIV/aids no município de Ribeirão Preto

O município de Ribeirão Preto é considerado pioneiro na assistência ao HIV/aids, sendo que em 1996, com o advento da universalização da TARV, já existiam dois ambulatorios de especialidade para atenção ao agravo que funcionam desde o início da década de 90. Ainda em 1996, houve a disponibilização do teste para detecção do HIV no pré-natal em 16 unidades básicas de saúde, sendo que, a partir de 1997, ampliou-se a oferta do exame para 32 unidades.

A atenção às PVHA ocorre em nível secundário e terciário. Em relação ao nível secundário, ambulatorios de referência em HIV/aids estão distribuídos nos cinco distritos de saúde do município (em três Centros de Referência em DST/aids e dois ambulatorios de especialidades) os quais operam com equipes especializadas, disponibilizando serviços como SAD e CTA (RIBEIRÃO PRETO, 2011b). Destaca-se que todas as unidades de saúde da rede pública do município podem solicitar o exame anti-HIV e, em caso de diagnóstico positivo, o indivíduo pode optar pelo acompanhamento no ambulatorio de sua preferência, sendo possível não pertencer à sua respectiva área de abrangência. Um laboratório municipal realiza as sorologias solicitadas pelas unidades e pelo CTA, levando em média cinco dias para disponibilizar o resultado dos exames. Os CTA oferecem ainda o Teste Rápido Diagnóstico para o HIV que demora em torno de 30 minutos para emitir o resultado.

Com relação ao nível terciário, os casos de maior complexidade podem ser atendidos pela Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), sob responsabilidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), o qual é referência para os usuários da regional de saúde do município, oferecendo atendimentos em regime ambulatorial e de internação parcial (Hospital Dia) ou integral (RIBEIRAO PRETO, 2011a).

Os Ambulatórios de referência se configuram de formas variadas no município (Quadros 1 e 2) . Para caracterizar tais serviços, utilizou-se como roteiro o instrumento do Ministério da Saúde designado “*Qualiaids*” - que permite avaliar a qualidade da assistência ambulatorial ao HIV/aids nos serviços públicos brasileiros (BRASIL,2008a). Os dados apresentados a seguir foram obtidos mediante interação e observação dos cenários do estudo, além de questionamentos aos profissionais que atuavam nos serviços de saúde. Ressalta-se que, para fins didáticos e para resguardar a privacidade dos SAEs, os mesmos foram intitulados de acordo com as letras de alfabeto, a saber: “A”, “B”, “C”, “D” e “E”.

Quadro 1 - Caracterização dos SAEs segundo a estrutura física, acessibilidade e dinâmica organizacional, Ribeirão Preto, 2011.

Características dos Ambulatórios	“A”	“B”*	“C”	“D”	“E”*
(1) Ambulatório de Especialidades** (2) Centro de Referência em DST/aids**	2 HIV/aids, DST, tuberculose	2 HIV/aids, DST, tuberculose, hanseníase, hepatites virais	1 HIV/aids, DST, tuberculose	2 HIV/aids, DST, tuberculose e hanseníase	1 HIV/aids
	Obs – acoplado a uma UBS.	Obs - Atende penitenciária masculina.	Obs – inserido em um Centro de Saúde Escola; Atende diversas especialidades. Possui um Pronto Atendimento (PA).	Obs – atende penitenciária a feminina.	Obs – Vinculada à uma UBDS; Atendimento é realizado em ambulatório anexo a um Hospital Universitário Privado. A retirada dos medicamentos ainda ocorre na UBDS, que possuía serviço de PA 24h até o término da coleta dados.
Horário de funcionamento do ambulatório	Segunda-Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Sexta: Tarde
Nº de pessoas com aids em acompanhamento***	285	650*	386	375	120*
Dias e Horários de atendimento com infectologista	Segunda: Manhã Quarta e Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Quinta: Manhã/Tarde	Terça a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Sexta: Tarde
Periodicidade das consultas médicas oferecidas às pessoas com HIV/aids	2 a 3 meses	2 a 3 meses	2 a 3 meses	2 a 3 meses	3 a 4 meses
Grupo de convivência	Sim	Não	Não	Não	Não
Sala de vacina	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Farmácia	Sim	Sim	Sim	Sim	Não

*No período do estudo, os SAEs “B” e “E” mudaram de estrutura física e, por este motivo, estavam em processo de transição e remanejamento de equipes, com respectiva redistribuição dos usuários em seguimento.

***Ambulatório de Especialidades*: prestam atendimento em diversas especialidades incluindo HIV/aids; *Centro de Referência em DST/aids*: unidade de saúde exclusiva para atendimento de DST/aids e Tuberculose.

***Dados levantados em outubro/2012, durante Reunião da Equipe Técnica do Programa Municipal de DST/aids e hepatites virais.

Quadro 2 - Caracterização dos SAEs segundo a composição do quadro de recursos humanos, Ribeirão Preto, 2011.

Ambulatórios Recursos Humanos	“A” *	“B” **	“C” ***	“D”	“E”
Médico Clínico geral	-	-	-	-	-
Médico infectologista (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	2	3	2	2	2
	Carga Horária Total: 24h	Carga Horária Total: 46h	Carga Horária Total: 40h	Carga Horária Total: 40h	Carga Horária Total: 28h
Médico residente e/ou acadêmico de medicina	Acadêmicos	Não	Residentes	Não	Residentes
Médico ginecologista (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	2	--	3	1	--
	Carga Horária Total: 24h	--	--	Carga Horária Total: 20h	--
Enfermeiros**** (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	2	2	1	2	1
	Carga Horária Total: 40h	Carga Horária Total: 50h	Carga Horária Total: 30h	Carga Horária Total: 60h	Carga Horária Total: 30h
Acadêmicos de enfermagem	Sim	--	Sim	--	--
Auxiliares/técnicos de enfermagem (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	2	11	2	5	--
	Carga Horária Total: 80h	Carga Horária Total: 510h	Carga Horária Total: 80h	Carga Horária Total: 200h	--
Farmacêuticos (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	2	2	1	1	--
	Carga Horária Total: 40h	Carga Horária Total: 40h	Carga Horária Total: 40h	Carga Horária Total: 20h	--
Auxiliar de farmácia (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais/semana)	2	1	2	1	--
	Carga Horária Total: 80h	Carga Horária Total: 40h	Carga Horária Total: 80h	Carga Horária Total: 40h	--
Assistente social (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais/semana)	1	1	1	--	--
	Carga Horária Total: 8h	Carga Horária Total: 30h	Carga Horária Total: 30h	--	--
Dentista (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais/semana)	--	1	1	--	--
	--	Carga Horária Total: 36h	Carga Horária Total: 30h	--	--
Psicólogo	--	--	--	--	--
Fonoaudiólogo	--	--	--	--	--

*O Ambulatório “A” contava, em sua equipe, com uma enfermeira que havia assumido a coordenação municipal do Programa Controle da Tuberculose; em relação ao farmacêutico/auxiliar de farmácia e assistente social, estes não são exclusivos do ambulatório, atendendo toda demanda da UBS. ** Junto ao Ambulatório “B”, atuava a equipe da coordenação do Programa Municipal de DST/aids e Hepatites Virais, contava com estrutura física recém inaugurada (inferior 1 ano) e encontrava-se em processo de transição e remanejamento de equipes, por isso o grande número de auxiliares/técnicos de enfermagem. ***O Ambulatório “C”, inserido em uma unidade básica distrital de saúde, contava com 3 ginecologistas e 1 dentista no serviço, porém sem fluxo definido para atendimento das PVHA; em relação ao farmacêutico/auxiliar de farmácia e assistente social, estes não são exclusivos do ambulatório, atendendo toda demanda do distrito de saúde. ****Nos ambulatórios “A”, “B”, “D” e “E” o enfermeiro atuava de forma exclusiva para o programa, e no ambulatório “C” este profissional se dividia com atividades de outros ambulatórios dentro do serviço.

O município de Ribeirão Preto ainda conta com as atividades prestadas pelas Organizações não Governamentais (ONG), as quais desenvolvem projetos e prestam diversos serviços vinculados às áreas sociais e de saúde, tais como: “GHIV” (atendimento psicológico as PVHA e seus familiares); “ROSA VERMELHA” e “Arco íris” (atividades de prevenção das DST/aids na população LGBT - lésbicas gays bissexuais e transgêneros); “Missão HIVIDA” (atendimento profissional nas áreas de psicologia, fisioterapia, assistência social, mantendo uma casa abrigo); CASA DIA “Corassol” (mantém uma “Casa Abrigo” para crianças com Aids, e realizam orientações e atividades de apoio) (LOPES, 2012).

4.3 População de estudo e amostra

A população de estudo para a presente pesquisa foi constituída pelas pessoas que vivem com Aids, em acompanhamento nos cinco ambulatórios de referência para o tratamento de DST/aids do município de Ribeirão Preto-SP, no período de julho de 2011 a fevereiro de 2012 e que atendiam aos seguintes critérios de inclusão:

- Residentes no município de Ribeirão Preto;
- Terapia Antirretroviral (TARV) instituída há mais de seis meses;
- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Não pertencentes ao sistema prisional;
- Ausência de limites de cognição.
- Que aceitassem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Como caso de Aids, utilizou-se a seguinte definição do Ministério da Saúde: “indivíduo com infecção avançada pelo HIV com repercussão no sistema imunitário, com ou sem ocorrência de sinais e sintomas causados pelo próprio HIV ou consequentes a doenças oportunistas (infecções e neoplasias)” (BRASIL, 2008b).

4.3.1 Cálculo e seleção da amostra do estudo

O cálculo para o tamanho da amostra foi realizado a partir do número total de casos de Aids confirmados, residentes no município de Ribeirão Preto e acompanhados pelos Ambulatórios de Referência em HIV/aids do município em janeiro de 2011. Neste período, 1.389 casos estavam em acompanhamento, distribuídos da seguinte forma: 249 pelo Ambulatório “B”, 249 pelo “A”; 374 pelo “C”; 374 pelo “D” e 143 pelo “E”.

Para o cálculo do tamanho da amostra, admitiu-se que 95% das estimativas poderiam diferir do valor populacional desconhecido P por no máximo 5%, isto é, o valor absoluto de d igual a 0,05 sob nível de confiança de 95%. Adotou-se o valor antecipado para P igual a 0,50. Assim, o número mínimo de doentes foi determinado pela expressão $n^* = (P \times Q) / V(p)$, sendo:

$$V(p) = \left(\frac{0,05}{1,96} \right)^2 = 0,000651 \quad \text{e} \quad n^* = \frac{0,50 \times 0,50}{0,000651} = 384,16$$

O tamanho da amostra n foi corrigido para a população de tamanho $N=1.389$.

$$n = \frac{n^*}{1 + (n^* / N)} = \frac{384,16}{1 + (384,16 / 1389)} = 301$$

O processo de amostragem foi realizado em duas etapas: estratificação com partilha proporcional segundo o serviço de saúde que acompanha o caso e amostragem por conveniência até atingir o tamanho da amostra ($n=301$), levando-se em consideração o número de sujeitos previsto para cada serviço de saúde: 54 no SAE “A”, 54 no “B”; 81 no “C”; 81 no “D” e 31 no “E”.

4.4 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com apoio de um questionário estruturado (APÊNDICE I) elaborado com base nas Recomendações do Ministério da Saúde para TARV em adultos infectados pelo HIV (BRASIL, 2008b), no protocolo de acompanhamento ambulatorial do paciente com HIV/aids da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG, 2007) e na metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do SUS (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Ainda em relação ao questionário, o mesmo passou por procedimentos relacionados à análise de conteúdo, análise semântica e teste piloto para readequações e verificação da viabilidade do instrumento e do método proposto para atender aos objetivos da pesquisa.

Para realizar a análise de conteúdo, selecionou-se sete profissionais expertises nas áreas temáticas de HIV/aids e saúde pública, para os quais foram enviados carta convite (APÊNDICE II), instrumento de coleta de dados e formulário para apreciação do conteúdo do mesmo (APÊNDICE III). A análise semântica foi realizada a partir do teste piloto, no intuito de “verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população, a qual o instrumento se destina” (PASQUALI, 1999). No teste piloto, foram entrevistados vinte indivíduos, seguindo os critérios de inclusão preestabelecidos. Ressalta-se que os sujeitos que participaram da etapa do teste piloto não foram contemplados na amostra final considerada neste estudo. A versão final do referido instrumento compreendeu 70 questões, distribuídas em quatro seções: I - Dados sociodemográficos (11 questões); II – Dados sobre o acompanhamento clínico dos casos (16 questões); III Dados sobre a oferta de ações e serviços de saúde (21 questões); IV – Dados sobre a integração de ações e serviços de saúde (22 questões).

Considerando este estudo, utilizou-se as seguintes seções do instrumento de coleta de dados:

I - Dados sócio demográficos

II – Dados gerais sobre o acompanhamento dos casos

III – Dados sobre a oferta de ações e serviços de saúde, a partir da dimensão “*elenco de serviços*”, a qual implica no estabelecimento de

arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde de que necessite. Isso inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários. (STARFIELD, 2002:62).

Ressalta-se que, apesar da dimensão “*elenco de serviços*” estar relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS), considerou-se a mesma apropriada para utilização no estudo, uma vez que os ambulatorios de referência para tratamento e acompanhamento dos casos HIV/aids no município de Ribeirão Preto, situados em nível secundário de atenção, configuram-se como uma importante porta de entrada dos referidos usuários ao sistema de saúde, bem como uma fonte de atenção longitudinal e habitual, que facilita o reconhecimento de necessidades ao longo do tempo, possibilitando a oferta de ações específicas e sistemáticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde de modo a assegurar uma atenção integral e coordenada no sistema de saúde (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

Ainda quanto ao questionário, destaca-se que as variáveis sociodemográficas e clínicas (Quadro 3) contemplavam escalas variadas de respostas como dicotômicas e de múltipla escolha. As variáveis de oferta da assistência (Quadro 4) continham uma escala de possibilidades preestabelecida (Likert) com valor entre “um” e “cinco”, cuja resposta mais favorável correspondia ao valor mais alto.

4.4.1 Variáveis envolvidas no estudo

As variáveis foram apresentadas de acordo com as seções do instrumento de coleta de dados.

Quadro 3: Variáveis sociodemográficas e clínicas envolvidas no estudo. Ribeirão Preto, 2011.

Seção	Descrição	Variáveis
I	Dados sociodemográficos	Sexo; Idade; Estado Civil; Escolaridade; Situação empregatícia; Classificação Econômica (referente à Associação Brasileira de Pesquisa-ABEP).
II	Dados sobre as características clínicas dos casos	Status Clínico; Tempo de tratamento da aids; Resultado do último CD4 e Carga Viral; Presença de outras doenças crônicas;

Quadro 4: Variáveis de oferta de ações de saúde utilizadas no estudo segundo a seção do instrumento de coleta de dados, Ribeirão Preto, 2011.

Oferta de ações e serviços de saúde	Variáveis
Atendimentos de rotina e complementares pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento	V1– Consulta médica de rotina
	V2– Consulta com equipe de enfermagem
	V3– Consultas em caso de intercorrência
	V4– Apoio psicológico
	V5– Avaliação da função auditiva
	V6– Avaliação dermatológica
	V7– Visita domiciliar
	V8– Grupos de apoio
	V9– Avaliação de saúde do parceiro/familiares
Atendimentos complementares pelas equipes multiprofissionais de outros serviços de saúde	V10– Apoio com psicólogo/psiquiatra
	V11– Atendimento com assistente social
	V12– Atendimento ginecológico
	V13– Atendimento odontológico
	V14– Avaliação auditiva com fonoaudiólogo
	V15– Avaliação dermatológica com dermatologista
Orientações pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos	V16– Participação em ONGs
	V17– Sobre planejamento familiar
	V18– Sobre sexualidade e uso de preservativos
	V19– Sobre alimentação e nutrição
	V20– Sobre o uso correto das medicações
	V21– Sobre efeito colateral e uso dos medicamentos
	V22– Sobre álcool, cigarro e demais drogas
	V23– Sobre critérios e processo para solicitar benefícios do governo
	V24– Sobre vacinas
Insumos pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos	V25– Vacinas
	V26– Antirretrovirais
	V27– Medicamentos para prevenir ou diminuir os efeitos colaterais da Terapia Antirretroviral
	V28– Medicamentos para prevenir doenças oportunistas
	V29– Preservativos
Solicitação de exames pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos.	V30– Exames para contagem de linfócitos T-CD4+
	V31– Exames para verificação da carga viral
	V32– Solicitação de raio-x a partir dos sintomas sugestivos de tuberculose
	V33– Solicitação de exame de escarro a partir dos sintomas sugestivos de tuberculose
	V34– Prova tuberculínica (anualmente)

Observação: *Foi utilizada a escala de *Likert*, com valores entre “um” e “cinco”, cujas respostas correspondiam a: 1 = Nunca; 2 = Quase nunca; 3 = Às vezes; 4 = Quase sempre; 5 = Sempre.

4.5 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos cinco ambulatórios municipais que compõem o Programa de DST/HIV/aids e Hepatites Virais de Ribeirão Preto. Sua escolha justifica-se pela possibilidade da amostra conter indivíduos provenientes de todas as regiões distritais de saúde, garantindo uma amostra com características geográficas para representar o município como todo.

Para proceder a coleta de dados, realizada no período de julho/2011 a fevereiro/2012, cada entrevistado recebeu orientações sobre a natureza e os objetivos do estudo, assim como foi solicitada a participação do mesmo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE IV).

As entrevistas foram realizadas em locais que resguardassem a privacidade das PVHA antes ou após suas consultas médicas ou após a retirada de medicamentos antirretrovirais na farmácia e na ocasião do comparecimento ao serviço para a coleta de sangue relacionada aos exames de contagem dos linfócitos T – CD4+/CD8+ e quantificação da carga viral. Houve contato prévio com os Serviços de Saúde para o desenvolvimento desta etapa. Foram entrevistadas 301 pessoas que viviam com Aids, onde cada indivíduo recebeu um impresso da escala Likert de respostas (APÊNDICE V), com o intuito de facilitar a compressão das perguntas e garantir neutralidade nas respostas no momento da entrevista.

Convém destacar que as entrevistas foram realizadas por graduandos e pós-graduandos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP que receberam um treinamento prévio e eram supervisionados periodicamente.

De forma complementar, alguns dados relacionados à seção II do questionário foram coletados de fontes secundárias, utilizando o SINAN e livros de registro do Programa DST/HIV/aids/Hepatites virais.

A seguir, as potencialidades e os desafios encontrados na coleta de dados são listados, bem como as contribuições para os serviços de saúde:

Potencialidades: parceria com a coordenação municipal do Programa DST/HIV/aids/Hepatites virais e com as equipes gestoras e técnicas dos ambulatórios especializados;

Desafios: processo moroso de autorização da pesquisa em um dos ambulatorios devido à indefinição e ausência temporária de gestores e equipe técnica; duração das entrevistas superior ao tempo planejado, uma vez que a maioria dos sujeitos expunham suas dúvidas, sentimentos e dificuldades enfrentadas, as quais eram acolhidas e encaminhadas oportunamente; ausência temporária de médicos infectologistas vinculado ao Programa de DST/HIV/aids/Hepatites virais, repercutindo na redução do número de consultas médicas e aumento do período destinado à coleta de dados.

Contribuições para os serviços de saúde: identificação de pacientes em TARV, sem a respectiva notificação como casos de Aids no SINAN, resultando em mobilizações para sanar tal situação; identificação de elevada ausência às consultas periódicas de controle e busca por atendimentos eventuais, resultando na mobilização das equipes para identificar os motivos relacionados a estes comportamentos, e a introdução da abordagem consentida para minimizar a falta às consultas.

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados, armazenados e analisados através do programa Statistica, versão 9.0 da Statsoft. Do ponto de vista descritivo, os procedimentos estatísticos utilizados foram: distribuição de frequência absoluta e relativa, média aritmética e desvio padrão. Do ponto de vista inferencial, a natureza paramétrica ou não-paramétrica dos testes estatísticos utilizados foi definida em função dos resultados do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov.

Os escores gerais obtidos em cada SAE foram comparados através da Análise de Variância de Fisher (ANOVA) *para um fator* (SAE investigado), com teste post-hoc de Bonferroni, com nível de significância estatística de 5%, e para avaliar a magnitude das diferenças das médias entre os SAEs foi utilizado o cálculo do “d de Cohen⁵”.

⁵ Magnitude do efeito enquanto conceito estatístico pode ser definida como o grau em que o fenômeno está presente na população (Cohen, 1988), isto é, a diferença efetiva na

Foram construídos indicadores a partir das variáveis relacionadas ao “elenco de serviços”, que corresponde ao valor médio de todas as respostas para cada variável, sendo estes indicadores classificados em insatisfatório (valores médios menores que 2,5), regular (maior que 2,5 e menor que 3,5) e satisfatório (acima de 3,5).

Para comparar o conjunto de respostas recebidas pelos diferentes SAEs para cada variável de “elenco de serviços”, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis com nível de significância estatística de 5%. E para as variáveis que apresentaram valores p menores do que 5% no teste de Kruskal-Wallis foram realizadas comparações múltiplas, par a par, através do teste de Mann-Whitney, visando identificar quais os centros diferiam entre si. Neste caso, por se tratarem de comparações múltiplas, foi realizada a correção de Bonferroni no nível de significância, que agora foi de 0,5%. Optou-se por desconsiderar a diferença nas variáveis que não apresentaram significância no teste de Mann-Whitney, uma vez que as estatísticas descritivas indicam resultados muito semelhantes entre os centros (DALGAARD, 2008).

4.7 Aspectos Éticos

O presente projeto possui a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, conforme protocolo nº 1215/2010, atendendo às recomendações contidas na resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

população. Assim, quanto maior for a magnitude de efeito, maior será a manifestação do fenômeno na população. Em termos práticos, é uma medida que codifica a informação quantitativa crítica encontrada nos estudos, permitindo estabelecer a diferença real entre grupos.

4.8 Limitações do estudo

Como limitações deste estudo, reconhece-se a possibilidade de ocorrência de *viés de informação* em decorrência da utilização de fontes secundárias, as quais podem conter falhas no registro, e *de seleção* em função da amostragem por conveniência, possibilitando apenas a inclusão daqueles indivíduos que compareceram ao serviço na ocasião da coleta de dados.

Ademais, a análise da oferta de ações e serviços de saúde às PVHA contemplou apenas a percepção das pessoas que viviam com Aids entrevistadas, ou seja, estão impregnadas por componentes pessoais e subjetivos que envolvem a satisfação com o atendimento prestado, a compreensão daquilo que o serviço poderia/deveria ofertar, o vínculo e a dinâmica de interação com os profissionais de saúde, dentre outros (STARFIELD, 2002).

5.1 Perfil sociodemográfico das pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA)

De acordo com as 301 PVHA entrevistadas, a maioria era do sexo feminino, com proporção homem/mulher de 1:1,04, da cor branca. A idade média foi de 45,2 anos ($dp=10,1$ anos), com predomínio (64,8%) da faixa etária de 40 a 64 anos. Quanto ao estado civil, apresentou maior frequência (35,5%) aqueles indivíduos casados ou em união estável e solteiros (34,2%). A baixa escolaridade esteve presente, sendo 52,8% apresentando até o ensino fundamental incompleto. A maior parte (54,9%) das PVHA possuía alguma fonte de renda, como empregado ou autônomo. Destaca-se que 19,6% dos entrevistados recebiam aposentadoria/pensão e 15,3% estavam desempregados. Quanto à classificação econômica, predominou a classe C (56,2%) (Tabela 1).

Sobre o comportamento sexual, 76,7% dos indivíduos se consideravam heterossexuais, 11,6% bissexuais e 11,3% homossexuais. Ainda sobre o comportamento sexual 98% mulheres e 56% homens referiram ter relações sexuais com o sexo oposto (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e comportamentais das pessoas que vivem com Aids no município de Ribeirão Preto – SP, 2012.

Variáveis sociodemográficas e comportamentais		DOENTES (N=301)	
		N	%
Sexo	Feminino	153	50,8
	Masculino	147	48,8
	Ignorado	1	0,3
Cor	Branco	184	61,1
	Pardo	83	27,6
	Preto	30	10,0
	Indígena	3	1,0
	Amarelo	1	0,3
Estado Civil	Casado / União Estável	107	35,5
	Solteiro	103	34,2
	Separado / Divorciado	54	17,9
	Viúvo	37	12,3
Escolaridade	Sem escolaridade ou EF incompleto	159	52,8
	EF completo	64	21,3
	Ensino médio completo	67	22,3
	Ensino superior completo	11	3,7
Situação Empregatícia	Empregado	92	30,6
	Autônomo	73	24,3
	Aposentado	57	18,9
	Desempregado	46	15,3
	Do Lar	17	5,6
	Afastado	13	4,3
	Outro	2	0,7
	Estudante	1	0,3
Classificação Econômica	A1	0	0,0
	A2	1	0,3
	B1	18	6,0
	B2	54	17,9
	C1	92	30,6
	C2	77	25,6
	D	55	18,3
	E	3	1,0
Local onde vive	Próprio	151	50,2
	Alugado	101	33,3
	Cedido	40	13,3
	Outro	7	2,3
	Asilo / Abrigo	2	0,7
Comportamento Sexual	Heterossexuais	231	76,7
	Bissexuais	35	11,6
	Homossexuais	34	11,3
	Prefere não responder	1	0,3
Faixa etária	24 – 39 anos	94	31,2
	40 – 64 anos	195	64,8
	65-75 anos	12	4,0

Legenda: EF: Ensino Fundamental

5.2 Perfil clínico e acompanhamento do caso

Em relação à notificação dos casos, houve predomínio da via sexual como principal modo de transmissão do HIV (82,4%). Quanto aos motivos que levaram os indivíduos ao diagnóstico destaca-se o aparecimento de sinais e sintomas para 28,6% dos indivíduos, seguido pelo diagnóstico do parceiro para 24,3%. Neste último caso, verifica-se coerência entre o modo de transmissão e a motivação pela busca/realização do diagnóstico. Os SAE foram os principais responsáveis pelas notificações de Aids do município (74,4%). Houve predomínio da utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) (85,4%), entretanto, 14,3% referiu utilizar concomitantemente ao SUS e os Sistemas Privados, via desembolso direto ou na modalidade de adesão a planos/convênios de saúde. A maior parte dos indivíduos utilizavam TARV há mais de 5 anos (64,2%) (Tabela 2), sendo o tempo médio de tratamento antirretroviral entre os entrevistados de 7,6 anos (dp=4,1), com mínimo de 6 meses e máximo de 20 anos.

Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis sobre o acompanhamento do caso das pessoas que vivem com Aids no município de Ribeirão Preto- SP, 2012.

Variáveis sobre o acompanhamento do caso		DOENTES (N=301)	
		N	%
Modo de transmissão do HIV	Sexual	248	82,4
	Sem informação*	27	8,9
	Drogas injetáveis	16	5,3
	Ignorado**	13	4,3
	Transfusão sanguínea	4	1,3
	Transmissão vertical	0	0,0
	Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses	0	0,0
	Aparecimento sinais e sintomas	86	28,6
Motivo que levou a obter o diagnóstico	Diagnóstico do(a) parceiro(a)	73	24,3
	Por acaso	54	17,9
	Curiosidade	23	7,6
	Pré Natal	21	7,0
	Outros	19	6,3
	Doação de sangue	16	5,3
	Parto	9	3,0
	SAE	224	74,4
Serviço responsável pela notificação do caso	Hospital	50	16,6
	Sem informação*	27	8,9

	SUS	257	85,4
Sistemas de saúde utilizados	Misto (SUS + Privado)	43	14,3
	Ignorado	1	0,6
Tempo de TARV	Até 5 anos	101	33,6
	5 a 10 anos	120	39,9
	Maior que 10 anos	73	24,3
	Sem informação	7	2,2

Nota: *Sem informação – refere-se às pessoas que vivem com Aids e que estavam em tratamento nos ambulatórios de referencia, entretanto, não haviam sido notificados até o momento da coleta de dados. **Ignorado – refere-se aos casos notificados em que, contudo, não foi informado o modo de transmissão do HIV no SINAN.

No momento da notificação, em relação ao perfil clínico, foram relatadas 179 (48%) ocorrências de doenças oportunistas pelas PVHA; 229 (51,9%) ocorrências de algum sintoma clínico, e no que se refere ao momento da entrevista a maioria não apresentava doenças oportunistas e/ou manifestações clínicas da doença, contudo, identificou-se 211 ocorrências de condições crônicas (58%), sendo que a hipertensão arterial estava presente em 70 casos (23,3%) e a depressão em 43 (14,6%), tidas como as mais frequentes (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de frequência das variáveis sobre o perfil clínico das pessoas que vivem com Aids no município de Ribeirão Preto- SP, 2012.

Variáveis do perfil clínico^a		Frequência	
		N	%
Doenças oportunistas no momento da notificação	Nenhuma	169	45,1
	Candidose oral	54	14,4
	Outras	48	12,8
	Sem informação*	27	7,2
	Tuberculose	25	6,9
	Pneumonia	22	5,8
	Herpes Zoster	15	4,0
	Toxoplasmose	13	3,5
	Citomegalovírus	01	0,3
	Criptococose	01	0,3
Manifestações clínicas no momento da notificação	Nenhuma	165	37,4
	Outras	93	21,0
	Caquexia ou perda de peso > 10%	60	13,6
	Sem informação*	47	10,7
	Febre $\geq 38^\circ$ por período ≥ 1 mês	33	7,5
	Diarréia ≥ 1 mês	24	5,5
	Dermatite persistente	19	4,3
Doenças oportunistas no momento da entrevista	Nenhuma	283	93,3
	Herpes Zoster	06	1,9
	Candidose oral	04	1,3
	Tuberculose	04	1,3
	Outras	03	1,0
	Pneumonia	02	0,6
	Citomegalovírus	01	0,3
Doenças crônicas no momento da entrevista	Nenhuma	153	42,0
	HAS	70	19,2
	Depressão	43	11,8

Manifestações clínicas no momento da entrevista	Hepatites virais	29	7,9
	Dislipidemia	25	6,9
	Diabetes Mellitus	23	6,3
	Outros	21	5,8
	Nenhuma	246	76,6
	Outras	29	9,0
	Lipodistrofia	12	3,7
	Diarréia ≥ 1 mês	11	3,4
	Caquexia ou perda de peso > 10%	10	3,1
	Dermatite persistente	07	2,1
	Febre ≥ 38° por período ≥ 1 mês	06	1,8

Legenda: HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

Nota: a – As variáveis desta tabela permitiram múltiplas opções de respostas, portanto, o n não corresponde ao número de pessoas entrevistadas, mas sim, a frequência das manifestações clínicas evidenciadas. *Sem informação – refere-se às pessoas que vivem com Aids e que estavam em tratamento nos ambulatórios de referência, entretanto, não haviam sido notificados até o momento da coleta de dados.

Quanto ao status clínico e imunológico, 78,4% dos indivíduos apresentavam-se assintomático, 61,5% com contagem de linfócitos T-CD4+ acima de 500 e 76,4% apresentavam carga viral indetectável (Tabela 4) no momento da entrevista.

Tabela 4. Distribuição de frequência das variáveis sobre o acompanhamento do caso das pessoas que viviam com Aids no município de Ribeirão Preto- SP, 2012.

Variáveis sobre o acompanhamento do caso		DOENTES (N=301)	
		N	%
Status clínico	Assintomático	236	78,4
	Sintomático	65	21,6
Linfócitos T - CD4+	<350	67	22,3
	350 a 499	43	38,5
	>500	185	61,5
	Sem informação	6	2,0
Carga viral	Indetectável	230	76,4
	Detectável	64	21,3
	Sem informação	7	2,3

Nota: *Alguns entrevistados (n=51) referiram mais de uma condição crônica associada e por esse motivo a soma ultrapassou os 301 indivíduos do estudo.

5.3 Oferta de ações e serviços de saúde às PVHA no município de Ribeirão Preto

A partir da somatória dos valores médios de todos os indicadores da dimensão “*elenco de serviços*”, calculou-se o Indicador Composto Geral de oferta de ações e serviços de saúde, o qual obteve média de 3,32, classificando o município com desempenho regular.

No que tange a oferta de atendimentos de rotina e complementares pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos, os indicadores de oferta de *consulta médica de rotina e de enfermagem* foram melhor avaliados e juntamente com os indicadores *consulta em caso de intercorrência e avaliação dermatológica* apresentaram desempenho satisfatório.

Já os indicadores *avaliação da função auditiva, avaliação da situação de saúde do parceiro/familiares, oferta de grupos de apoio e visita domiciliar* foram tidos como insatisfatórios, sendo este último o que apresentou pior desempenho (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados à oferta de atendimentos de rotina e complementares pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos - Ribeirão Preto, SP, julho de 2011 a fevereiro de 2012.

Variável de oferta	Média	Intervalo de Confiança
Consulta médica de rotina	4,97	4,94 – 4,99
Consulta com equipe de enfermagem	4,84	4,76 – 4,92
Consultas em caso de intercorrência	3,90	3,73 – 4,09
Apoio psicológico	3,55	3,35 – 3,76
Avaliação da função auditiva	1,67	1,51 – 1,84
Avaliação dermatológica	3,09	2,87 – 3,29
Visita domiciliar	1,25	1,15 – 1,35
Grupos de apoio	2,63	2,43 – 2,82
Avaliação da situação de Saúde do parceiro/familiares	2,38	2,17 – 2,58

Em relação à oferta de atendimentos especializados em outros serviços de saúde, a maioria dos indicadores teve avaliação insatisfatória, com exceção do *atendimento ginecológico*, cujo desempenho foi considerado satisfatório. Entre os indicadores tidos como insatisfatórios, a oferta da *avaliação auditiva com fonoaudiólogo* foi o que teve a pior avaliação (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados à oferta de atendimentos complementares pelas equipes multiprofissionais de outros serviços de saúde - Ribeirão Preto, SP, julho de 2011 a fevereiro de 2012.

Variável de oferta	Média	Intervalo de Confiança
Apoio com psicólogo/psiquiatra	2,23	2,04 – 2,42
Atendimento com assistente social	2,57	2,04 – 2,77
Atendimento ginecológico	4,11	2,04 – 4,35
Atendimento odontológico	2,30	2,04 – 2,49
Avaliação da função auditiva com fonoaudiólogo	1,13	2,04 – 1,21
Avaliação dermatológica com dermatologista	1,91	1,73 – 2,08

No que se refere à oferta de orientações pela equipe de referência, a maior parte dos indicadores foram considerados satisfatórios. Entretanto, o oferecimento de *informações pertinentes às Organizações Não-Governamentais atuantes no município, orientações sobre planejamento familiar e orientações sobre critérios e procedimentos para solicitação de benefícios governamentais* foram avaliados como insatisfatórios (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados à oferta de orientações pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos - Ribeirão Preto, SP, julho de 2011 a fevereiro de 2012

Variável de oferta	Média	Intervalo de Confiança
Para a participação em ONGs	2,07	1,90 – 2,24
Sobre planejamento familiar	1,94	1,75 – 2,13
Sobre sexualidade e uso de preservativos;	4,46	4,32 – 4,59
Sobre alimentação e nutrição	3,94	3,76 – 4,13
Sobre o uso correto das medicações	4,87	4,81 – 4,93
Sobre efeito colateral e uso dos medicamentos	4,31	4,16 – 4,46
Sobre álcool, cigarro e demais drogas	4,07	3,80 – 4,24
Sobre solicitação de benefícios do governo	2,55	2,34 – 2,75
Sobre vacinas	4,72	4,62 – 4,82

Quanto aos insumos oferecidos pela equipe de referência, encontrou-se que os indicadores *oferta de vacinas, antirretrovirais e preservativos* foram avaliados satisfatoriamente, enquanto os indicadores relacionados à oferta de *medicamentos para prevenir ou minimizar efeitos colaterais da TARV e aparecimento de doenças oportunistas* foram considerados insatisfatórios (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados à oferta de insumos pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos - Ribeirão Preto, SP, julho de 2011 a fevereiro de 2012.

Variável de oferta	Média	Intervalo de Confiança
Vacinas	4,70	4,59 – 4,80
Antirretrovirais	4,89	4,83 – 4,96
Medicamentos para prevenir efeitos colaterais da Terapia Antirretroviral	2,32	2,12 – 2,52
Medicamentos para prevenir doenças oportunistas	2,28	2,08 – 2,48
Preservativos	4,86	4,79 – 4,94

Encontraram-se como satisfatórios os indicadores referentes à oferta e *solicitação de exames de sangue*, conforme protocolos de manejo do caso (exames para contagem de linfócitos T-CD4+, carga viral). Quanto à *oferta de exames* a partir da presença de sinais e sintomas sugestivos de *tuberculose (TB)*, item este priorizado em decorrência dos elevados percentuais de coinfeção no município, próximos de 30% em no ano de 2006, os indicadores relacionados à *oferta/solicitação de raio-x e prova tuberculínica* obtiveram avaliação regular; sendo a *oferta/solicitação de exame de escarro* avaliada como insatisfatória, mesmo diante da presença de sinais e sintomas sugestivos de TB (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados à oferta e solicitação de exames pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos - Ribeirão Preto, SP, julho de 2011 a fevereiro de 2012.

Variável de oferta	Média	Intervalo de Confiança
Exames para contagem de linfócitos T-CD4+	4,96	4,93 – 4,98
Exames para verificação da carga viral	4,96	4,93 – 4,98
Raio-x quando sintomas de tuberculose	3,25	3,04 – 3,45
Exame de escarro quando sintomas de tuberculose	2,43	2,23 – 2,63
Prova tuberculínica (anualmente)	3,22	3,023 – 3,43

5.3.1 Oferta de ações e serviços de saúde às PVHA nos diferentes SAEs.

Buscando analisar a oferta geral de ações e serviços de saúde nos diferentes SAEs, computou-se um escore geral da avaliação feita pelos respondentes, somando-se os escores de todas as perguntas relacionadas à dimensão “elenco de serviços”. Nesse cálculo foi retirada a variável V12 (Atendimento Ginecológico), que só foi respondida pelas mulheres e também foram excluídos todos os participantes que deixaram de responder pelo menos uma pergunta para não prejudicar a média geral. A distribuição dos dados está indicada na tabela 10.

Tabela 10: Distribuição das médias e desvio padrão das variáveis da dimensão elenco de serviços e ações de saúde relacionado aos diferentes SAEs - Ribeirão Preto, SP, julho de 2011 a fevereiro de 2012.

		Escore total		
		N	Média	DP
SAE	A	43	109,6	12,9
	B	45	109,5	14,7
	C	68	94,4	13,1
	D	63	111,0	17,9
	E	21	106,6	14,9
	Total	240	105,4	16,4

Identificaram-se médias semelhantes entre os SAEs, com exceção do SAE “C”, que obteve média significativamente menor do que os outros. O cálculo do d de Cohen mostra que a diferença entre o centro de menor média (C) e o de maior média geral (D) é de grande magnitude ($d=1,06$).

Foram construídos indicadores que classificaram a oferta das ações e dos serviços de saúde em insatisfatório (valores médios próximos de 1 e 2), regular (próximos de 3) e satisfatório (próximo de 4 e 5), a partir da distribuição das médias das variáveis da dimensão “elenco de serviços” para cada SAE, possibilitando, assim, a identificação das semelhanças e diferenças entre os mesmos (Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição das médias das variáveis de oferta de ações e serviços de saúde segundo os cinco SAEs municipais, Ribeirão Preto-SP, julho de 2011 a fevereiro de 2012.

SAE	A	B	C	D	E	
Variáveis de Oferta	Média	Média	Média	Média	Média	Valor p
V1– Consulta médica de rotina	5,0	5,0	5,0	5,0	4,9	,693
V2– Consulta com equipe de enfermagem	4,9	4,9	4,7	4,9	4,8	,632
V3– Consultas em caso de intercorrência	4,6	4,1	2,9	4,2	4,6	,000
V4– Apoio psicológico	3,6	3,6	2,5	4,5	3,8	,000
V5– Avaliação da função auditiva	1,4	1,7	1,5	2,1	1,5	,006
V6– Avaliação dermatológica	3,3	3,5	2,3	3,2	3,5	,001
V7– Visita domiciliar	1,3	1,1	1,3	1,4	1,0	,271
V8– Grupos de apoio	3,3	2,6	1,9	3,2	1,8	,000
V9– Avaliação de saúde do parceiro/familiares	2,2	2,6	1,7	3,0	2,5	,000
V10– Apoio com psicólogo/psiquiatra	1,5	2,8	1,9	2,8	1,9	,000
V11– Atendimento com assistente social	3,3	2,5	1,9	3,1	1,6	,000
V12– Atendimento ginecológico	4,7	2,9	4,1	4,5	3,5	,000
V13– Atendimento odontológico	1,6	3,1	1,9	2,8	2,2	,000
V14– Avaliação auditiva com fonoaudiólogo	1,0	1,2	1,2	1,2	1,0	,210
V15– Avaliação dermatológica com dermatologista	1,6	2,4	1,5	2,1	2,1	,022
V16– Participação em ONGs	2,3	2,4	1,9	2,0	1,6	,186
V17– Sobre planejamento familiar	2,1	1,6	1,7	2,2	2,2	,271
V18– Sobre sexualidade e uso de preservativos	4,6	4,4	4,2	4,7	4,4	,035
V19– Sobre alimentação e nutrição	4,2	4,5	3,2	4,1	4,1	,000
V20– Sobre o uso correto das medicações	4,9	5,0	4,8	4,9	4,8	,022
V21– Sobre efeito colateral e uso dos medicamentos	4,3	4,6	4,1	4,4	3,9	,017
V22– Sobre álcool, cigarro e demais drogas	4,5	4,4	3,8	4,1	3,7	,014
V23– Sobre critérios e processo para solicitar benefícios do governo	3,3	2,9	1,6	2,7	2,8	,000
V24– Sobre vacinas	4,5	4,7	4,9	4,7	4,7	,205
V25– Vacinas	4,8	4,5	4,9	4,7	4,3	,056
V26– Antirretrovirais	4,8	4,9	5,0	4,8	4,9	,125
V27– Medicamentos para prevenir ou diminuir os efeitos colaterais da Terapia Antirretroviral	1,8	2,4	2,1	2,6	3,0	,031
V28– Medicamentos para prevenir doenças oportunistas	2,2	2,8	1,7	2,6	2,1	,005
V29– Preservativos	4,9	4,8	5,0	4,9	4,4	,000
V30– Exames para contagem de linfócitos T-CD4+	5,0	5,0	4,9	5,0	5,0	,232
V31– Exames para verificação da carga viral	5,0	5,0	4,9	5,0	5,0	,232
V32– Solicitação de raio-x a partir dos sintomas sugestivos de tuberculose	3,1	3,4	3,2	3,3	3,1	,952
V33– Solicitação de exame de escarro a partir dos sintomas sugestivos de tuberculose	2,6	2,4	2,3	2,5	2,4	,971
V34– Prova tuberculínica (anualmente)	4,1	3,4	2,5	3,3	2,8	,000

Nota: Os valores p são do teste de Kruskal-Wallis e, neles, a cor amarela indica valores significativos ($p < 0,05$), e a cor verde, valores que embora significativos no teste de Kruskal-Wallis não apresentaram diferenças nas comparações múltiplas. As outras cores servem para ilustrar os resultados das comparações múltiplas. Os valores vermelhos indicam que o SAE obteve notas menores que os outros quatro e os azuis indicam uma relação SAE a SAE (se mais escuro, obteve notas maiores que os mais claros e não diferentes dos brancos). Os brancos nunca são diferentes entre si nem dos azuis para cada variável.

No que tange às semelhanças entre os cinco SAEs, as variáveis de oferta: *consulta médica de rotina, consulta com equipe de enfermagem, orientações sobre sexualidade e uso de preservativos, orientações sobre o uso correto de medicações, orientações sobre redução do uso do álcool, cigarro e demais drogas, orientações sobre vacinas, oferta de vacinas, oferta de antirretrovirais, oferta de exames para contagem de linfócitos T-CD4+; oferta de exames para verificação da carga viral*, o desempenho foi classificado como satisfatório para os cinco SAEs, com destaque para a oferta de Orientações sobre redução do uso do álcool, cigarro e demais drogas, que obteve média menor do que as outras variáveis nos SAEs “C” e “E”. Dentre essas variáveis, a que apresentou maior média foi *consulta médica de rotina*.

A oferta e solicitação de raio-x e de exames de escarro, ambas a partir de sintomas sugestivos de tuberculose, foram avaliadas como regular em todos os SAEs. Contudo, apresentam médias próximas ao escore de avaliação insatisfatória.

As variáveis de oferta: *visita domiciliar, avaliação da função auditiva com fonoaudiólogo, avaliação dermatológica com dermatologista, informações para a participação em Organizações Não-Governamentais, orientações sobre planejamento familiar* foram avaliadas insatisfatoriamente nos cinco SAEs, sendo a oferta de *visita domiciliar e de avaliação da função auditiva com fonoaudiólogo* as piores avaliadas pelas PVHA.

As diferenças observadas entre as médias das variáveis de oferta foram significativas para 17 (50%) das 34 variáveis analisadas nesta etapa.

O SAE “A” está entre os melhores avaliados com relação à oferta de *grupos de apoio, atendimento com assistente social, atendimento ginecológico, orientações sobre alimentação e nutrição e oferta de prova tuberculínica (anualmente)*. Ainda que a oferta de grupos de apoio e atendimento com assistente social tenham recebido melhores notas neste SAE em relação aos outros, foram classificadas como regular pelas PVHA. Não houve neste SAE nenhuma variável avaliada negativamente em relação os demais, porém esteve entre os que obtiveram menores pontuações nas variáveis *avaliação da função auditiva, apoio com psicólogo/psiquiatra, atendimento odontológico, e oferta de medicamentos para prevenir ou diminuir os efeitos colaterais da TARV*.

O SAE “B” apresentou pior desempenho do que os demais para a oferta de *atendimento ginecológico*, com classificação regular; e melhor desempenho do que

os demais para oferta de *orientações sobre efeito colateral e uso dos medicamentos TARV*, com classificação satisfatória. No que se refere à oferta de *“avaliação de saúde do parceiro/familiar, apoio com psicólogo/psiquiatra, atendimento odontológico, orientações sobre alimentação e nutrição, oferta de medicamentos para prevenir doenças oportunistas e prova tuberculínica (anualmente)”*, este SAE está entre os melhores avaliados, ainda que apenas a oferta de orientações sobre alimentação e nutrição tenha sido classificada como satisfatória.

O SAE “C” apresentou desempenho pior em relação aos demais nas variáveis: *consultas em caso de intercorrência, oferta de apoio psicológico, avaliação dermatológica; avaliação de saúde do parceiro/familiares, orientações sobre alimentação e nutrição, orientações sobre critérios e processo para solicitar benefícios do governo e oferta de medicamentos para prevenir doenças oportunistas*. Ainda, esteve entre os piores na avaliação das variáveis *“Avaliação da função auditiva; Grupos de apoio, Apoio com psicólogo/psiquiatra, Atendimento com assistente social, Atendimento odontológico e Prova tuberculínica (anualmente)”*. Dessas 13 variáveis, dez foram classificadas como insatisfatórias pelas PVHA e três como regulares. Em contrapartida, esteve entre os melhores na oferta de *atendimento ginecológico*.

O SAE “D” foi melhor avaliado do que os demais para as variáveis de oferta *“apoio psicológico e avaliação da função auditiva”* e está entre os melhores avaliados na oferta de *“grupos de apoio, avaliação de saúde do parceiro/familiares, apoio com psicólogo/psiquiatra, atendimento com assistente social, atendimento ginecológico, atendimento odontológico, sobre alimentação e nutrição, oferta de medicamentos para prevenir doenças oportunistas”*. Dentre estas variáveis, apenas a oferta de *avaliação da função auditiva* foi classificada como insatisfatória pelas PVHA.

Em relação ao SAE “E”, o desempenho apresentado foi pior quando comparado aos demais para as variáveis *oferta de preservativos e orientação sobre efeito colateral e uso dos medicamentos*, porém com média classificada no escore satisfatório, e esteve entre os piores na avaliação das variáveis “*Prova tuberculínica, Grupos de apoio, Atendimento com assistente social*”, sendo estas últimas classificadas no escore insatisfatório. Este SAE foi melhor avaliado do que os demais na oferta de *medicamentos para prevenir ou diminuir os efeitos colaterais da TARV*, ainda que sua avaliação tenha sido regular, e esteve entre os melhores na oferta de *consultas em caso de intercorrências*.

6.1 Caracterização das PVHA nos SAEs: o contexto social e o impacto na assistência

Reconhecer as principais tendências da epidemia do HIV/aids é fundamental para reforçar a capacidade de resposta do programa municipal DST/aids quanto à oferta de ações e serviços de saúde com foco na promoção da saúde, prevenção da doença, detecção precoce e manejo oportuno. Há que se compreender os comportamentos e os determinantes que permeiam o agravo.

Neste estudo, os dados referentes ao perfil sociodemográfico das PVHA entrevistadas mantém coerência com as transformações da epidemia desde os anos 1990, ou seja, heterossexualização, feminização, envelhecimento e baixa escolaridade, presença de união estável, acesso a alguma modalidade de fonte de renda e predomínio da classe econômica C (SANTOS et. al., 2002; CAMARGO & BERTOLDO, 2006; PINTO et. al., 2007; POTTES et. al., 2007; SOUZA & LEITE, 2008; GIRONDI et al, 2012).

A predominância das relações heterossexuais como principal forma de transmissão e a construção sociocultural das relações de gênero no contexto de união estável constituem obstáculos para a percepção da vulnerabilidade, convertendo-se em possibilidades concretas da infecção pelo vírus, principalmente entre as mulheres, remetendo às condições de submissão, dependência de seus parceiros, negação/invisibilidade da própria sexualidade, configurando-se como elementos integrantes da identidade feminina que impõem desafios às ações preventivas (GRANGEIRO, ESCUDER & CASTILHO, 2010; VELOSO et al, 2008; BOGALE, BOER & SEYDEL, 2010; GERMAN & LATKIN et.al, 2012; MONTEIRO, 2009; OLIVEIRA, 2009; SADDIQ et. al, 2010).

A resposta efetiva à epidemia, essencialmente entre as mulheres, passa a constituir uma questão fundamentalmente sociopolítica; por conseguinte, implica em processo de mudanças sociais, que devem necessariamente buscar a transformação das relações de poder e dominação presentes na sociedade (PARKER, 2000).

Em estudo realizado por Souza & Leite (2008), observou-se que a maioria das mulheres não utiliza o preservativo durante as relações sexuais, sendo a possibilidade da gravidez indesejada o principal fator vinculado ao uso esporádico. A confiança no próprio comportamento sexual foi uma justificativa apresentada para a sua autopercepção de baixa vulnerabilidade, assim como a confiança no comportamento sexual do parceiro, ainda que pairando sempre alguma suspeita sobre a possibilidade de que o parceiro mantenha secretamente relações paralelas, conduta justificada pela natureza do homem e pelo assédio de outras mulheres, interpretando tais condições como naturais.

Questões referentes à sexualidade também precisam ser incorporadas e priorizadas na assistência prestada pelos profissionais de saúde (SANTOS & ASSIS, 2011). Se for patente a presença da questão de gênero, a expressar-se sob diversas formas no cotidiano do atendimento da equipe às mulheres, é igualmente flagrante o fato de não ser abordada como questão a ser trabalhada no sentido de reduzir a vulnerabilidade das mulheres às doenças e aos agravos, o que é creditado por Scott (2005) à naturalização de uma questão que, na verdade, constitui uma construção social, exterior ao indivíduo e, portanto, independente de sua particular vontade (SOUZA, 2008).

Assim, tanto os profissionais de saúde como suas clientes parecem não levar em conta que a prevenção não depende unicamente dos conhecimentos e atitudes dos homens ou das mulheres, mas da forma como vivenciam a relação de gênero. Para Guimarães (2001), resulta de uma cultura socialmente arraigada, que associa a vivência do sexo pela mulher à função reprodutora e nunca ao desejo e ao prazer.

Observa-se ainda o hiato entre o acesso à informação e o empoderamento dos sujeitos, visto que o modo de transmissão prevalente neste estudo foi a via sexual e, entre os motivos que levaram os entrevistados ao diagnóstico, destaca-se o aparecimento de sinais e sintomas, seguido pelo diagnóstico do parceiro, tornando-se evidente a relação da vulnerabilidade do agravo às questões sociais e culturais (GOMES, SILVA & OLIVEIRA, 2011). Dificuldades em sistematizar o cuidado com enfoque nos determinantes sociais, econômicos, culturais e subjetivos são apontadas como entraves na formulação de campanhas de prevenção (SANTOS & IRIART, 2007; GRUSKIN & TARANTOLA, 2008; SANTOS & ASSIS, 2011).

Desafios são lançados aos profissionais de saúde no apoio a essas mulheres, na divulgação do diagnóstico aos seus parceiros, no empoderamento do seu corpo e nas ações que promovam o cuidado com sua saúde.

Identificou-se que a maioria dos indivíduos entrevistados apresentava baixa escolaridade (sem escolaridade ou ensino fundamental incompleto), possuía alguma fonte de renda e estava inserida na classe econômica C. O município de Ribeirão Preto apresentou níveis elevados de riqueza e indicadores sociais em 2008, sendo a taxa de analfabetismo da população geral de 4,4% e o tempo médio de estudo na população entre 15 e 64 anos de 8,5 anos (ensino fundamental completo) (FUNDAÇÃO SEADE, 2012). Neste estudo, a escolaridade foi considerada um importante marcador para sinalizar a pauperização do agravo, por outro lado, o enquadramento dos sujeitos na classe C acompanha a ascensão desta classe na economia da população brasileira. Estudos apontam que a relação entre Aids e pobreza é complexa e, em certos contextos, populações com melhor nível econômico possuem maior prevalência do HIV, portanto, a pauperização não está relacionada aos indicadores clássicos de pobreza, mas às diferenças sociais e aos bolsões de pobreza característicos dos grandes centros urbanos (GRANEIRO, 1994; SZWARCOWALD, 2000). Pensar nesta contradição remete à reflexão sobre o preparo e qualificação dos serviços quanto ao acesso a ações e serviços de saúde que promovam um cuidado coerente com as necessidades dos usuários em acompanhamento.

Em relação ao *status* clínico no momento da notificação, o déficit imunológico inferior a 350 cel/mm³ de linfócitos T-CD4+ indica a necessidade de elaboração de estratégias de organização do cuidado que promovam o diagnóstico precoce e tratamento oportuno. A ampliação da testagem para o HIV e o diagnóstico precoce tem possibilitado também melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com HIV/aids. Entre 2003 e 2006, em torno de 42% dos portadores de HIV do estado de São Paulo chegavam aos serviços com a contagem de células de T-CD4 abaixo de 200, o que revela acesso tardio aos serviços de saúde. Essa taxa caiu para 30% em 2008 e 25% em 2012 (SÃO PAULO, 2013).

Questões como a estigmatização, pensada aqui como “um atributo que é profundamente depreciativo e que, aos olhos da sociedade, serve para desacreditar a pessoa que o possui” (PARKER & AGGLETON, 2003) e o medo, também podem estar relacionados ao diagnóstico tardio. Ainda que a vulnerabilidade seja discutida nos dias de hoje, mantém-se um olhar para a doença apenas como fruto do comportamento individual ou de risco, como a escolha do parceiro, as relações sexuais sem o uso do preservativo ou o compartilhar de seringas. Ademais, a AIDS é considerada por muitos como sentença de morte e as perdas vivenciadas podem atingir diversas esferas da vida do indivíduo, comprometendo sua vida pessoal, afetiva, social, espiritual e profissional (SOUZA, 2008), e as pessoas que se relacionam com essa doença, quer seja como paciente, familiares e mesmo profissionais da área, são atravessados por esses atributos (FONSECA, 2005).

Cabe destacar aqui o pioneirismo do município de Ribeirão Preto em estratégias que visam a prevenção da transmissão do HIV. O pré-natal do parceiro é um projeto que foi implantado em 2007 em Ribeirão Preto e hoje está presente em diversas cidades do País fazendo parte das ações da Política Nacional de Saúde do Homem do Ministério da Saúde (DUARTE, 2007), que em conjunto com os Programas municipais de DST/HIV/aids e de Assistência Integral à Saúde da Mulher busca a inclusão do parceiro na assistência pré-natal da gestante e, no seu contexto, minimizar a questão da convocação do parceiro da gestante portadora de DST/HIV/aids, e cria a possibilidade de evitar tanto a exposição quanto a re-exposição de transmissão perinatal (DUARTE, 2007).

A profilaxia da exposição sexual ou PEP Sexual (Post-Exposure Prophylaxis) inclui-se, também, como estratégia de prevenção da transmissão do HIV pelo emprego de antirretrovirais, sendo indicada para situações excepcionais em que ocorrer falha, rompimento ou não uso do preservativo durante a relação sexual (RIBEIRÃO PRETO, 2010). Não existem evidências definitivas em relação à eficácia, efetividade e segurança das recomendações para a abordagem da exposição sexual ao HIV, sendo considerado como base racional o modelo teórico utilizado na profilaxia pós-exposição ocupacional.

Contudo, o atendimento da exposição com potencial transmissão do HIV implica em acolher as demandas, avaliar as circunstâncias da exposição, caracterizar o risco de transmissão e conhecer a frequência das exposições, para considerar os encaminhamentos necessários. Para tanto, os profissionais lançam mão do aconselhamento, momento este oportuno para avaliação das vulnerabilidades individuais e sociais do usuário considerando a falta de informação, a dificuldade de acesso, o uso de álcool e outras drogas e o medo de perder o parceiro diante da exigência do preservativo, da confirmação do diagnóstico e sua comunicação (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Como possíveis reflexos da assistência prestada às PVHA, além da interação de outros determinantes de saúde, este estudo revelou que os entrevistados pertenciam a uma faixa etária entre 40 a 64 anos, encontravam-se assintomáticos, com tempo médio de tratamento de sete anos e faziam uso da TARV há mais de 5 anos no momento das entrevistas. Tais dados refletem bons níveis de adesão ao tratamento e estado imunológico (SILVA et al, 2010) dos entrevistados, além, há que se destacar o desempenho e a expressão municipal do programa DST/aids na viabilização de ações e serviços de saúde voltadas ao cumprimento das diretrizes terapêuticas para o tratamento e seguimento das PVHA, mesmo diante das diferentes lógicas de estruturação e organização da rede pública local, também identificadas e referidas em outros estudos (NEMES, et. al, 2004; GRANGEIRO, ESCUDER & CASTILHO, 2010; BORGES, SAMPAIO & GURGEL, 2012).

Quanto à tendência de envelhecimento, essa dinâmica pode refletir a naturalização do conviver com a doença, a melhoria nas condições de vida e de saúde, diminuição da vulnerabilidade ao adoecimento por doenças oportunistas, além do empoderamento pessoal (GOMES, SILVA & OLIVEIRA, 2011). Tal fenômeno atrela-se aos êxitos da TARV. Entretanto, essa tendência apresenta questões relacionadas aos efeitos degenerativos de doenças em outros âmbitos de saúde e também às PVHA, como as Síndromes metabólicas, que permeiam o processo de envelhecimento, e aspectos da saúde mental que, neste contexto, faz-se importante compreender os determinantes associados à depressão de forma a elaborar estratégias de intervenção que levem em consideração a qualidade de vida desses indivíduos (CASTANHA et al, 2006).

Sabe-se que a introdução da TARV pode potencializar a dislipidemia nesses pacientes e que a mudança no perfil metabólico determina o desenvolvimento de resistência à insulina e, em alguns casos, de diabetes mellitus, representando um importante fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica, levando também ao aumento do risco cardiovascular.

A estratégia de prevenção às doenças cardiovasculares em PVHA é semelhante aquela recomendada pela IV Diretriz Brasileira de Prevenção de Aterosclerose. Deve-se estimular a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo alimentação equilibrada, prática de atividade física e redução do tabagismo (BRASIL, 2013c; ARRUDA JR et al., 2010), havendo a necessidade de se formular práticas interdisciplinares (BORGES, SAMPAIO & GURGEL, 2012) e integrar a rede de atenção quando se considera a necessidade de prevenção e manejo das comorbidades crônicas associadas.

Tais questões requerem uma visão multiprofissional, no entanto, o próprio profissional infectologista muitas vezes se responsabiliza pelos tratamentos específicos dessas comorbidades. A sobrecarga de atendimentos observada no decorrer do processo de coleta de dados, aliada a aspectos da própria formação profissional - culturalmente biologicista e centrada na doença - podem limitar a abordagem desse especialista às dimensões clínicas da doença em detrimento dos aspectos sociais que também poderiam ser explorados e incorporados ao cuidado.

Deste modo, impõem-se aos serviços de saúde a necessidade de ofertar e sustentar um amplo leque de ações desenvolvidas e articuladas na promoção do cuidado às PVHA, desde a prevenção, a assistência, inclusive a farmacêutica, promoção da saúde, formação profissional, assim como a compreensão do humano, suas subjetividades e dinâmicas sociais.

6.2 A composição dos SAEs: desafios para o cuidado e o trabalho em equipe

A composição das equipes no SAE do município é heterogênea. A portaria Conjunta nº 1, de 16 de Janeiro de 2013 (BRASIL, 20013b) recomenda que tais serviços possuam em sua composição de equipe, além do médico clínico ou infectologista, o enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social e/ou psicólogo, e para os Centros de Referência e Especialidades (CRE) a recomendação é de equipe estendida integrando-se à equipe outros profissionais de nível superior, a saber, o médico ginecologista e obstetra; nutricionista; cirurgião dentista e pediatra quando do atendimento desta população, além do dermatologista para atendimento às lipodistrofias (BRASIL, 2013b).

Considerando a equipe de enfermagem, em todos os ambulatorios conta-se com auxiliares/técnicos em todos os períodos. Porém, com relação aos enfermeiros, apenas dois SAEs possuem estes profissionais exclusivos para o programa, sendo que em um não há disponibilização do mesmo em período integral. Nas outras unidades, estes profissionais se dividem com outras demandas do serviço. Vale ressaltar ainda que a consulta de enfermagem referida pelos participantes desta pesquisa refere-se ao pré e pós atendimento médico, com ações voltadas para a verificação do peso, estatura, pressão arterial, agendamento de exames e retorno, ações estas que são executadas em sua maioria pelos técnicos/auxiliares de enfermagem.

A enfermagem no Brasil, como em outros países, iniciou seu percurso valorizando menos o cuidado e atendendo apenas uma ideologia de cura. Nesse momento, houve um distanciamento dos enfermeiros em relação aos pacientes, e o cuidado direto passou a ser exercido pelas demais categorias de enfermagem, ratificando que o cuidado era algo de menor valor (WALDOW, 1999⁶, apud LUZ & MIRANDA, 2010). O objeto da enfermagem não estava centrado no cuidado ao paciente, mas na maneira da tarefa ser executada (LUZ & MIRANDA, 2010).

⁶ Waldow VR. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Saga Luzatto; 1999.

No final do século XX a fundamentação das teorias de enfermagem passa a ter um papel fundamental no desenvolvimento da profissão. Várias tentativas são realizadas no sentido de humanizar o cuidado, trazendo ao mesmo o *status* de ciência e sua identidade, buscando apoio em outras áreas do conhecimento social e psicológico (WALDOW, 1999, apud LUZ & MIRANDA, 2010). Em tais teorias fundamentam-se conceitos de homem, saúde, enfermagem, cuidado, cada qual dentro do seu referencial epistemológico, viés teórico e corrente filosófica eleita pelo seu pensador.

Ayres (2004), afirma que a lógica do cuidado prestado deve sempre conter a proposta de uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento, seja ele de natureza bio-psico-social tanto individual como coletivo, ou o alcance de um bem estar comum, resultando em um projeto de co-responsabilidades entre os sujeitos onde as diversas subjetividades sejam de fato consideradas no processo de interação. As dimensões fundamentais do cuidado, para Ayres (2004), são: voltar-se à presença do outro, ou seja, atentarmos para o envolvimento dos sujeitos na formulação e execução das intervenções de saúde; otimizar a interação, através da dinâmica da comunicação e “ausculta sensível”, efetivada através do acolhimento e práticas humanizadas; enriquecer horizontes para um cuidar efetivo, através da superação do modelo biomédico e do jargão sanitário rumo à interdisciplinaridade e intersetorialidade, propiciando um intenso protagonismo comunitário na definição de estratégias e ações de saúde (AYRES, 2004).

Na atuação do enfermeiro, como meio de implementação do cuidado, destaca-se o Processo de Enfermagem, hoje predominantemente operacionalizado pela Sistematização da assistência de Enfermagem, preconizada por órgãos de classe como os Conselhos Federal e Regional de Enfermagem. A dimensão do cuidado humanizado, centrado na pessoa e não predominantemente na doença é enfatizado e recomendado, sendo o Processo de enfermagem uma importante ferramenta da gestão do cuidado, pois permite um atendimento individualizado, integral e de qualidade (TANNURE, 2011).

Neste estudo há que se destacarem aqueles SAEs que apresentaram melhor desempenho na oferta de ações e serviços de saúde para além do manejo clínico da doença, os quais possuíam enfermeiros exclusivos no momento da coleta de dados (“A”, “B”, “D” e “E”).

Apontam-se várias potencialidades na melhoria da qualidade de vida das PVHA através da atuação e capacidade de avaliação do profissional de enfermagem. Considerando a estrutura dos serviços de saúde atuais, à qual ainda carrega características do modelo fragmentado do processo saúde-doença, o enfermeiro constitui-se como um importante interlocutor entre as necessidades deste público e organização do trabalho. A atuação interdisciplinar e intersetorial preconizada para o trabalho do enfermeiro pode constituir-se como força impulsionadora para a concretização da integralidade do cuidado.

Estudo realizado por Brasileiro et al, (2011), mostra que houve influência da orientação do enfermeiro frente aos diagnósticos de enfermagem inicialmente identificados em PVHA, favorecendo a assistência eficaz à maioria dos clientes. Houve alteração benéfica do lazer, do autocuidado, da autoestima e da ansiedade, ratificando a importância do diagnóstico de enfermagem para pessoas acometidas pela Aids, bem como a necessidade do enfermeiro especificamente nos ambulatorios para a elaboração de um plano de cuidados efetivo para essas pessoas, que leve em consideração os aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, emocionais e sociais desses pacientes, repercutindo, assim, em sua qualidade de vida.

Melchior et al, (2006), refere que atividades de acolhimento e recepção dos casos novos é comum entre vários profissionais de nível universitário, sendo realizada por enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Ainda, auxiliares de enfermagem capacitados podem lidar com questões específicas em HIV/aids como adesão ao tratamento e nutrição, entre outros, com conteúdos e linguagem próprios (MELCHIOR et al, 2006), para além das atividades técnicas auxiliares da consulta médica.

No que tange à assistência farmacêutica e ao serviço social, em um dos SAEs estudados não conta-se com farmacêuticos/auxiliar de farmácia e em outros 02 com assistente social. Para além da disponibilidade, quando da presença destes profissionais na composição do SAE, estes não atuam exclusivamente nos ambulatorios, atendendo toda demanda das Unidades de Saúde. Em nenhum dos ambulatorios tem-se a presença do psicólogo e/ou fonoaudiólogo, o que dificulta a atenção multiprofissional e fragiliza a atuação interdisciplinar.

Cabe destacar que o profissional fonoaudiólogo não está preconizado na Portaria Conjunta nº 1, de 16 de Janeiro de 2013 (BRASIL, 2013b), referente à composição das equipes mínimas dos SAEs e CRT, porém considerou-se neste trabalho como profissional de suma importância, haja vista que a terapia fonoaudiológica em PVHA visa minimizar as alterações que possam estar presentes com a evolução da doença, com infecções oportunistas ou pelo uso de algumas medicações, como dificuldade para deglutir, problemas na fala ou na audição.

Ainda que este profissional não esteja recomendado na equipe de referência, considerou-se a qualificação da própria equipe na abordagem inicial das PVHA para a identificação do risco dessas disfunções e o encaminhamento oportuno, no contexto das redes de atenção.

A escassez de profissionais e a impossibilidade de dedicação exclusiva ao SAE também foram identificadas como dificuldades enfrentadas pelas equipes para a organização do processo de trabalho em estudo realizado por Melchior, (2006), causando uma sobrecarga de atendimentos e a impossibilidade de participação em atividades coletivas. Tal sobrecarga pode influenciar a priorização de atividades clínicas e individuais fortalecendo o paradigma biológico e a fragmentação do cuidado.

Considerando a complexidade da doença, o enfoque assistencial às PVHA deve ser interdisciplinar, pois a trajetória da mesma impõe situações complicadas, ameaçadoras e de difícil manejo, como: estigma e discriminação, medicação com esquemas complexos, dificuldades na adesão ao tratamento, efeitos colaterais, consequências na vida sexual e reprodutiva, entre outras (SOUZA, 2008).

Cabe ressaltar que a especificidade da doença não deve ser desconsiderada. O profissional médico especializado no agravo configura-se em um recurso de suma importância para a manutenção do cuidado. Em todos os SAES tem-se a presença do médico infectologista em pelo menos um período do dia. Estudos reiteram a importância da experiência e especialização do profissional para a obtenção de bons resultados clínicos apontadas desde o início da epidemia (NEMES, 2013).

Nesse sentido, verifica-se a necessidade de buscar estratégias que favoreçam o trabalho multiprofissional e interdisciplinar no contexto das redes de atenção à saúde, agregando e articulando novos saberes de profissionais distintos ao serviço de saúde, pautado na lógica do trabalho em equipe integrado, com profissionais capacitados para lidar com a utilização de tecnologias centradas nas relações interpessoais, na busca do desenvolvimento de ações conjuntas objetivando a resolutividade às demandas e necessidades provenientes de um agravo crônico (BORGES et al, 2012; PEDUZZI, 2007) e complexo como o próprio HIV/aids.

Ademais, considerando que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral, um ponto a ser explorado no contexto das redes de atenção é o apoio matricial em saúde⁷, o qual implica na construção de um projeto terapêutico integrado, sendo que a articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se por meio de atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência; em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador; bem como em situações que envolvam o apoio à troca de conhecimento e orientações entre equipes e apoiadores (CAMPOS, 2007).

A organização do trabalho em equipe ocorre a partir da necessidade de incluir tecnologias em saúde que levem em consideração a integralidade, a complexidade dos objetos de intervenção e a intersubjetividade (PEDUZZI, 2007). Estas permitem a produção de mudanças tecnológicas na assistência e no cuidado. Não basta os trabalhadores interagirem cordialmente ou compartilharem uma mesma situação de trabalho para constituírem uma equipe integrada. É necessário um investimento na articulação das ações, preservando as especificidades de cada componente da equipe. Esta atitude requer o reconhecimento do trabalho do outro, pressupondo uma concepção ampla do processo saúde-doença (BORGES et al, 2012).

⁷ O matriciamento assegura retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados. O apoio matricial pode ser conduzido por um especialista ou uma equipe de especialistas que tem um núcleo de conhecimento distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso (CAMPOS, 2007).

6.3 Integralidade do cuidado e integração da rede: desafios na oferta de ações e serviços de saúde às PVHA

Os resultados obtidos neste estudo apontam que a oferta de ações e serviços de saúde às PVHA pelos SAEs do município, de uma forma geral, é vista como regular, porém heterogênea.

No que tange às semelhanças entre os cinco serviços, observa-se que, no escopo de tais ações há um direcionamento da oferta voltado predominantemente a atividades clínicas biológicas, envolvendo a estabilização da doença no indivíduo e prevenindo a disseminação do vírus na população como um todo. Dessa forma, a avaliação satisfatória por parte dos sujeitos para os indicadores referentes à oferta de *consulta médica de rotina, consulta com equipe de enfermagem, orientações sobre vacinas, oferta de vacinas, oferta de antirretrovirais, oferta de exames para contagem de linfócitos T-CD4+; oferta de exames para verificação da carga viral* desvela a manutenção de um adequado manejo clínico do agravo daqueles indivíduos que estão em acompanhamento.

No entanto, observa-se a existência de lacunas nas atuações que remetem ao cuidado integral do usuário, uma vez que o estudo identificou que a oferta de ações e serviços relacionados a outras necessidades e demandas de saúde, para além do enfoque clínico e medicamentoso da doença, abordadas aqui pelos indicadores de oferta de *visita domiciliar, avaliação da função auditiva com fonoaudiólogo, avaliação dermatológica com dermatologista, informações para a participação em organizações não-governamentais, orientações sobre planejamento familiar, oferta e solicitação de exame de escarro a partir dos sintomas sugestivos de tuberculose* foi classificada como insatisfatória, e a *oferta e solicitação de raio-x* como regular.

Sabe-se que a TB se configura como a principal doença oportunista a acometer as PVHA (BRUNELLO, 2011) e que a infecção pelo HIV eleva o risco de desenvolvimento de tuberculose ativa em indivíduos com tuberculose latente, sendo a principal causa de óbito por doença infecciosa com origem definida em PVHA (BRASIL, 2013c).

De acordo com Brasil (2013c), a TB deve ser pesquisada em todas as consultas mediante o questionamento sobre a presença dos seguintes sintomas: tosse, febre, emagrecimento e/ou sudorese noturna. A presença de qualquer um desses sintomas pode indicar TB ativa e deve ser investigada. A prova tuberculínica (PT) é importante para o diagnóstico da infecção latente da tuberculose (ILTB) e constitui um marcador de risco para o desenvolvimento de tuberculose ativa, devendo ser realizada em todas as PVHA e que sejam assintomáticas para TB. Não confirmado ILTB, recomenda-se que seja repetida anualmente e também após a reconstituição imunológica com o uso da TARV. Para indicar o tratamento da infecção latente, deve-se excluir TB ativa utilizando critérios clínicos, exame de escarro e radiografia de tórax (BRASIL, 2013c).

Pensar nesta assistência significa refletir, também, sobre a incidência e prevalência das principais comorbidades relacionadas ao HIV/aids. Nota-se, no entanto, que apesar do elevado percentual de coinfeção do município, o qual registrou cifras próximas a 30% nos últimos anos (BRUNELLO, 2011), as práticas relacionadas à prevenção e controle do agravo são pouco consideradas pela equipe durante o acompanhamento dos casos.

A profilaxia de infecções oportunistas (IO) proporciona uma importante redução da morbimortalidade em indivíduos com disfunção imune secundária à infecção pelo HIV. Essa prevenção tem dois aspectos principais: a profilaxia primária, enquanto estratégia que visa evitar o desenvolvimento das IO em indivíduos com exposição prévia, e a secundária, com o objetivo de evitar a recidiva de IO que já tenham ocorrido. O principal parâmetro para orientar a introdução e suspensão de quimioprofilaxia é a contagem de LT-CD4+, uma vez que o risco de IO está diretamente associado ao nível dessas células de defesa (BRASIL, 2013c).

Neste estudo, a oferta de medicamentos para prevenir os efeitos colaterais das TARV foi avaliada como insatisfatória. Sabe-se que a TARV traz efeitos colaterais danosos aos pacientes como náusea, diarreia, vômitos, aumento dos níveis séricos de colesterol e triglicérides, e as lipodistrofias (RACHID, 2005), o que fragiliza a adesão ao tratamento e dificulta a sustentação do sucesso terapêutico. Assim, com a cronicidade do HIV/aids nos dias de hoje, minimizar os efeitos colaterais implica também em melhorar a adesão ao tratamento e como consequência, a qualidade de vida das PVHA.

Em relação às informações sobre as ONGs presentes e atuantes no município, a classificação insatisfatória por parte dos usuários remete à reflexão sobre os mecanismos de articulação e envolvimento da comunidade como potencial para ampliação do cuidado prestado pelo setor saúde, visto que o município conta com atividades prestadas por ONGs em diversas áreas sociais e de saúde, como apoio psicológico às PVHA e seus familiares, trabalhos de prevenção às DST/HIV/aids, atendimentos profissionais em fisioterapia, assistência social, psicologia e Casa Abrigo (LOPES, 2012). Considerando a finitude dos recursos da saúde, principalmente a incorporação de recursos humanos no contexto da rede de atenção, bem como a complexidade que envolve o cuidado em HIV/aids para além das questões biológicas da doença, mecanismos que valorizem o reconhecimento e o envolvimento de outros atores e setores poderiam contribuir no processo de complementaridade e avanços na integralidade da assistência prestada às PVHA.

Vale ressaltar que a oferta de atendimento em ginecologia foi a variável melhor avaliada pelos sujeitos desta pesquisa no que diz respeito ao cuidado transversal. A presença desta categoria médica em três dos cinco SAEs estudados e ampla oferta deste atendimento pela rede básica do município favorecem o acesso das mulheres no que tange ao atendimento ginecológico. O município é também pioneiro na construção de protocolos e fortalecimento da rede para a assistência da saúde da mulher nas diferentes fases do ciclo vital.

Em contrapartida, a classificação insatisfatória para orientações sobre planejamento familiar nos SAEs reforça as dificuldades destes serviços em ofertar atendimentos para além da figura do médico. A sobrecarga de trabalho e o modelo de atenção pautado no manejo das condições clínicas podem contribuir nesse contexto. Questões como o estigma e o despreparo profissional também influenciam na sub oferta de tais ações por outros profissionais da saúde. O planejamento familiar é um direito de mulheres, homens e casais e está amparado pela Constituição Federal, que o regulamenta, cabendo ao Estado prover recursos educacionais e tecnológicos para o exercício desse direito (BRASIL, 1988), bem como profissionais de saúde capacitados para desenvolverem ações que contemplem a concepção e a anticoncepção (BRASIL, 2000), mesmo na vigência do HIV, não se admitindo imposição de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos.

A escolha dos métodos anticoncepcionais constitui um desafio para os casais que convivem com o HIV/aids, pois aborda questões afetivas, sociais e de preferências pessoais, visto que esses casais encontram, na maioria das vezes, as mesmas dificuldades em usar preservativos em todas as relações sexuais que os casais não contaminados pelo HIV (MALISKA, 2007). Ademais, o planejamento familiar merece atenção devido à interação medicamentosa entre algumas TARV e anticoncepcionais hormonais (ACH); bem como considerando o momento clínico satisfatório para a concepção, possibilidade de transmissão vertical do HIV, e a impossibilidade da amamentação (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, é crucial que pessoas que convivem com HIV/aids que desejam conceber ou realizar a contracepção tenham acesso à informação para que possam fazer suas escolhas e o uso adequado dos métodos anticoncepcionais (MAC) mais bem indicados para tal situação, bem como o planejamento adequado da gestação (BRASIL, 2010). Para além, é crucial que se incorpore no processo de cuidar questões que lidem com os projetos de vida das PVHA.

No que tange as diferenças encontradas entre os SAEs, vale destacar, a priori, que não houve diferença estatística significativa entre os SAEs “A”, “B”, “D” e “E”. Contudo, identificou-se que o SAE “C” apresentou desempenho inferior quando comparado aos demais. A seguir, serão explorados as especificidades de cada SAE na oferta de ações e serviços de saúde às PVHA.

O SAE “A” está inserido em uma área de vulnerabilidade social do município. Reflete-se sobre o possível impacto sociodemográfico e econômico nas condições de vida e de saúde das PVHA, que pode ser agravado por aspectos singulares de enfrentamento do processo de adoecimento e da própria adesão terapêutica, estando esta última potencialmente fragilizada pela escassez na oferta de medicamentos voltados a minimizar efeitos colaterais da TARV (SEIDL et. al, 2007).

Ademais, verifica-se coerência e proatividade do serviço na oferta de ações para além do enfoque clínico à medida que se valoriza o acesso dos usuários a possíveis benefícios sociais, exemplificando o engajamento do profissional do Serviço Social no cuidado às PVHA ainda que não exerça suas atividades exclusivamente para este programa. Este SAE, coerente com a complexidade do contexto permeado pela instabilidade clínica da doença, implementa tecnologias do cuidado com foco na adesão, a partir da constituição de grupos com tal enfoque (NEMES, et.al, 2009).

Merece destaque a articulação entre as equipes das áreas programáticas de HIV/aids e tuberculose do SAE, assim como no SAE “B”, e deste com outro serviço de referência para garantir o acesso à prova tuberculínica.

O SAE “B” foi planejado e inaugurado recentemente como um centro de referência em DST/aids, cuja estrutura predial, disponibilidade de recursos humanos e serviços de apoio ampliam o escopo de ações ofertadas aos usuários. Ainda no mesmo espaço físico, estrategicamente, concentrou-se a equipe coordenadora do programa DST/aids, o que aproximou a gestão da assistência, favorecendo, assim, a comunicação e o compartilhamento de demandas e necessidades, potencializando a resolutividade da atenção. Tal proximidade favorece também a rápida atualização da equipe assistencial e a negociação de bens e insumos que qualifiquem o cuidado prestado. Este SAE possui o maior número de usuários em acompanhamento, sendo referência também para a penitenciária masculina.

Destaca-se nos SAEs “B” e “D” o empenho na oferta de ações e serviços de saúde com retaguarda assistencial nos momentos de agudização da doença, na valorização de ações e disponibilização de insumos para a identificação e prevenção de manifestações oportunistas, complicações decorrentes da TARV e assistência em odontologia. Pensar na sistemática de acompanhamento dos casos, viabilizando um cuidado compatível com as demandas dos usuários, implica na capacidade e mobilização das equipes para a integração de ações dentro e entre os serviços da rede de atenção.

Ainda em relação ao SAE “D”, um dos centros de referência mais antigos no município, o qual assume a responsabilidade pelo manejo de outras condições infecciosas (tuberculose, hanseníase e DST) e pelo atendimento da população carcerária feminina, há que se destacar a articulação permanente entre as equipes das áreas programáticas de HIV/aids e tuberculose, e destas com outros serviços de referência para garantir o acesso à prova tuberculínica. O referido SAE apresentou um dos melhores desempenhos na assistência prestada às PVHA e, apesar de ficar evidente o enfoque clínico, expressa a preocupação da equipe quanto ao contexto de vida e saúde dos parceiros/familiares, além de promoverem ações que permeiam o suporte psicológico e social destes usuários. Tais achados podem manter relação com a estrutura e a capacidade de gestão do serviço e do cuidado, além do próprio aprendizado assistencial em função do tempo de implantação do serviço e experiência quanto ao manejo do agravo e suas comorbidades.

No SAE “C”, a gestão do serviço e do cuidado é realizada por uma instituição de ensino superior, responsável pela manutenção da estrutura física, de recursos humanos e do processo de trabalho. A unidade contempla ampla variedade de serviços, (ex. Pronto Atendimento, Farmácia, Sala de Vacina) e especialidades (ex. odontólogos, ginecologistas, endocrinologistas, assistente social) para oferecer retaguarda assistencial a todo o distrito de saúde sob sua responsabilidade, o qual é marcado por importantes contrastes sociais. Aqui, verificam-se dois eixos de responsabilização na assistência às PVHA, a saber: por parte da gestão municipal, sob a competência do Programa Municipal de DST/HIV/aids no que tange à pactuação e alcance de metas e responsabilidades sanitárias; e por parte da gestão do serviço de saúde, sob a competência da instituição de ensino, responsável pela disponibilização de recursos e produção do cuidado em si, articulando a missão assistencial à formação. Diferentes gestões, com fluxos hierárquicos próprios, processos decisórios e comunicacionais distintos influenciam na dinâmica de organização e produção do cuidado às PVHA.

Salienta-se que no SAE em questão foram encontradas as maiores diferenças entre as variáveis de oferta estudadas em relação aos demais serviços. Ainda representa importante lócus de ensino para cursos de residência médica, além de acadêmicos de medicina e de enfermagem. Entretanto, a simplificação do processo de trabalho, ancorado em um modelo de atendimento compartimentalizado, pautado na clínica e terapêutica medicamentosa, com centralização uniprofissional (equipe médica) dificulta o delineamento de projetos de intervenção permeáveis a outros saberes e tecnologias de saúde (NEMES, et.al, 2009; BORGES, et.al, 2012; MENDES, 2012).

Considerando que a questão da integralidade pode ser tomada como eixo central para a formulação de políticas e implementação de estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde (PINHEIRO, 2003; MATTOS, 2004) cabe destacar que uma das barreiras apresentadas à sua efetivação deriva do fato de as práticas de saúde se estruturarem segundo determinações econômicas e político-ideológicas que continuam ainda a vigorar (TEIXEIRA, 2006), reproduzindo o modelo biomédico assistencial.

Ceccim e Feuerwerker (2004) salientam que as instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico. Destacam ainda, que a formação técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Cabe ressaltar que o SAE “C” obteve avaliação satisfatória no cumprimento das diretrizes clínicas. Porém, verifica-se que existe potencial de ampliação do cuidado prestado em função da estrutura e dos recursos disponíveis, ampliando oferta de ações e serviços de saúde com fluxos estruturados e fundamentados nas necessidades das PVHA.

Já o SAE “E”, apesar de sua área física estar temporariamente inserida em um hospital vinculado a uma universidade privada, não está integrado aos demais serviços prestados pela instituição e apresenta restrições estruturais no quadro de recursos humanos, refletindo no número de usuários acompanhados (menor) e necessidade de encaminhamento a outros serviços da rede pública para o acesso a insumos essenciais do programa (TARV) e complementaridade do cuidado. A gestão do cuidado destes usuários tem como fonte usual de referência um único profissional de enfermagem com nível superior.

A despeito da complementaridade e potencial de ampliação assistencial às PVHA, as ações de visita domiciliar e articulação com determinadas especialidades profissionais (ex. fonoaudiologia) na promoção da qualidade de vida e prevenção/manejo oportuno de complicações decorrentes da doença e da própria terapêutica, pode ter relação com dificuldades estruturais de recursos materiais (viaturas) e humanos da rede de saúde (SOUZA, 2009), desafiando a gestão do programa DST/aids e do próprio cuidado às PVHA. A interlocução com outras categorias profissionais contribuiria com a oferta de uma assistência integrada e coerente com a complexidade que envolve a doença. Contudo, lacunas ainda existem na própria configuração das equipes mínimas dos SAEs, influenciando a organização do processo de trabalho, com reflexos na sobrecarga profissional e perpetuação do enfoque biologicista e fragmentado do cuidado (BORGES, 2012). O contato com as PVHA fora do ambiente institucional (visita domiciliar), além do planejamento e mobilização de recursos, esbarra também na autorização formal dos usuários.

Nesta lógica, fica evidente que a equipe especializada, com seriedade e dentro das condições estruturais e processuais existentes, possibilita o tratar. Porém, a dimensão do cuidar poderia ser explorada e ampliada, considerando-se a rede de atenção local à saúde e outros recursos disponíveis na comunidade. Esbarra-se, no entanto, em limitações pertinentes à sobrecarga e responsabilização única no acompanhamento dos casos na rede de atenção (SANTOS, 2004), tanto no que se refere ao profissional de saúde como ao próprio serviço responsável pelo caso. A limitação do serviço de saúde nessa etapa do cuidado resulta em um atendimento desarticulado das demandas emergentes e singulares, configurando um cuidado fragmentado, deixando o indivíduo vulnerável a agravos preveníveis, reforçando a procura pelos serviços de emergência, interferindo em sua qualidade de vida e, em casos extremos, podendo diminuir o espaço de tempo entre o adoecimento e o óbito (STARFIELD, 2002).

A complexidade tecnológica que se realiza no momento assistencial refere-se à interação entre os sujeitos, à organização do trabalho, ao exercício da interdisciplinaridade presente no trabalho em equipe, à contínua incorporação de novos saberes e práticas às ações de saúde. Da qualidade dessas diferentes dimensões do trabalho em saúde depende a integralidade das ações (NEMES et al, 2004).

A diferença de conduta assistencial adotada se relaciona intimamente com os indicadores de satisfação, adesão ao tratamento e resultados laboratoriais favoráveis. Ou seja, o cuidado integral e integrado, planejado e executado ao longo do tempo e não de forma episódica, pode refletir em resultados mais plausíveis que extrapolam estimativas esperadas pelos programas de controle do HIV (TORIAN, 2014). Assim, urge a necessidade de transformação constante dos sistemas essencialmente reativos, fragmentados e episódicos, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, em um sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde (MENDES, 2009; OMS, 2003).

O presente estudo permitiu delinear o perfil de uma amostra de indivíduos que viviam com aids e estavam em acompanhamento nos ambulatórios de referência em HIV/aids do município de Ribeirão Preto. Identificou-se paridade entre os sexos, cor branca, envelhecimento populacional, indivíduos casados/união estável, heterossexuais, baixa escolaridade, predomínio da classe econômica C. Dentre os motivos que levaram ao diagnóstico de doença, destacam-se o aparecimento de sinais e sintomas e o diagnóstico do parceiro, sendo a via sexual a principal forma de transmissão. Quanto às características clínicas, houve predomínio de indivíduos assintomáticos, com boa resposta imunológica e carga viral indetectável, além da presença de comorbidades crônicas.

Tais características e especificidades clínicas, sociais e demográficas apontam a complexidade que envolve a assistência às PVHA, exigindo abordagens no processo de produção do cuidado que englobem uma perspectiva interdisciplinar, almejando o adequado reconhecimento dos problemas/necessidades e a garantia da oferta de ações e serviços de saúde que sejam coerentes, contínuas e integradas, para além do enfoque clínico do agravo.

O estudo mostrou que a oferta de ações e serviços de saúde às PVHA pelos SAE do município, de uma forma geral, é vista como regular, porém heterogênea em função de complexidades e contradições na estrutura dos serviços, dinâmica organizacional e relacional, qualificação e liderança profissional, paradigmas e ideologias vigentes, bem como pelo próprio perfil dos usuários em acompanhamento.

Quanto ao desempenho dos SAEs como um todo, identificaram-se médias semelhantes entre eles, com exceção do SAE “C”, que obteve média significativamente menor do que os outros. O SAE “D” foi o melhor avaliado pelas PVHA.

No que tange às semelhanças entre os cinco serviços, há um direcionamento da oferta voltado predominantemente para atividades que envolvem a estabilização da doença no indivíduo e a prevenção da disseminação do vírus na população como um todo. No entanto, observa-se a existência de lacunas nas atuações que remetem ao cuidado integral do usuário, com oferta insatisfatória pelos participantes do

estudo para ações e serviços relacionados a outras necessidades e demandas de saúde, para além do enfoque clínico e medicamentoso da doença.

De modo geral, as condições clínicas favoráveis evidenciadas no perfil médio das PVHA e o adequado manejo clínico da doença refletem a capacidade de organização e gestão das práticas de saúde, com enfoque no cumprimento das diretrizes clínicas programáticas normatizadas para o controle da doença no contexto dos SAEs estudados. Contudo, há que se destacar o potencial de ampliação do cuidado prestado por tais serviços mediante o envolvimento de outros atores e setores da comunidade, bem como a articulação com outros serviços de saúde que compõem a própria rede de atenção local, a partir da possibilidade de concepção, negociação e definição de fluxos estruturados e fundamentados nas necessidades das PVHA, considerando a complexidade da doença e sua configuração enquanto condição crônica, para a (re) construção de um cuidado integral, integrado e resolutivo.

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, desafios são lançados permanentemente aos serviços de saúde e seus profissionais para o enfrentamento do HIV/aids, não apenas para garantir o acesso universal e gratuito ao diagnóstico e tratamento medicamentoso, mas, sobretudo, a necessidade de ofertar e sustentar um leque de ações desenvolvidas e articuladas para a efetiva promoção do cuidado às PVHA.

REFERÊNCIAS

ADAMS, J. L. et al. Correlates of HIV testing among abused women in South Africa. **Violence against women**, p. 1077801211414166, 2011.

ALMEIDA, C.M.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. 1 ed. Brasília: **Organização Panamericana da Saúde**, 2006. p.215.

ARRUDA-JÚNIOR, E.R. et al. Perfil dos Pacientes com Hipertensão Arterial Incluídos em uma Coorte com HIV/AIDS em Pernambuco, Brasil. **Arq Bras Cardiol**, n. 95, v. 5, p. 640-647, 2010.

AYRES J.R.C.M. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-39.

AYRES, JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9 n.3, p. 583-592, 2004.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 2, Jan. 2009 .

BOGALE, G.W.; BOER, H.; SEYDEL, E. R. Condom use among low-literate, rural females in Ethiopia: the role of vulnerability to HIV infection, condom attitude, and self-efficacy. **AIDS care**, v. 22, n. 7, p. 851-857, 2010.

BORGES, M.J.L.; SAMPAIO, A.S.; GURGEL, I.G.D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 147-156, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contem as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização-Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/aids, hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, DF, n. 18, p. 09-18, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Avaliação da Qualidade da Assistência Ambulatorial nos Serviços Públicos de Atenção à Aids no Brasil**. Brasília, DF, Questionário "Qualiaids", 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV**. 7. ed. Brasília, DF, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso**. Brasília: MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 20 out. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/coletanea_normas_controle_social_sus3ed.pdf>. Acesso em: 20 out. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Política Brasileira de enfrentamento da AIDS: resultados, avanços e perspectivas. 2012**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/politica-brasileira-de-enfrentamento-da-aids-2012>>. Acesso em: 23 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, Ano II - nº 1, dezembro de 2013a. Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em: 23 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Portaria Conjunta nº 1, de 16 de Janeiro de 2013**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/outras-portarias>. Acesso em: 2 ago. 2013b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, DF, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Serviço de Assistência Especializada em HIV/AID**. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaids>. Acesso em: 25 abr. 2014.

BRASILEIRO M.E.; CUNHA L.C. Diagnóstico de enfermagem em pessoas acometidas pela Síndrome da imunodeficiência adquirida em terapia antirretroviral. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):392-6.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

BROOKS, J. T. et al. HIV infection and older Americans: the public health perspective. **American journal of public health**, v. 102, n. 8, p. 1516-1526, 2012.

BRUNELLO, M.E.F. et al. Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV-AIDS/TB em Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública**. [Internet] 2011[cited 2014 Mar 24]; 45(3): 556-63.

CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B. Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. **Estud. Psicol.**, v. 23, n. 4, p. 369-379, 2006.

CAMARGO, J.P. et al. O perfil das detentas HIV positivo de uma penitenciária estadual do Paraná, Brasil; The HIV positive detainees profile of one state prison of Paraná, Brazil. **J. Health Sci. Inst**, v. 30, n. 4, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, Feb. 2007

CARACIOLO, J. M. et al. Atividades para melhoria da adesão à TARV em serviços de saúde do SUS no Estado de São Paulo, 2007. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. S72-S82, 2009. Suplemento.

CASTANHA, A. R. et al. Repercussões psicossociais da depressão no contexto da Aids. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 26, n. 1, p. 70-81, 2006.

CASTRIGHINI, Carolina de Castro et al . Avaliação da autoestima em pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Ribeirão Preto-SP. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 4, Dec. 2013

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saud. Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 41-65, jun. 2004

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro:IMS-UERJ, 2001.

CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.; A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Campinas: Unicamp** (SP), 2003.

CONTI, S. Et al. Differential impact of combined antiretroviral therapy on the survival of italian patients with specific Aids-Defining Illness. **Journal Acquire Immune Deficiency Syndrome**, v. 25, n. 5, p. 451-458, 2000.

DALGAARD, P. **Introductory statistics with R**. Springer, 2008.

DAVIS, T; ZANJANI, F. Prevention of HIV among older adults: a literature review and recommendations for future research. **Journal of aging and health**, p. 0898264312459347, 2012.

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 4, Apr. 2007 .

SÃO PAULO (Estado). Boletim Epidemiológico DST/Aids. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/aids. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico C.R.T. – DST/aids**. Ano VIII, n. 1, jun, 2011.

_____. Boletim Epidemiológico DST/Aids. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/aids. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico C.R.T. – DST/aids**. ANO XXX, Nº 1, Jun, 2013.

ERHABOR, O.; AKANI, C. I.; EYINDAH, C. E. Reproductive health options among HIV-infected persons in the low-income Niger Delta of Nigeria. **Dove Press Journal: HIV/aids – Research and Palliative Care**, v. 4, p. 29-35, Feb. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2147/HIV.S1941>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

FARR, Sherry L. et al. The integration of STD/HIV services with contraceptive services for young women in the United States. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 201, n. 2, p. 142. e1-142. e8, 2009.

FERNANDES, J. R. M. et al . Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, June 2009

FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 2, Jan. 2009 .

FONSECA, A.F. Políticas de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: **Fundação Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p.183-205.

FRANCO T.B.; MAGALHÃES JR H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP.

FRANCO, T.B. Healthcare production and pedagogical output: integration of healthcare system settings in Brazil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS/FHEMIG. **Protocolo de Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/AIDS**. 20/08/2007. Disponível em: <www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos>. Acesso em: 25/05/2010.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **População e estatísticas vitais - Perfil municipal**. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>. Acesso: 20 Jul. 2012

GASPAR, J. et al. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, Mar. 2011.

GERMAN, D.; LATKIN, C. A. Social stability and HIV risk behavior: evaluating the role of accumulated vulnerability. **AIDS and Behavior**, v. 16, n. 1, p. 168-178, 2012.

GIRONDI, J. B. R. et al. A. Perfil epidemiológico de idosos brasileiros que morreram por síndrome da imunodeficiência adquirida entre 1996 e 2007. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 302-307, 2012.

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. maio-jun**, v. 19, n. 3, p. 8, 2011.

GRANGEIRO, A. O perfil socioeconômico dos casos de aids da cidade de São Paulo. In: Parker R. Bastos C. Galvão J. Pedrosa Js, editores. **A aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: 1994.

GRANGEIRO, A.; LAURINDO DA SILVA, L.; TEIXEIRA, P.R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**. 2009; 26(1):87-94.

GRANGEIRO, A. et al. Voluntary counseling and testing (VCT) services and their contribution to access to HIV diagnosis in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, Sept. 2009b.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, Dec. 2010.

GRUSKIN, S.; TARANTOLA, D. Universal access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans. **AIDS (London, England)**, v. 22, n. Suppl 2, p. S123, 2008.

GUIMARÃES, D. C. A construção de um problema. In: GUIMARÃES, D. C. A. **Aids no feminino**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001. p. 13 a 39.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um

“sistema sem muros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, S331-S336, 2004. Suplemento 2.

HENRY, K. Internal medicine/primary care reminder: What are the standards of care for HIV-positive patients aged 50 years and older?. **Current HIV/AIDS Reports**, v. 6, n. 3, p. 153-161, 2009.

HORWOOD, C. et al. Prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT) programme in KwaZulu - Natal, South Africa: an evaluation of PMTCT implementation and integration into routine maternal, child and women's health services. **Tropical Medicine & International Health**, v. 15, n. 9, p. 992-999, 2010.

JOHNSON, M.; AFONINA, L.; HAANYAMA, O. The challenges of testing for HIV in women: experience from the UK and other European countries. **Antiviral therapy**, v. 18, p. 19-25, 2012.

KENNY, J. et al. The needs for HIV treatment and care of children, adolescents, pregnant women and older people in low-income and middle-income countries. **Aids**, v. 26, p. S105-S116, 2012.

KUROKAWA, N. E.; SILVA, L. A. O.; SANCHO, L. G. Testagem anti-HIV: indagações sobre a expansão da oferta sob a perspectiva do acesso e da construção da demanda. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 636-645, 2013.

LAGO, R. F.; COSTA, N.R. Antiretroviral manufacturers and the challenge of universal access to drugs through the Brazilian National STD/AIDS Program. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 10, Oct. 2009

LINLEY, L. et al. Racial/ethnic disparities in HIV diagnoses among persons aged 50 years and older in 37 US states, 2005–2008. **American journal of public health**, v. 102, n. 8, p. 1527-1534, 2012.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 41, p. 39-46, 2011. Suplemento 2.

LOPES, L. M. **Coordenação das ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto - SP. 2012.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

LUZ, P. M.; MIRANDA, K. C. L. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/aids como forma de cuidar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, June 2010.

MALISKA, I.I.C. A.; DE SOUZA PADILHA, M. I. C.; DA SILVA, D. M. G. V. Práticas sexuais eo uso do preservativo entre mulheres com HIV/AIDS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 4, p. 471-478, 2007.

MARQUES, M. C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, vol. 9 (suplemento): 41-65, 2002.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1411-1416, set/out. 2004.

MAYER, K. H. et al. Comprehensive clinical care for men who have sex with men: an integrated approach. **The Lancet**, v. 380, n. 9839, p. 378-387, 2012.

MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 143-51, 2006.

MELENDEZ, R. M.; PINTO, R. M. HIV prevention and primary care for transgender women in a community-based clinic. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 20, n. 5, p. 387-397, 2009.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MONFORTE, A. D.; ANDERSON, J.; OLCZAK, A. What do we know about antiretroviral treatment of HIV in women?. **Antiviral therapy**, v. 18, p. 27-34, 2012.

MOURA, L. R. et al . The gap between knowledge on HIV/AIDS and sexual behavior: a study of teenagers in Vespasiano, Minas Gerais State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 5, May 2013

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da Qualidade da Assistência no Programa de AIDS: Questões para a Investigação de Serviços em Saúde no Brasil. **Cad Saude Publica** , v.20, p. S310-S321, 2004, Suplemento 2.

NEMES, M. I. B.; CASTANHEIRA, E. R.; HELENA, E. T.; MELCHIOR, R. Treatment adherence, access and AIDS assistance quality in Brazil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n. 2, p. 207-212, 2009.

NEMES, M. I. B. et al . Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 1, Feb. 2013 .

NICHIATA, L.Y.I. **Vulnerabilidade da atenção em HIV/aids na estratégia saúde da família**: um estudo no município de São Paulo – Brasil. [Tese de Livre-Docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2010.

NOGUEIRA, R. P.; **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro. Qualitymark, 1994.

NYIRENDA, M. et al. An investigation of factors associated with the health and well-being of HIV-infected or HIV-affected older people in rural South Africa. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 259, 2012.

OLIVEIRA, I. B. N. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, Jan. 2009

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial/Organização Mundial de Saúde, Brasília, 2003.

_____. **Chronic conditions: the global burden and Chronic Diseases**. 2005. Acesso em: 11/10/2012. Disponível em: <http://www.who.int/chronic_conditions/burden/en/index.htm>.

PARKER, R. 'Introdução'. **Em Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. 1997 Rio de Janeiro, ABIA/Jorge Zahar Editor.

_____. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34, 2000.

PARKER, R.; CAMARGO JR, K. R. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, 2000. Suplemento 1.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Social science & medicine**, v. 57, n. 1, p. 13-24, 2003.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Instituto de Psicologia. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1999.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros ME; Mattos RA. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. p.161-77.

PINHEIRO, R. A importância do SUS: o político, o social e as questões a superar. In: Raxach JC, **Reflexões sobre assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira interdisciplinar de AIDS (ABIA); p. 59-61, 2003.

PINTO, A. C. S.; et al. A Compreensão da pandemia da Aids nos últimos 25 anos. **DST – J. bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.

POTTES, F. A.; et al. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n. 3, p. 338-351, 2007.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 8 ed. Rio de Janeiro:Ed Revinter; 2005.

REGO, S. E. M.; REGO, D. M. S. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 1, p. 70-73, 2010.

REIS, R. K.; GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 662-669, set. 2009.

RIBEIRÃO PRETO (Município). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão Ano 2009**. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.php?pagina=/ssauade/conselho/i16ind-gestao.htm>>. Acesso em: 31/05/2011.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa municipal de DST/aids e Hepatites Virais. **Profilaxia pós-exposição sexual consentida (PEP SEXUAL), Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV. Suplemento III – Tratamento e Prevenção** – outubro 2010 Disponível em: < <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aids/profilaxia.pdf>>. Acesso em: 02 out 2014.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa municipal de DST/aids e Hepatites Virais**. Disponível em: < <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aids/i16apresentacao.php>>. Acesso em: 02 dez. 2011a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Aconselhamento em DST/aids e hepatites virais**. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aids/i16indice.php>>. Acesso em: 02 dez. 2011b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Histórico epidemiológico do HIV / Aids**. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aids/i16aids.php>>. Acesso em: 26/06/2012a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Vigilância Epidemiológica**. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/vigep/aids-grafico-final.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012b.

SADDIQ, A. et al. Promoting vulnerability or resilience to HIV? A qualitative study on polygamy in Maiduguri, Nigeria. **AIDS care**, v. 22, n. 2, p. 146-151, 2010.

SANTOS, N. J. S. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 12-23, 2002. Suplemento.

SANTOS, C. O.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 2896-2905, 2007.

SANTOS, A. F. M.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV AIDS despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral revisão de literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

SARNA, A.; KELLERMAN, S. Access to antiretroviral therapy for adults and children with HIV infection in developing countries: Horizons studies, 2002-2008. **Public Health Reports**, v. 125, n. 2, p. 305-315, 2010

SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. C. G. A cronicidade do processo saúde-doença: repassando a epidemia da Aids após o anti-retrovirais. **Rev. Enferm da UERJ**. 2006; 14 (3): 455-462.

SCOTT, J. W. O enigma da igualdade¹. **Estudos feministas**, v. 13, n. 1, p. 11-30, 2005.

SEFFNER, F. **O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório**, 2006. [online] [citado em 2009 Nov 13]. Disponível em: <<http://ww1.unilasalle.edu.br/seffner/artigo4.htm>>.

SEIDL, E.M.F.; ELCHIADES, A.; FARIAS, V.; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.10, p. 2305-16, 2007.

SHADE, S. B. et al. Health information technology interventions enhance care completion, engagement in HIV care and treatment, and viral suppression among HIV-infected patients in publicly funded settings. **J Am Med Inform Assoc**. [Internet] 2014 [cited 2014 Jul 16]; Disponível em: <<http://jamia.bmj.com/content/early/2014/07/16/amiajnl-2013-002623.full.pdf+html>>

SILVA, E. F. R.; BASSICHETTO, K. C.; LEWI, D. S. Perfil Lipídico, fatores de risco cardiovascular e síndrome metabólica em um grupo de pacientes com AIDS. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 93, n. 2, p. 113-118, 2009.

SILVA, E. F. R.; LEWI, D. S.; TENORE, S. B.; BASSICHETTO, K. C. Estado nutricional clínico e padrão alimentar de pessoas vivendo com HIV/aids em assistência ambulatorial no município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 1-12, dez. 2010.

SMITH, D. J.; MBAKWEM, B. C. Antiretroviral therapy and reproductive life projects: mitigating the stigma of AIDS in Nigeria. **Social Science Medicine**, v. 71, n. 2, p. 345-352, 2010.

SOUZA, T. R. C. **Impacto psicossocial da aids enfrentando perdas:ressignificando a vida**. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2008.

SOUZA, Z.; LEITE, J. L. **Aids e envelhecimento: reflexões sobre a infecção pelo HIV em indivíduos acima dos 60 anos**. 2008. Disponível em: <www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/aidsenvelhecimento.doc>. Acesso em: 16 maio 2010.

SOUZA, L.E.P.F. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; ESTEVES, M.A.P; ANDRADE, C.L.T. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16 ,supl. 1. Rio de Janeiro, 2000

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. In: **SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. Guanabara Koogan, 2011.

TAQUETTE, S. R. HIV/AIDS among adolescents in Brazil and France: similarities and differences. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 618-628, 2013.

TAQUETTE, S. R. et al. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 44(4), 467-470.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em Aids. In: R. Parker, **Políticas, instituições e Aids: Enfrentando a epidemia no Brasil**. 1997. Rio de Janeiro, ABIA/Jorge Zahar Editor.

TEIXEIRA, P.R. **Série Avaliação 1 - Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços públicos do Estado de São Paulo**. 2006. Disponível em <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 18 de mai 2012.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S; VILASBÔAS, A.L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.2, n.2, p. 7-28, 1998.

TITUS, M. J.; MOODLEY, J. Women living with HIV and AIDS: right to prevention, treatment, and health care. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 106, n. 2, p. 137-140, 2009.

TORIAN, L.V.; XIA, Q.; WIEWEL, E.W. Retention in Care and Viral Suppression Among Persons Living With HIV/AIDS in New York City, 2006–2010. **American Journal of Public Health** [Internet].2014 [cited 2014 Sep 14]; 104(9):24-9.

TORRES, C. C. et al. Representações sociais do HIV/AIDS: buscando os sentidos construídos por idosos. **Rev. Pesqui.: Cuid. Fundam.(Online)**, v. 3, n. 5, n. esp, p. 121-128, 2011.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Together we will end aids**, 2012. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/publications/2012/name,72588,en.asp>. Acesso em: 2 abr. 2012.

VELOSO, V.G. et al. HIV testing among pregnant women in Brazil: rates and predictors. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.5, p.859-867, 2008

VERAS, M. A. D. S. M. et al. The "AMA-Brazil" cooperative project: a nation-wide assessment of the clinical and epidemiological profile of AIDS-related deaths in Brazil in the antiretroviral treatment era. **Cadernos de Saúde Pública**, 27, s104-s113.

ZAMBENEDETTI, G. Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. **Saúde Soc**; 21(4): 1075-1086, out.-dez. 2012.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. A via que facilita é a mesma que dificulta: estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, Apr. 2013 .

ZHOU, F; KOMINSKI, G.F; QIAN, H.Z; WANG ,J; DUAN, S; GUO, Z; ZHAO, X. Expenditures for the care of HIV-infected patients in rural areas in China's antiretroviral therapy programs. **BMC Medicine**, v. 9, n. 6, p. 2-10, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/6>>. Acesso em: 20 jan. 2012

APÊNDICES

APÊNDICE I -QUESTIONÁRIO-

Número da Entrevista no
Banco de dados: _____

Versão instrumento:
22/07/2011

Número do questionário: _____ Responsável pela coleta de dados: _____
Município: _____ Local da coleta: _____
Data da entrevista: ____/____/____ Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____
Digitador: _____ Data da digitação: ____/____/____

I. DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

1.	Iniciais: _____														
2.	Sexo: 1- ☐ Feminino 2- ☐ Masculino 3- ☐ Ignorado														
3.	Idade: _____														
4.	Data Nascimento: _____														
5.	Estado civil: Solteiro ☐ 1 Casado/ União Estável ☐ 2 Separado / Divorciado ☐ 3 Viúvo ☐ 4 Outro ☐ 5														
6.	Até que série o(a) Sr.(a) estudou? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">Sem escolaridade ☐ 1</td> <td style="width: 16.6%;">1ª fase do ensino fundamental (incompl.) ☐ 2</td> <td style="width: 16.6%;">1ª fase do ensino fundamental (compl.) ☐ 3</td> <td style="width: 16.6%;">2ª fase do ensino fundamental (incomp.) ☐ 4</td> <td style="width: 16.6%;">2ª fase do ensino fundamental (completo) ☐ 5</td> </tr> <tr> <td>Ensino Médio (incompleto) ☐ 6</td> <td>Ensino médio (completo) ☐ 7</td> <td>Ensino superior (incompleto) ☐ 8</td> <td colspan="2">Ensino superior (completo) ☐ 9</td> </tr> </table>	Sem escolaridade ☐ 1	1ª fase do ensino fundamental (incompl.) ☐ 2	1ª fase do ensino fundamental (compl.) ☐ 3	2ª fase do ensino fundamental (incomp.) ☐ 4	2ª fase do ensino fundamental (completo) ☐ 5	Ensino Médio (incompleto) ☐ 6	Ensino médio (completo) ☐ 7	Ensino superior (incompleto) ☐ 8	Ensino superior (completo) ☐ 9					
Sem escolaridade ☐ 1	1ª fase do ensino fundamental (incompl.) ☐ 2	1ª fase do ensino fundamental (compl.) ☐ 3	2ª fase do ensino fundamental (incomp.) ☐ 4	2ª fase do ensino fundamental (completo) ☐ 5											
Ensino Médio (incompleto) ☐ 6	Ensino médio (completo) ☐ 7	Ensino superior (incompleto) ☐ 8	Ensino superior (completo) ☐ 9												
7.	Na atual situação de trabalho considera: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">Desempregado(a) ☐ 1</td> <td style="width: 16.6%;">Empregado(a) ☐ 2</td> <td style="width: 16.6%;">Autônomo ☐ 3</td> <td style="width: 16.6%;">Do lar ☐ 4</td> <td style="width: 16.6%;">Estudante ☐</td> <td style="width: 16.6%;">Aposentado ☐ 6</td> <td style="width: 16.6%;">Afastado ☐ 7</td> </tr> <tr> <td>Quanto tempo: _____</td> <td>Profissão: _____</td> <td>Especificar: _____</td> <td></td> <td></td> <td>Motivo: _____</td> <td>Tempo: _____</td> </tr> </table>	Desempregado(a) ☐ 1	Empregado(a) ☐ 2	Autônomo ☐ 3	Do lar ☐ 4	Estudante ☐	Aposentado ☐ 6	Afastado ☐ 7	Quanto tempo: _____	Profissão: _____	Especificar: _____			Motivo: _____	Tempo: _____
Desempregado(a) ☐ 1	Empregado(a) ☐ 2	Autônomo ☐ 3	Do lar ☐ 4	Estudante ☐	Aposentado ☐ 6	Afastado ☐ 7									
Quanto tempo: _____	Profissão: _____	Especificar: _____			Motivo: _____	Tempo: _____									
8.	Classificação Econômica (Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa - ABEP) - Classe _____ (VIDE FINAL DO QUESTIONÁRIO)														

II. DADOS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS CASOS

No momento da entrevista					
9	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center; vertical-align: middle;">9a</td> <td style="width: 95%;"> - Doenças Oportunistas: 1 ☐ Nenhuma 2 ☐ Herpes Zoster 3 ☐ Citomegalovírus 4 ☐ Pneumonia. Especificar _____ 5 ☐ Tuberculose. Especificar _____ 6 ☐ Criptococose 7 ☐ Toxoplasmose 8 ☐ Candidose Oral 9 ☐ Outras. Especificar _____ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">9b</td> <td> Manifestações Clínicas: 1 ☐ Nenhuma. 2 ☐ Febre maior ou igual a 38°C por período igual ou superior a 1 mês 3 ☐ Diarréia igual ou maior que 1 mês 4 ☐ Caquexia ou perda de peso maior que 10% 5 ☐ Dermatite persistente 6 ☐ Lipodistrofia 7 ☐ Outra. Especificar _____ 8 ☐ Mais de uma manifestação clínica. Especificar _____ </td> </tr> </table>	9a	- Doenças Oportunistas: 1 ☐ Nenhuma 2 ☐ Herpes Zoster 3 ☐ Citomegalovírus 4 ☐ Pneumonia. Especificar _____ 5 ☐ Tuberculose. Especificar _____ 6 ☐ Criptococose 7 ☐ Toxoplasmose 8 ☐ Candidose Oral 9 ☐ Outras. Especificar _____	9b	Manifestações Clínicas: 1 ☐ Nenhuma. 2 ☐ Febre maior ou igual a 38°C por período igual ou superior a 1 mês 3 ☐ Diarréia igual ou maior que 1 mês 4 ☐ Caquexia ou perda de peso maior que 10% 5 ☐ Dermatite persistente 6 ☐ Lipodistrofia 7 ☐ Outra. Especificar _____ 8 ☐ Mais de uma manifestação clínica. Especificar _____
9a	- Doenças Oportunistas: 1 ☐ Nenhuma 2 ☐ Herpes Zoster 3 ☐ Citomegalovírus 4 ☐ Pneumonia. Especificar _____ 5 ☐ Tuberculose. Especificar _____ 6 ☐ Criptococose 7 ☐ Toxoplasmose 8 ☐ Candidose Oral 9 ☐ Outras. Especificar _____				
9b	Manifestações Clínicas: 1 ☐ Nenhuma. 2 ☐ Febre maior ou igual a 38°C por período igual ou superior a 1 mês 3 ☐ Diarréia igual ou maior que 1 mês 4 ☐ Caquexia ou perda de peso maior que 10% 5 ☐ Dermatite persistente 6 ☐ Lipodistrofia 7 ☐ Outra. Especificar _____ 8 ☐ Mais de uma manifestação clínica. Especificar _____				
10.	Data de início da Terapia Antiretroviral (TARV): _____				
11.	Data e resultado do último CD4 realizado: _____				
12.	Data e resultado da última Carga Viral realizado: _____				
13.	Faz tratamento específico além do ARV? 1 ☐ Não 2 ☐ Sim. Especificar: _____				

14.	Presença de doenças crônicas: 1 ☐ Nenhuma 2 ☐ Hipertensão Arterial 3 ☐ Diabetes 4 ☐ Depressão (auto referida ou com diagnóstico médico). 5 ☐ Hepatites. Especificar: _____ 6 ☐ Outras. Especificar: _____
Para as questões 15 a 38 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe	
III. Dados sobre os serviços de saúde utilizados	
15.	O (A) Sr. (a) utiliza a UBS/ USF da sua área de abrangência? Informações adicionais: 15.a Motivos: _____ 15.b A equipe da UBS/PSF pergunta/acompanha o seu tratamento ARV: _____ 15.c A equipe aqui do Programa tem conhecimento/acompanha/estimula ou até mesmo se articula com a UBS/ESF para ajuda-lo na resolução de seus problemas/necessidades: _____ 15.d A equipe aqui do Programa solicita as informações sobre seu acompanhamento na UBS/PSF: _____
16.	O (A) Sr. (a) utiliza o Pronto Atendimento 24h? Informações adicionais: 16.a Quais: _____ 16.b Motivos da procura: _____ 16.c Comunica a equipe sobre o atendimento e a conduta dos profissionais do PA: _____
17.	O (A) Sr. (a) frequenta algum outro serviço de saúde sem ser esse ambulatório, a UBS/USF ou o PA? 17.a Especificar: _____
18.	Serviços de Saúde utilizados de modo geral (públicos, conveniados e privados): Nomes/ Especificar os motivos da utilização: _____

IV. DADOS SOBRE A INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (COORDENAÇÃO)

Para as questões 52 a 71 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

Coordenação do Caso Clínico junto à Equipe do Programa DST/AIDS
Com que frequência

19.	Os profissionais da unidade de saúde lêem o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?	
20.	Durante a consulta com médico ou equipe de enfermagem, os profissionais fazem anotações em seu prontuário ou no computador?	
21.	O senhor recebe os resultados impressos de seus exames? Informações adicionais: 54.a Se os exames não são entregues, possibilidades resposta: 1 ☐ Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 ☐ Apenas olha, mas fica arquivado no prontuário. Obs: _____ 54.b Se os exames são entregues, possibilidades de resposta: 1 ☐ Serviço entrega. 2 ☐ Usuário solicita. Obs: _____	
22.	Os resultados dos seus exames já estão prontos e disponíveis quando o senhor comparece ao serviço?	
23.	O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno no serviço de saúde?	
24.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre a regularidade do uso dos medicamentos? 57.a Por quem? 1 ☐ Médica; 2 ☐ Equipe de enfermagem; 3 ☐ Assistente social; 4 ☐ Farmacêutico; 5 ☐ Outro: _____	
25.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre a ocorrência de efeitos colaterais? 58.a Por quem? 1 ☐ Médica; 2 ☐ Equipe de enfermagem; 3 ☐ Farmacêutico; 4 ☐ Outro: _____	
26.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre o aparecimento de outras intercorrências relacionadas à doença? 59.a Por quem? 1 ☐ Médica; 2 ☐ Equipe de enfermagem; 3 ☐ Outro: _____	
27.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre as suas condições de vida (estrutura familiar, emprego, condições de moradia, dificuldades financeiras)? 60.a Por quem? 1 ☐ Médica; 2 ☐ Equipe de enfermagem; 3 ☐ Assistente social; 4 ☐ Outro: _____	
28.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre o recebimento de apoio dos familiares/parceiros/amigos para seu tratamento? 61.a Por quem? 1 ☐ Médica; 2 ☐ Equipe de enfermagem; 3 ☐ Assistente social; 4 ☐ Outro: _____	
29.	O serviço de saúde faz contato com alguma organização não governamental, associação de bairro, igreja do município para contribuir com o seu tratamento? 62.a Quem? 1 ☐ Equipe de enfermagem; 2 ☐ Assistente social; 3 ☐ Outro: _____	

Coordenação do Caso Clínico junto a outros Profissionais/Especialidades/Serviços

OBS: AGORA VAMOS FALAR SOBRE A UTILIZAÇÃO O ENCAMINHAMENTO DO (A) SR.(A) PARA OUTRAS ESPECIALIDADES (serviço social, odontologia, fisioterapia, psicologia, médico especialista, nutricionista, ONGs)

Com que frequência...

30.	A equipe deste serviço consegue encaminhá-lo para atendimento com outros profissionais / outros serviços quando identificam alguma necessidade? 66.a Quais serviços: _____ 66.b Outras possibilidades de resposta: 1 ☐ Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 ☐ Usuário geralmente solicita encaminhamento. Obs: _____	
-----	---	--

FILTRO: Se indivíduo responder (N/A), NÃO SABE ou NUNCA, finalizar a entrevista.

31.	Quando algum profissional da unidade de saúde encaminha o(a) Sr(a) para outras especialidade/profissional de saúde, com que frequência ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?	
32.	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado a outro serviço de saúde/especialidade, com que frequência os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta? Informações adicionais: 68.a Quem realiza o agendamento: 1 ☐ Serviço de Saúde, 2 ☐ Usuário, 3 ☐ Ambos. Obs: _____	
33.	No agendamento da consulta em outro serviço de saúde, com que frequência os o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?	
34.	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado a outro serviço de saúde, com que frequência os profissionais da unidade de saúde fornecem informações escritas sobre sua situação para entregar ao outro especialista/profissional? Informações adicionais: 70.a Outras possibilidades de resposta: 1 ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 2 ☐ Usuário geralmente quem solicita 3 ☐ As equipes discutem entre si sobre a situação do usuário, pois os profissionais já sabiam das condições do mesmo no momento do outro atendimento. Obs: _____	
35.	Quando encaminhado a outro serviço, com que frequência o Sr.(a) consegue ser atendido?	

FILTRO: Se o indivíduo ainda não passou pelo especialista, finalizar a entrevista.

36.	O(A) Sr.(a) retorna à unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço/com outros profissionais/ outras especialidades? Informações adicionais: 72.a Outras possibilidades de resposta: 1 ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 2 ☐ Usuário geralmente quem solicita 3 ☐ As equipes discutem entre si sobre a situação do usuário, pois a equipe de referência já estava ciente das condições do mesmo no momento do retorno. Obs: _____	
37.	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço/ com outros profissionais? Informações adicionais: 73.a Outras possibilidades de resposta: 1 ☐ Sentiu necessidade e nunca/raramente foi discutido. 2 ☐ Usuário geralmente quem solicita esclarecimentos Obs: _____	
38.	Os profissionais da unidade de saúde estão interessados em saber se o(a) Sr.(a) conseguiu resolver o problema no outro serviço/ por outros profissionais/ serviços de saúde ou até mesmo em ONGs? 71.a Por quem? 1 ☐ Médica; 2 ☐ Equipe de enfermagem; 3 ☐ Assistente social; 4 ☐ Outro: _____	

Observações do entrevistado

Observações do entrevistador:

Data do retorno do usuário ao serviço de saúde:

Horário término da entrevista: _____

Data recebimento e conferência da entrevista: ____/____/____

Data coleta dados secundários SINAN: ____/____/____

Data recebimento e conferência FINAL entrevista: ____/____/____

associação brasileira de empresas de pesquisa

Variável 9 - Classificação Econômica: SISTEMA DE PONTOS

Pose de itens	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

SE	CLAS	PONTOS
	A1	42 – 46
	A2	35 – 41
	B1	29 – 34
	B2	23 - 28
	C1	18 – 22
	C2	14 – 17
	D	8 – 13
	E	0 - 7

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2011 – www.abep.org – abep@abep.org. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2009 - IBOPE Classe Pontos

APÊNDICE II
CARTA CONVITE - SOLICITAÇÃO DE PARECER DO QUESTIONÁRIO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 25 de maio de 2011

Ilma Sra. _____

Solicitamos por meio deste documento, a apreciação de Vossa Senhoria acerca do questionário a ser utilizado no desenvolvimento do Projeto de Pesquisa Regular FAPESP intitulado: "Assistência às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto-SP: análise da oferta e integração de ações e serviços de saúde" (Processo nº 2010/17607-7, vigência - 04/2011 a 03/2013). Esta pesquisa tem por objetivo analisar a assistência prestada para o manejo clínico das pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto-SP a partir da percepção dos doentes. Destacamos que este município é considerado um cenário de extrema relevância para o alcance dos objetivos delineados no presente estudo, em função do histórico epidemiológico e organizacional da rede de atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Acreditamos que os resultados, bem como as propostas decorrentes deste projeto irão contribuir na formação e capacitação dos profissionais de saúde, bem como na produção de conhecimentos que subsidiem o planejamento e execução de ações para o controle e prevenção do HIV/aids no contexto do SUS.

Sua participação é de extrema importância para validação do conteúdo, na qual irá analisar a pertinências das questões contempladas no instrumento seguindo o modelo (Anexo I). Enviamos também uma cópia do questionário (ANEXO II) a ser utilizado na pesquisa. Caso aceite contribuir com o aperfeiçoamento do estudo supramencionado solicitamos, se possível, a devolução do parecer considerando um prazo máximo de 20 dias.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe

Profa. Dra. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Contatos: e-mail amonroe@eerp.usp.br Telefone: (16) 3602-3403 ou (16) 92075920
e-mail liviamarialopes_enf@yahoo.com.br Telefone: (16) 3602-3403

APÊNDICE III
-INSTRUMENTO DE APRECIÇÃO DE CONTEÚDO-

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade / Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
I. DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS							
1. Iniciais							
2.Sexo							
3.Idade							
4.Raça							
5.Estado Civil							
6. Até que série o (a) Sr. (a) estudou							
7. Situação empregatícia							
8. Qual a renda mensal							
9. Nº de pessoas que depende da renda							
10. O local onde o (a) Sr. (a) vive							
11. Zona de moradia							
II DADOS GERAIS SOBRE O ACOMPANHAMENTO DO CASO (Dados secundários)							
12. N° SINAN							
13.Prontuário							
14. Tipo de Serviço de Saúde							
15. Data do diagnóstico							
16. Data da notificação							
No momento da Notificação:							
17. Doenças Oportunistas							
18. Manifestações Clínicas							
19.Serviços responsáveis pelo acompanhamento do caso							
20. Data de início da Terapia Antiretroviral							
No momento da entrevista:							
21. Doenças Oportunistas							
22. Manifestações Clínicas							

Variáveis	Concorda com a	Objetividade /	Facilidade de	Comentário
-----------	----------------	----------------	---------------	------------

	inclusão		Clareza		compreensão		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
III. DADOS SOBRE A OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (ELENCO DE SERVIÇOS)							
23. Consulta médica de rotina							
24. Consulta com a equipe de enfermagem							
25. Consultas eventuais para intercorrências							
26. Atendimento psicológico							
27. Atendimento com Assistente Social							
28. Atendimento preventivos (Ginecológicos e Proctológicos)							
29. Atendimento curativo (Ginecológicos e Proctológicos)							
30. Atendimento odontológico preventivo							
31. Atendimento odontológico curativo							
32. Avaliação da acuidade auditiva							
33. Avaliação Dermatológica							
34. Grupos de apoio							
35. Vacinas de rotina							
36. Vacinas especiais							
37. Orientações quanto à vacinação							
38. Exames de Sangue							
39. Raio X							
40. Prova tuberculínica							
41. Exame de escarro							
42. Medicamentos ARV							
43. Medicamentos para atenuar eventos adversos da TARV							
44. Medicamentos para prevenção de doenças oportunista							
Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade / Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário

	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
45. Preservativos							
46. Avaliação do parceiro e/ou familiares							
47. Orientações sobre:							
48. Visitas domiciliares							
49. Benefícios do Programa? Quais:							
50. Benefícios do Governo? Quais:							
51. Termo consentido que autoriza o serviço a procurá-lo(a) quando necessário							
52. Informações sobre as organizações não governamentais do município							
IV. DADOS SOBRE A INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (COORDENAÇÃO)							
Coordenação do Caso Clínico junto à Equipe do Programa DST/aids							
53. Os profissionais da unidade de saúde lêem o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta							
54. Durante seu atendimento os profissionais da unidade de saúde fazem anotações em seu prontuário							
55. Quando o(a) Sr(a) precisa dos resultados de seus exames, eles estão disponíveis no serviço de saúde							
56. Quando o(a) Sr(a) comparece às consultas de retorno, os resultados dos exames já estão disponíveis no serviço							
57. O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno no serviço de saúde							
Variáveis	Concorda com a		Objetividade /		Facilidade de		Comentário

	inclusão		Clareza		compreensão		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
58. O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre a regularidade do uso dos medicamentos							
59. O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre a ocorrência de efeitos colaterais							
60. O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre o aparecimento de outras intercorrências relacionadas à doença							
61. O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre as suas condições de vida (emprego, moradia, saneamento básico)							
62. O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre o recebimento de apoio dos familiares/parceiros/amigos para seu tratamento							

APÊNDICE IV

-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa denominada “Assistência às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto-SP: análise da oferta e integração de ações e serviços de saúde”. Este estudo está sendo realizado por uma pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e tem como objetivo analisar a oferta e a integração das ações e serviços de saúde durante a assistência prestada aos doentes pelos ambulatorios que integram a rede de atenção ao HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP.

Sua participação não é obrigatória, ou seja, o(a) Sr(a) decidirá pela sua participação ou não neste estudo. Caso concorde em participar, lhe será solicitado que responda a um questionário, cujas informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção às pessoas que vivem com HIV/aids. A entrevista poderá durar, em média, 30 minutos.

Se o (a) Sr.(a) concordar em participar, terá a garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo pedir o seu afastamento em qualquer momento da pesquisa, se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos, inclusive sendo dispensável a necessidade de justificativas para a desistência. Caso não se sinta confortável para responder alguma questão da entrevista, o(a) Sr.(a) será respeitado, pois sabemos que algumas questões do questionário podem causar desconforto. Informamos ainda que o (a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como não usufruirá de benefícios para a referida participação. Todas as informações fornecidas, bem como aquelas coletadas pelos pesquisadores em fontes de dados informatizadas (ficha de notificação/SINAN) e livros de registro do Programa DST/aids, serão mantidas em segredo e utilizadas apenas na construção da pesquisa. Tais informações ficarão sob a guarda dos pesquisadores e poderão ser requisitadas pelo (a) Sr.(a) a todo momento. Destacamos que o (a) Sr.(a) não será identificado (a) em nenhuma situação e o seu nome será mantido em segredo. Asseguramos que esta pesquisa não trará prejuízo ao (a) Sr.(a) e nem a outras pessoas. O (a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo assinado pela pesquisadora responsável.

Agradecemos a sua colaboração.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima, satisfeito com as respostas às minhas dúvidas e ciente de meus direitos acima relacionados, aceito voluntariamente em participar da pesquisa.

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2011.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Aline Aparecida Monroe
Pesquisadora Responsável

.....
CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP. Telefone (0XX16) 3602-3391. E-mail: amonroe@eerp.usp.br

APÊNDICE V

-ESCALA LIKERT-

ANEXO

ANEXO I
-COMITÊ DE ÉTICA-

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0272/2010

Ribeirão Preto, 22 de novembro de 2010.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de novembro de 2010.

Protocolo: nº 1215/2010

Projeto: ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM AIDS NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP: ANÁLISE DA OFERTA E INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.

Pesquisadores: Aline Aparecida Monroe

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Aline Aparecida Monroe

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP